

ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบคุณภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร



นางสาวพจนารถ กาญจนมงคลศิริ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PROBLEMS AND OBSTACLES FOR HEALTH-CHECK UP IN FOOD HANDLERS IN
FOOD SHOPS IN BANGKOK METROPOLITAN AREAS

Miss Photjanart Kanjanamongkolsiri

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine


Chulalongkorn University

Academic Year 2006


Copyright of Chulalongkorn University

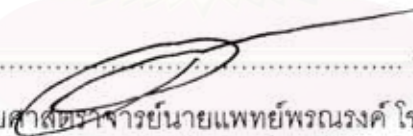
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวพจนารถ กาญจนมงคลศิริ
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรณรงค์ โชติวรรณ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์นายแพทย์สิทธิสัจย์ เจียมวงศ์แพทย์

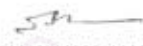
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

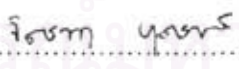

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมัน)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรณรงค์ โชติวรรณ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์นายแพทย์สิทธิสัจย์ เจียมวงศ์แพทย์)


..... กรรมการ
(แพทย์หญิงจิตจรดา บุตรงามดี)

พจนานารถ กาญจนมงคศิริ : ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารใน
ร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร. (PROBLEMS AND OBSTACLES FOR HEALTH-
CHECK UP IN FOOD HANDLERS IN FOOD SHOPS IN BANGKOK
METROPOLITAN AREAS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ.นพ.พรณรงค์ โชติวรรณ, อ.ที่ปรึกษาร่วม :
อ.นพ.สิทธิสิทธิ์ เจียมวงศ์แพทย์ จำนวน 111 หน้า.

สุขภาพและการเป็นพาหะนำโรคของผู้สัมผัสอาหารเป็นกลไกการแพร่เชื้อก่อโรคของระบบ
ทางเดินอาหารที่สำคัญประการหนึ่งแต่ในปัจจุบันไม่ได้มีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารอย่าง
จริงจังแม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติกำหนดไว้ก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มี
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นในมุมมองของผู้ประกอบการและผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง
เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตกรุงเทพมหานคร
รวมถึงค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในการตรวจสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
ครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ เก็บข้อมูล
ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 – มกราคม 2550

ผลการศึกษาในมุมมองของผู้ประกอบการพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยินดีให้ผู้สัมผัส
อาหารในร้านอาหารได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นควรรวมอยู่ในสวัสดิการ
รักษาพยาบาล เช่น บัตรทอง ประกันสังคม แต่จากการศึกษาพบว่าผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร
ร้อยละ 17.8 ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาล ดังนั้นปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น คือ เรื่องค่าใช้จ่าย
ในการตรวจสุขภาพซึ่งผู้สัมผัสอาหารต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 430 บาทต่อ 1 ราย และใช้เวลา
ในการรอตรวจสุขภาพนาน ผู้ประกอบการจึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านสามารถเลือก
สถานที่ตรวจสุขภาพได้โดยไม่จำเป็นต้องเป็นเขตที่กำหนดไว้เท่านั้นหรืออาจมีรถตรวจเคลื่อนที่มา
ให้บริการ ในมุมมองของผู้บริหารสาธารณสุขพบว่า ผู้บริหารสาธารณสุขทั้งหมดเห็นความสำคัญ
และความจำเป็นในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารแต่ปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ที่มา
ตรวจและยื่นใบรับรองแพทย์อาจไม่ใช่ผู้สัมผัสอาหารตัวจริงและปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายนอกจากนี้
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก็ไม่เห็นความสำคัญจึงไม่เข้มงวดทำให้ผู้ประกอบการไม่เห็นความสำคัญ
เช่นกัน

ภาควิชา.....เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม.....ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา.....เวชศาสตร์ชุมชน.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา..2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4874823230 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD: FOOD HANDLER / FOOD SHOP / HEALTH – CHECK UP

PHOTJANART KANJANAMONGKOLSIRI : PROBLEMS AND OBSTACLES FOR HEALTH – CHECK UP IN FOOD HANDLERS IN FOOD SHOPS IN BANGKOK METROPOLITAN AREAS. THESIS ADVISOR : ASST.PROF. PORNARONG CHOTIWAN, M.D. THESIS CO-ADVISOR : SITHISAT CHIAMWONGPAET, M.D 111 pp.

One of the important mechanisms of transmissible disease in gastrointestinal systems is attributed to health and disease carrier of food handlers. Although Thai Food Act requires food handlers to checkup their health annually, there is still not in existence. This research was performed as a cross-sectional descriptive study that aimed to study the opinion of the dealers and/or executives regarding problems, obstacles, and expenditure of medical laboratory for food handlers' health checkup in food shops located in Metropolitan region. Data was collected by a structured questionnaire developed by the researcher from November 2006 to January 2007. Frequency and percentage were reported as data analysis.

The results of the study revealed that dealer's opinion pleased to have their food handlers checking up every year and all expense should be included in medical health welfares such as golden card, social security, etc. However, the results indicated that 17.8% of the food handlers did not have medical health welfare meaning that they must pay 430 baht per person to check up and have to wait for long time. From this problem, the dealers suggested that 1) the food handlers can choose a place to check up their health by themselves without confining areas or 2) providing a medical mobile car to service in some areas. Analogously, the public health administrators noticed the essential and importance of health checkup but the problem they concerned was a person who comes checking up may not be a real food handler.

Department...Preventive and Social Medicine...Student's signature.....
Field of study..Community Medicine.....Advisor's signature.....
Academic year..2006.....Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เพราะได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ พรณรงค์ โชติวรรณ ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ นายแพทย์สิทธิศักดิ์ เจียมวงศ์ แพทย์ ที่ได้กรุณาสละเวลาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมให้คำปรึกษาในการเก็บข้อมูลต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมัน ที่ให้ความกรุณา เป็นประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุง วิทยานิพนธ์ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงจิตจรลดา บุตรงามดี ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และให้คำปรึกษา และขอขอบคุณอาจารย์สรันยา เสงพะระพรม ที่กรุณาตรวจแก้ไข ส่วนข้อบกพร่องต่าง ๆ ในส่วนบทคัดย่อ

ขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากสำนักเขตทั้ง 12 เขตที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครทั้ง 12 ศูนย์ ผู้อำนวยการกองสุขาภิบาลอาหารและผู้อำนวยการกองชั้นสูตรสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณละออง ศรีสุวรรณวิไล และคุณกิริตยา งามเลิศ รวมถึงพี่ ๆ น้อง ๆ จากฝ่ายจุลชีววิทยา กองชั้นสูตรสาธารณสุข ที่ได้ให้การสนับสนุนในการเรียนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ที่สำคัญยิ่งคือ ขอขอบคุณกำลังใจจากครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดมา

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจและให้คำปรึกษาที่ดี เพื่อน ๆ ปริญญาโท เวชศาสตร์ชุมชนรุ่น 17 ที่คอยให้คำปรึกษาและกำลังใจอันมากมายเสมอมา พี่ ๆ ปริญญาเอกที่คอยเป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการ อาจารย์ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันทุกท่าน เจ้าหน้าที่ทุกคน ซึ่งมีจากล่าวนามได้ทั้งหมด ณ ที่นี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมุติฐานการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
ค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ปัญหาทางจริยธรรมในงานวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	9
ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อหรือการเป็นพาหะของโรค.....	16
การตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร.....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ.....	23
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	27
รูปแบบการวิจัย.....	27
ระเบียบวิธีวิจัย.....	27
การรวบรวมข้อมูล.....	32
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	33

บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย.....	35
ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์.....	36
ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง.....	49
ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร.....	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	59
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปรายผลการวิจัย.....	65
จุดอ่อน จุดแข็งของงานวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะ.....	72
รายการอ้างอิง.....	74
ภาคผนวก.....	78
เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้ในการวิจัย.....	79
ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครที่เกี่ยวข้อง.....	91
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์.....	110
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	111

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 รายการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารก่อนเข้าทำงานในต่างประเทศ.....	23
3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลตามชนิดของตัวแปรและสถิติ.....	34
4.1 จำนวนและร้อยละของประชากรศึกษาจำแนกตามลักษณะด้านประชากร.....	37
4.2 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามปัจจัยทั่วไป.....	40
4.3 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาจำแนกตามสถานที่ตรวจสุขภาพ.....	42
4.4 จำนวนผู้ที่เสียค่าตรวจสุขภาพจำแนกตามรายการตรวจสุขภาพ.....	43
4.5 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาจำแนกตามขนาดร้านอาหารและชนิดของข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร.....	44
4.6 จำนวนและร้อยละรายข้อความความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร.....	45
4.7 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร.....	46
4.8 อัตราค่าวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.....	55
4.9 อัตราค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์..... ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.....	56
4.10 อัตราค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	57
4.11 อัตราค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจำแนกตามรายการตรวจสุขภาพ.....	58

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1. กรอบแนวคิดการวิจัย.....		7
2. ขั้นตอนที่ทำให้อาหารเกิดการปนเปื้อน.....		18



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and rationale)

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของมนุษย์ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต ซึ่งการบริโภคอาหารนอกจากคำนึงถึงรสชาติและความอร่อยของอาหารแล้ว สิ่งสำคัญที่สุดคือ ความสะอาดของอาหารเพราะหมายถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค มิเช่นนั้นแล้ว อาจทำให้เกิดโรคเนื่องจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ (food borne disease) เช่นโรคระบบทางเดินอาหารต่าง ๆ ได้แก่ อุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ไทฟอยด์ พยาธิ รวมถึงมะเร็งบางชนิด ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่มีความสามารถในการผลิตอาหารได้ปลอดภัยที่สุดในโลก แต่ก็ยังพบจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตเนื่องจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ เป็นจำนวนมากในแต่ละปี ได้มีการประมาณการกันว่าในแต่ละปีมีคนอเมริกันที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ 6.5 ถึง 81.0 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต ตั้งแต่ 525 ถึง 9,000 กว่าการายโดยร้อยละ 79.0 ของการเจ็บป่วยเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่มาจากกรปนเปื้อนและสุขอนามัยที่ไม่ดีของผู้สัมผัสอาหาร มีรายงานจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2000 ประชากรโลกมีอัตราตายสูงสุดจากโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ ถึง 2.1 ล้านคน(1) จากสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี ของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ในปี 2549 ดังนี้ คือ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) 1859.49, โรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) 202.47, โรคไข้ไทฟอยด์ (Typhoid fever) 8.92 และโรคบิด (Dysentery) 6.87 (2) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ประเทศไทยได้มีการตราพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2535 เป็นพระราชบัญญัติที่คุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะและการอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งครอบคลุมทั้งกิจกรรมการกระทำทุกอย่างที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชนรวม 3 ประการคือ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพทั่วไปของร้าน บริเวณที่ประกอบและขายอาหาร รวมถึงบริเวณที่รับประทานอาหาร ตัวเชื้อโรคคือ เชื้อที่ปนเปื้อนในอาหารและอุปกรณ์ต่าง ๆ และประการสุดท้ายคือ คน ได้แก่ สุขภาพและการเป็นพาหะนำโรคของผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งเป็นกลไกการแพร่เชื้อก่อโรคของระบบทางเดินอาหารที่สำคัญ การก่อโรคของเชื้อมักมาจากผู้ปรุงหรือผู้สัมผัสอาหารที่เป็นโรคหรือเป็นพาหะของโรค ซึ่งปนเปื้อนบนมือของบุคคลเหล่านี้แล้วปนเปื้อนสู่อาหารในที่สุด ถ้าบุคคลเหล่านี้ปฏิบัติงานในขณะที่ป่วยหรือขณะเป็นพาหะของโรคและไม่ล้างมือให้ถูกวิธีก่อนปรุงหรือแจกจ่ายอาหารก็จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการแพร่กระจายของ

เชื้อโรค ในต่างประเทศมีรายงานการศึกษาผู้สัมผัสอาหารในประเทศไนจีเรียปี ค.ศ. 1989 จำนวน 160 คน จากโรงพยาบาล 2 แห่ง มีการตรวจพบเชื้อ *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 24 (3) ในปี 2540 มีการสำรวจพบเชื้อแบคทีเรียก่อโรคลำไส้ ในผู้ประกอบการขายอาหารของเทศบาล พิษณุโลก จำนวน 398 ราย พบเชื้อซัลโมเนลลา 9 ราย (ร้อยละ 2.3) (4) ในส่วนของการตรวจพบเชื้อ พานะในผู้สัมผัสอาหารโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 111 คน พบการติดเชื้อแบคทีเรียก่อโรค ลำไส้ 12 คน (ร้อยละ 10.81) (5) ผลการสรุปการศึกษาในหลายประเทศคาดการณ์ไว้ว่าเมื่อพบ ผู้ป่วย 1 รายจะมีผู้ติดเชื้อโดยไม่มีอาการหรือเป็นพาหะ (healthy carriers) ในชุมชนประมาณ 10 ใน 100 คนเหล่านี้จะเป็นแหล่งแพร่เชื้อในชุมชนที่สำคัญ โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้สัมผัสอาหาร ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ในสถานที่จำหน่ายอาหาร ร้านอาหาร แผงลอย ตลาดสด โรงอาหาร ยิ่งจะมีโอกาสแพร่ เชื้อไปสู่ชุมชนได้มาก (4)

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยที่มีประชากรกว่า 6 ล้านคน จากสภาพ เศรษฐกิจและสังคมทำให้ประชาชนนิยมรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้น (6) ดังนั้นจึงมีผู้ จำหน่ายอาหารจำนวนมากขึ้นตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวน ร้านอาหารที่ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการเหล่านั้นไม่ได้เพิ่มขึ้นตามจำนวน ของประชากร (7) จากการศึกษาพบว่า ความรู้ ความคิดและความเข้าใจในสุขวิทยาของผู้สัมผัส อาหารส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ในทางปฏิบัติยึดความสะดวกสบาย ความเคยชิน ความมักง่าย มากกว่าที่จะปฏิบัติตามความรู้ ความเข้าใจที่ตนเองมีอยู่ (8) โดยผู้ประกอบการค้าส่วนใหญ่ให้ คุณค่าแก่อาชีพจำหน่ายอาหารในแง่ทำรายได้ให้สูงแต่ไม่ได้ให้ความสำคัญในแง่เป็นผู้ผลิตอาหาร ที่จะส่งผลต่อสุขภาพอนามัยผู้บริโภคเท่าใดนัก การให้คุณค่าต่อการพัฒนาด้านสุขลักษณะไม่ ขึ้นกับตัวผู้ประกอบการตัวเอง แต่จะขึ้นอยู่กับการเอาใจใส่และการตรวจตราของเจ้าหน้าที่ (9) ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะมีโครงการรณรงค์เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารหลายโครงการแต่เมื่อ พิจารณาจากสถิติของสำนักอนามัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543-2548) พบว่าโรคอุจจาระร่วง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งโดยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี

จากการศึกษาหาความชุกของการติดเชื้อซัลโมเนลลาในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในแหล่ง จำหน่ายอาหารและในคนงานที่สัมผัสน้ำแข็งในกทม. ปี 2543 (10) จากประชากรตัวอย่างจำนวน 7,032 คน พบอัตราการติดเชื้อรวมร้อยละ 9.5 นอกจากนี้จากการศึกษาความชุกของผู้เป็นพาหะ เชื้อซัลโมเนลลาในร้านอาหารในกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้ตักอาหาร ผู้เสิร์ฟอาหารและแม่ครัว ตรวจพบว่าเป็นพาหะซัลโมเนลลาคิดเป็นร้อยละ 12.9 , 11.8 และ 8.7 ตามลำดับ จากการศึกษา แสดงถึงสภาวะด้านการสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมด้านสุขภาพ ของผู้ประกอบการยังคงมีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคทางเดินอาหารไปสู่ผู้บริโภค โดยเฉพาะในผู้สัมผัสอาหารที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองพาหะที่ติดเชื้อโรคต่าง ๆ

และไม่เคยได้รับการรักษา จึงอาจเป็นสาเหตุหลักในการแพร่เชื้อสู่ผู้บริโภคโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ได้ แม้ว่าจะมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติของผู้จำหน่ายอาหารมาอย่างต่อเนื่องแต่สภาพปัญหายังคงดำรงอยู่ นอกจากนี้ประเทศไทยยังไม่มี การดำเนินการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร แม้ว่าจะมีข้อบัญญัติไว้ในกฎหมายก็ตาม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารที่มีการจดทะเบียนถูกต้องในเขตกรุงเทพมหานครโดยจะศึกษาทั้งหมด 3 ด้านคือ ด้านการเงินโดยศึกษาค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร ด้านความคิดเห็นผู้ประกอบการ คือ ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทั่วไปรวมถึงความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านอาหารในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร และสุดท้ายคือด้านความคิดเห็นผู้บริหาร ซึ่งเป็นการศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญการตรวจสอบสุขภาพรวมถึงเกี่ยวกับความสามารถในการรองรับการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารของหน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนป้องกันและควบคุมผู้สัมผัสอาหารให้อาหารมีความสะอาด ปลอดภัยและน่าบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้บริโภคต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขต กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objectives)

เพื่อศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขต กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็น ทศนคติของผู้ประกอบการร้านอาหารในเรื่องการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร
2. เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญการตรวจสอบสุขภาพในเรื่องการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร
3. เพื่อศึกษาถึงค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร (charge)

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. ค่าใช้จ่ายที่ผู้มารับบริการต้องจ่ายในการตรวจสอบสุขภาพ (charge) ในมุมมองของผู้ให้บริการ
2. ผลสัมฤทธิ์ที่ได้มาในเวลาต่างกัน ถือว่าไม่มีความแตกต่างและนำไปใช้วิเคราะห์ได้ เนื่องจากใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันในการสัมภาษณ์

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)

1. ทำการศึกษาร้านอาหารที่มีการจดทะเบียนถูกต้องเท่านั้นเนื่องจากสามารถตรวจสอบได้ง่าย
2. การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารรวมถึงหัวข้อในด้านต่าง ๆ ที่ศึกษาในวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในขณะที่ทำการศึกษาวิจัยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้มิได้นำมาพิจารณาในการวิจัยเนื่องจากข้อจำกัดทางเวลาและงบประมาณ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

ร้านอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหารที่มีอาคาร สถานที่ หรือ บริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหาร หรือ ปปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที

ร้านอาหารขนาดใหญ่ หมายถึง กิจการที่มีพื้นที่ดำเนินการของร้านมากกว่า 200 ตารางเมตร และได้ขออนุญาตประกอบกิจการจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น โดยใบอนุญาตจะมีอายุ 1 ปี และการขอต่ออายุใบอนุญาตจะต้องยื่นคำขอก่อนในอนุญาตสิ้นอายุ

ร้านอาหารขนาดเล็ก หมายถึง กิจการที่มีพื้นที่ดำเนินการของร้านไม่เกิน 200 ตารางเมตร เมื่อเปิดดำเนินการต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น เพื่อขอหนังสือรับรองการแจ้ง และเมื่อประสงค์จะเลิกกิจการหรือ โอนกิจการให้บุคคลอื่น ต้อง แจ้งให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นทราบด้วย

ผู้สัมผัสอาหาร หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอาหารทั้งหมด เป็นผู้เตรียม ผู้ปรุง เสิร์ฟอาหาร รวมถึงบุคคลที่มีโอกาสสัมผัสอาหารในทุกกรณี

พาหะนำโรค หมายถึง ผู้ที่มีร่างกายภายนอกแข็งแรงไม่มีอาการแสดงของโรค แต่สามารถแพร่เชื้อที่แอบแฝงอยู่ในตนเองไปสู่ผู้อื่นได้

ผู้ประกอบการ หมายถึง บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมของสถานที่จำหน่ายอาหาร ได้แก่ เจ้าของกิจการ ผู้จัดการหรือผู้ควบคุมดูแลที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของ

การตรวจสุขภาพ ได้แก่ การตรวจผู้สัมผัสอาหารที่ประกอบด้วย

- การตรวจร่างกาย (Physical examination)
- การถ่ายภาพรังสีปอด (Chest X-rays)
- การตรวจอุจจาระเพื่อหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหาร (Stool culture)
- การตรวจอุจจาระเพื่อตรวจหาปรสิต (Stool examination)
- การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis A virus)

การศึกษาด้านการเงิน หมายถึง การศึกษาค่าใช้จ่ายที่ผู้มารับบริการต้องจ่ายในการตรวจสุขภาพ (charge) เพื่อเป็นข้อมูลการเงินพื้นฐานแก่ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องถ้าหากจะมีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารเกิดขึ้น

การศึกษาด้านความคิดเห็นผู้ประกอบการ หมายถึง การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทั่วไป รวมถึงความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านอาหารในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

การศึกษาด้านความคิดเห็นผู้บริหาร หมายถึง การศึกษาความคิดเห็น ทศนคติของผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขาภิบาลอาหารเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารและความสามารถของหน่วยงานรัฐ , เอกชนที่เกี่ยวข้องในการรองรับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ปัญหาทางจริยธรรมในงานวิจัย (Ethical Considerations)

เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาไม่ได้มีการทดลองหรือใช้วิธีการใด ๆ ลงไปให้กับกลุ่มที่ทำการศึกษา และข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์และสรุปผลเป็นภาพโดยรวม ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

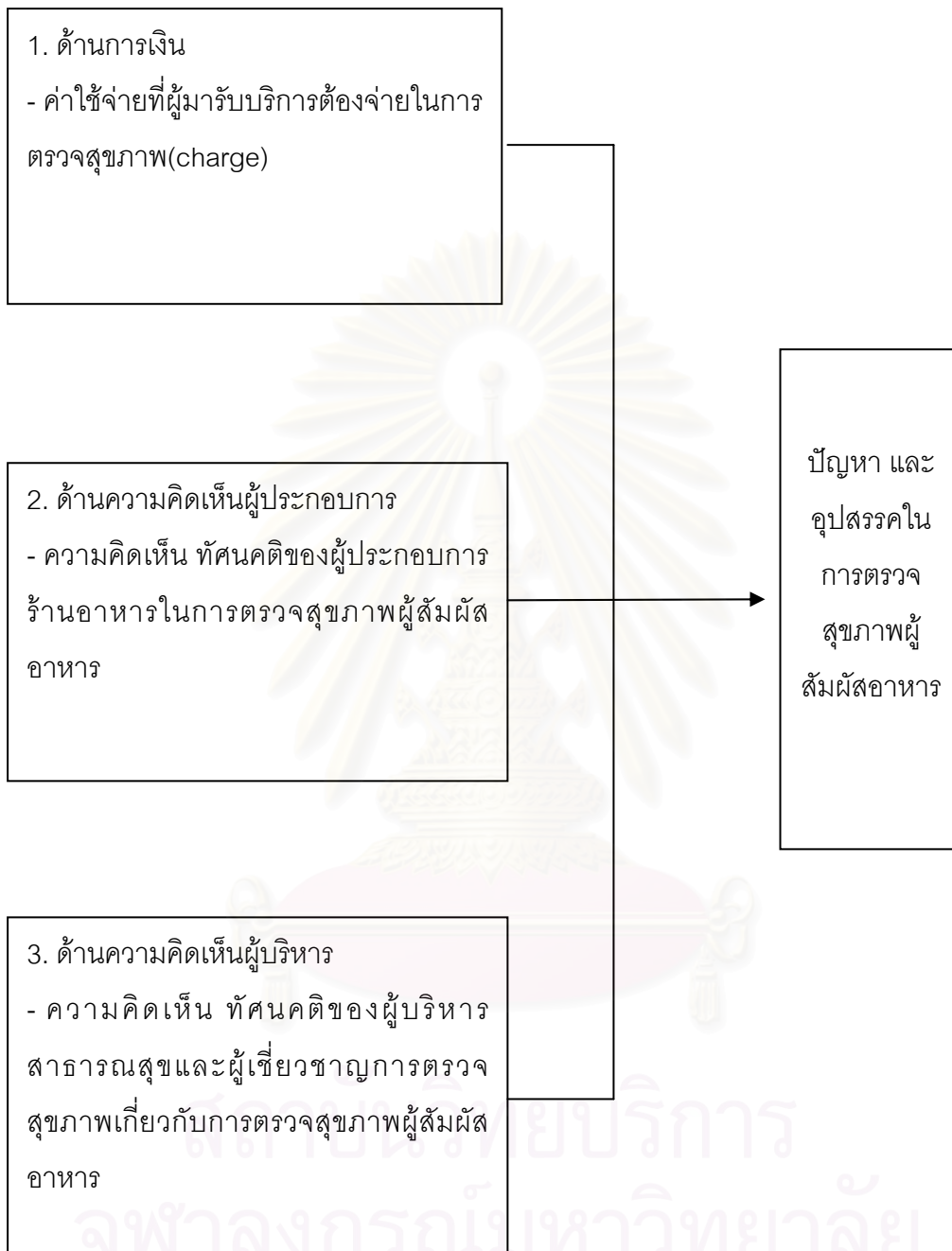
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. สามารถทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเดินอาหารต่อไป
2. สามารถทราบถึงค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เพื่อที่จะกำหนดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารต่อไปในอนาคต



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

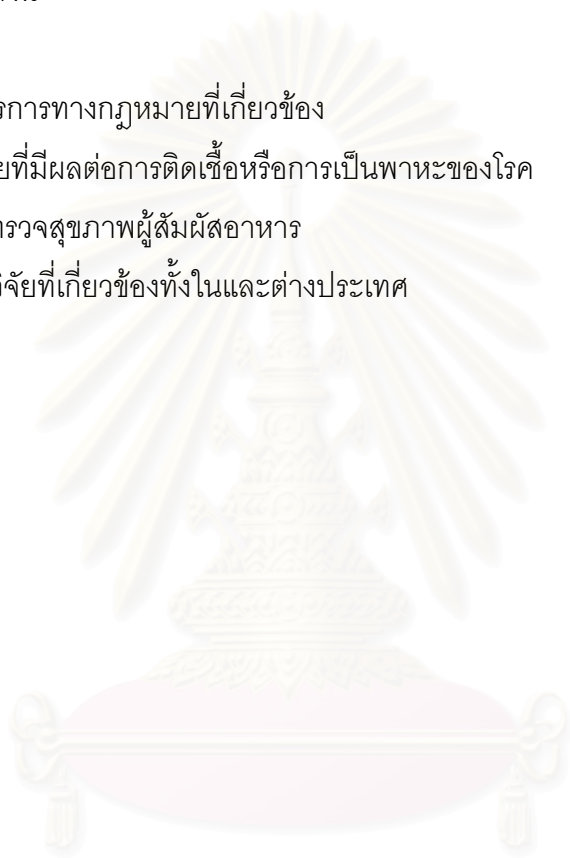
การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อหรือการเป็นพาหะของโรค

ส่วนที่ 3 การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (11)

หมวด 8 ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร

มาตรา 34 ห้ามมิให้ผู้ใดจัดตั้งตลาด เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น ตามมาตรา 56 การเปลี่ยนแปลง ขยายหรือลดสถานที่หรือบริเวณที่ใช้เป็นตลาดภายหลังจากที่ เจ้าพนักงานท้องถิ่นได้ออกใบอนุญาตให้จัดตั้งตลาดตามวรรคหนึ่งแล้ว จะกระทำได้อีกเมื่อได้รับ อนุญาตเป็นหนังสือจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามมาตรา 56

ความในมาตรานี้มิให้ใช้บังคับแก่กระทรวง ทบวง กรม ราชการส่วนท้องถิ่นหรือองค์การ ของรัฐที่ได้จัดตั้งตลาดขึ้นตามอำนาจหน้าที่ แต่ในการดำเนินกิจการตลาดจะต้องปฏิบัติ เช่นเดียวกับผู้รับใบอนุญาตตามบทบัญญัติอื่นแห่งพระราชบัญญัตินี้ด้วยและให้เจ้าพนักงาน ท้องถิ่นมีอำนาจกำหนดเงื่อนไขเป็นหนังสือให้ผู้จัดตั้งตลาดตามวรรคนี้ ปฏิบัติเป็นการเฉพาะราย กี่ได้

มาตรา 35 เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลตลาด ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออก ข้อกำหนดของท้องถิ่นดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดที่ตั้ง เนื้อที่ แพนผังและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสิ่งปลูกสร้างและสุขลักษณะ
- (2) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดสถานที่ การวางสิ่งของและการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน กิจการตลาด
- (3) กำหนดเวลาเปิดและปิดตลาด
- (4) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อให้ผู้รับใบอนุญาตให้จัดตั้งตลาดปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล รักษาความสะอาดเรียบร้อยภายในตลาดให้ถูกต้องตามสุขลักษณะและอนามัย การจัดให้มีที่ รวบรวมหรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยการระบายน้ำทิ้ง การระบายอากาศ การจัดให้มีการ ป้องกันมิให้เกิดเหตุรำคาญและการป้องกันการระบาดของโรคติดต่อ

มาตรา 36 ผู้ใดขายของหรือช่วยขายของในตลาด ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่ กำหนดไว้ในข้อกำหนดของท้องถิ่นตามมาตรา 37

มาตรา 37 เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลการขายของในตลาดให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อกำหนดของท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการเพื่อให้ผู้ขายและผู้ช่วยขายของในตลาดปฏิบัติให้ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดบริเวณที่ขายของ สุขลักษณะส่วนบุคคล และสุขลักษณะในการใช้กรรมวิธีการจำหน่าย ทำ ประกอบ ปิ้ง เก็บหรือสะสมอาหารหรือสินค้าอื่น รวมทั้งการรักษาความสะอาดของภาชนะ น้ำใช้และของใช้ต่าง ๆ

มาตรา 38 ผู้ใดจะจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหารในอาคารหรือพื้นที่ใดซึ่งมีพื้นที่เกินสองร้อยตารางเมตรและมีใช้เป็นการขายของในตลาด ต้องได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามมาตรา 56 ถ้าสถานที่ดังกล่าวมีพื้นที่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นเพื่อขอรับหนังสือรับรองการแจ้งตามมาตรา 47 ก่อนการจัดตั้ง

มาตรา 39 ผู้จัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหารซึ่งได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 56 หรือหนังสือรับรองการแจ้งตามมาตรา 48 และผู้จำหน่าย ทำ ประกอบ ปิ้ง เก็บหรือสะสมอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหารตามมาตรา 38 ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อกำหนดของท้องถิ่นตามมาตรา 40 หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้ง

มาตรา 40 เพื่อประโยชน์ในการควบคุมหรือกำกับดูแลสถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหารที่ได้รับใบอนุญาต หรือได้รับหนังสือรับรองการแจ้งให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อกำหนดของท้องถิ่นดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดประเภทของสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหารตามประเภทของอาหารหรือตามลักษณะของสถานที่ประกอบกิจการหรือตามวิธีการจำหน่าย
- (2) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดตั้ง ใช้ และดูแลรักษาสถานที่และสุขลักษณะของบริเวณที่ใช้จำหน่ายอาหาร ที่จัดไว้สำหรับบริโภคอาหาร ที่ใช้ทำ ประกอบ หรือปรุงอาหาร หรือที่ใช้สะสมอาหาร
- (3) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดเหตุรำคาญและการป้องกันโรคติดต่อ
- (4) กำหนดเวลาจำหน่ายอาหาร
- (5) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้จำหน่ายอาหาร ผู้ปรุงอาหารและผู้ให้บริการ

(6) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสุขลักษณะของอาหาร กรรมวิธีการจำหน่าย ทำ ประกอบ ปูรอง เก็บรักษาหรือสะสมอาหาร

(7) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ น้ำใช้ และของใช้อื่น ๆ

ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร

เรื่อง สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร พ.ศ. 2545 (12)

โดยที่เป็นการสมควรตราข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครว่าด้วยสถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร

ข้อ 4 ในข้อบัญญัตินี้

“อาหาร” หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่

1) วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ดื่ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ หรือในรูปลักษณะใด ๆ แต่ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วแต่กรณี

2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหาร รวมถึงวัตถุเจือปนอาหาร สี และเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

“สถานที่จำหน่ายอาหาร” หมายความว่า อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม

“สถานที่สะสมอาหาร” หมายความว่า อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ ที่จัดไว้สำหรับเก็บอาหารอันมีสภาพเป็นของสดหรือของแห้งหรืออาหารในรูปลักษณะอื่นใดซึ่งผู้ซื้อต้องนำไปทำ ประกอบหรือปรุงเพื่อบริโภคในภายหลัง

ข้อ 5 ห้ามมิให้ผู้ใดจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหารในอาคารหรือพื้นที่ใดซึ่งมีพื้นที่เกินสองร้อยตารางเมตร เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น หากสถานที่ดังกล่าวมีพื้นที่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นเพื่อขอรับหนังสือรับรองการแจ้ง

ข้อ 9 ผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสุขลักษณะ กรรมวิธีการจำหน่าย ทำ ประกอบ ปูรอง เก็บรักษาอาหาร ตลอดจนสุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ น้ำใช้และของใช้อื่น ๆ รวมทั้งสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้จำหน่ายอาหาร ผู้ปรุงอาหารและผู้ให้บริการ

ข้อ 10 ผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งต้องไม่เป็นโรคติดต่อตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ และไม่จ้างหรือใช้บุคคลที่ป่วยหรือมีเหตุควรเชื่อว่าป่วยเป็นโรคติดต่อทำการจำหน่าย ทำ ปรง ประกอบ หรือเก็บสะสมอาหาร โดยมีแพทย์รับรองอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ข้อ 14 ใบอนุญาตให้มีอายุหนึ่งปีนับแต่วันที่ออกใบอนุญาต

ข้อ 19 ผู้ใดฝ่าฝืนข้อบัญญัตินี้มีโทษตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร

เรื่อง การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ พ.ศ. 2545 (13)

ข้อ 10 ห้ามผู้จำหน่ายและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าประกอบกิจการเมื่อมีเหตุควรเชื่อว่าเป็นโรคติดต่อหรือเมื่อเจ้าพนักงานสาธารณสุขได้ตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคติดต่อ ดังต่อไปนี้

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| (1) วัณโรค | (6) โรคคางทูม |
| (2) อหิวาตกโรค | (7) โรคเรื้อน |
| (3) ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์) | (8) โรคผิวหนังที่นํารังเกียจ |
| (4) โรคบิด | (9) โรคตับอักเสบที่เกิดจากไวรัส |
| (5) ไข้สวกใส | (10) โรคอื่น ๆ ตามที่ทางราชการกำหนด |

ข้อ 11 ผู้ขอรับใบอนุญาตและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

- 1) เป็นผู้มีสัญชาติไทย
- 2) ต้องไม่เป็นโรคติดต่อหรือพาหะของโรคติดต่อตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10
- 3) เงื่อนไขอื่นตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ 22 ผู้ใดฝ่าฝืนข้อบัญญัตินี้มีโทษตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับร้านอาหารในกรุงเทพมหานคร (13)(14)

เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ร้านอาหารจึงต้องจัดการปรับปรุง และดูแลร้านอาหารให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

ซึ่งมีข้อกำหนดพื้นฐานทั้งหมด 15 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. สถานที่รับประทาน เตรียม-ปรุง-ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วนต้องจัดและดูแลรักษาบริเวณสถานที่รับประทานอาหาร และสถานที่เตรียม ปรุงประกอบจำหน่ายอาหารให้สะอาดเป็นระเบียบอยู่เสมอ

พื้น ควรมีลักษณะผิวเรียบ ไม่ลื่น ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่องและไม่มีเศษขยะ

ผนัง และเพดาน ควรทาสีอ่อน เพื่อช่วยให้บริเวณร้านสว่าง ไม่มีมืดทึบ และสามารถมองเห็นสิ่งสกปรกได้ง่าย โดยเฉพาะบริเวณที่เตรียมปรุงอาหารควรทำด้วยวัสดุผิวเรียบ ทำความสะอาดง่าย เช่น สแตนเลส อลูมิเนียม โฟเมก้า กระเบื้องเคลือบ อยู่ในสภาพดี ไม่ชำรุด และต้องรักษาความสะอาดอยู่เสมอ

วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ต้องจัดให้เป็นระเบียบ สามารถทำความสะอาดได้ทั่วถึง และ จัดบริเวณในการปฏิบัติงานให้เป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของอาหารและในบริเวณที่ปรุงควรมีพัดลมดูดอากาศหรือปล่องระบายควันช่วยระบายอากาศ และต้องไม่รบกวนบริเวณใกล้เคียงด้วย

2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.ต้องไม่เตรียม หรือวางอาหาร ภาชนะใส่อาหาร รวมถึงการหั่น การล้าง การเก็บอาหารบนพื้น และบริเวณหน้าหรือในห้องน้ำห้องส้วม ตลอดจนในบริเวณที่อาจทำให้อาหารปนเปื้อน สิ่งสกปรกได้ ต้องเตรียมและปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย ๖๐ ซม. และโต๊ะที่ใช้เตรียมปรุงอาหารต้องทำด้วยวัสดุผิวเรียบ สามารถทำความสะอาดได้ง่าย เช่น สแตนเลส โฟเมก้า

3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขสารบบอาหาร (อย.) เครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)ต้องไม่ใช้สารปลอมปน สารที่ไม่ใช่อาหาร หรือสารที่ไม่ปลอดภัยในการบริโภค มาปรุง ประกอบอาหาร

- ภาชนะที่ใช้ใส่เครื่องปรุงรส เช่น น้ำส้มสายชู น้ำปลา และน้ำจิ้ม ซึ่งมีฤทธิ์กัดกร่อนได้ ต้องใส่ในภาชนะที่ทำจากวัสดุที่ทนการกัดกร่อนได้ดี ได้แก่ แก้ว กระเบื้องเคลือบขาว และต้องมีฝาปิด สำหรับช้อนตักควรใช้ช้อนกระเบื้องเคลือบขาว ถ้าใช้สแตนเลสควรเป็นชนิด 18-8 ส่วนเครื่องปรุงรส หรือสารปรุงแต่งอาหารที่ไม่มีฤทธิ์กัดกร่อน เช่น น้ำตาล พริกป่น ควรเก็บในภาชนะที่สะอาดได้ง่าย มีฝาปิด หรือใช้ฝาซีครอบ

4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง หรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ ต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกัน โดยอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบต้องเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส และควรจะมีการแยกเก็บอาหารประเภทต่างๆ ดังนี้

1. ผักสดก่อนล้างทำความสะอาด
2. ผักสดหลังจากล้างทำความสะอาดแล้ว
3. ผลไม้สดก่อนล้าง
4. ผลไม้สดหลังจากล้างทำความสะอาดแล้ว
5. เนื้อสัตว์สดที่ไม่ใช่อาหารทะเล
6. เนื้อสัตว์สดประเภทอาหารทะเล
7. อาหารที่พร้อมบริโภค

8. อาหารที่ปรุงสุกสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. อาหารปรุงสุกสำเร็จ หรืออาหารที่พร้อมที่จะรับประทานได้ โดยไม่ผ่านขั้นตอนของการให้ความร้อนหรือการฆ่าเชื้อโรคอีก ต้องเก็บไว้ในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิดอาหารไว้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันสัตว์ แมลงนำโรค และฝุ่นละออง และตั้งวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.

9. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องเป็นน้ำแข็งที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้ในการบริโภคโดยเฉพาะเมื่อละลายแล้วควรเป็นน้ำที่สะอาด ไม่มีตะกอน ภาชนะที่ใส่ต้องเป็นภาชนะที่สะอาด ไม่เป็นสนิม มีฝาปิด สามารถเก็บความเย็นได้ดี ต้องมีอุปกรณ์สำหรับคีบหรือตักที่มีด้ามยาวเพียงพอสามารถหยิบจับได้โดยมือไม่สัมผัสกับน้ำแข็ง หรือไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อน และต้องไม่มีสิ่งของอื่นแช่ปนอยู่กับน้ำแข็ง

10. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ภาชนะที่ใช้ใส่อาหารทุกประเภทต้องล้างให้สะอาด แยกภาชนะที่ใส่ของหวานและของคาว กำจัดเศษอาหาร แล้วล้างด้วยน้ำยาล้างภาชนะ ขัดถูคราบสกปรกของอาหารและไขมันออก แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดอีก 2 ครั้งโดยน้ำที่ใช้ล้างจะต้องเปลี่ยนให้สะอาดอยู่เสมอหรือล้างด้วยน้ำไหลโดยเปิดก๊อกให้น้ำไหลผ่านภาชนะแล้วล้างให้สะอาด เมื่อล้างเสร็จแล้วควรคว่ำไว้แห้งในที่โปร่งสะอาดและสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.

11. เขียงและมีด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้ เขียงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าว ไม่เป็นร่อง สะอาด ไม่มีรา ไม่มีคราบไขมัน หรือคราบสกปรกฝังแน่น เขียงและมีดจะต้องแยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์ดิบ เนื้อสัตว์สุก ผัก ผลไม้ โดยไม่ใช่ปะปนกัน เพราะถ้าใช้ปนกันจะทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคจากอาหารดิบไปสู่อาหารสุก และผักผลไม้ได้ ควรล้างให้สะอาดทั้งก่อน, หลัง และระหว่างการใช้งานเป็นระยะและผึ่งให้แห้งในที่โปร่ง โดยวางให้ได้รับแสงแดดไม่ควรใช้ผ้าหรือฝาหม้อปิด เพราะจะทำให้อับชื้น ควรใช้ผ้าซีลครอบเพื่อป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค

12. ซ้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ซ้อน ส้อม ตะเกียบ ที่ล้างสะอาดแล้ว ต้องเก็บวางในลักษณะตั้งให้ส่วนที่เป็นด้ามจับไว้ด้านบน ในภาชนะที่โปร่งสะอาด ภาชนะไม่กว้างเกินไป หรือเก็บวางเรียงเป็นระเบียบ โดยวางเรียงนอนไปในทางเดียวกัน และในการหยิบจับต้องจับเฉพาะด้ามเท่านั้น

13. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้องหลักสุขาภิบาลมีการเก็บและรวบรวมขยะมูลฝอยให้เรียบร้อยและมิดชิด ไม่รั่วซึมเพื่อป้องกันเศษขยะและน้ำจากขยะซึมรั่วออกนอกถัง และเพื่อความสะอาดในการรวบรวม ควรใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในถังขยะด้วย เวลาเก็บไปกำจัดควรผูกปากถุงให้แน่นเสียก่อนและต้องมีฝาปิดถังขยะให้มิดชิดด้วย การระบายน้ำเสียต้องมีรางระบายน้ำเสียจากจุดต่างๆ ที่ใช้การได้ดี โดยเฉพาะบริเวณห้องครัว และบริเวณที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ ต้องมีรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าว ไม่อุดตัน มีการดักกรองเศษอาหาร และควรติดตั้งบ่อดักไขมันในขนาดที่เหมาะสม ก่อนระบายน้ำเสียลงสู่ท่อระบาย หรือระบบบำบัดน้ำเสีย ไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ เช่น แม่น้ำ ลำคลอง ฯลฯ โดยตรง ทั้งนี้ ต้องดักเศษอาหารและคราบไขมันทิ้งเป็นประจำ

14. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา ห้องส้วมควรแยกออกจากห้องครัวเป็นสัดส่วนเฉพาะ โดยประตูของห้องส้วมต้องไม่เปิดตรงสู่บริเวณที่เตรียมปรุงอาหาร ที่ล้าง ที่เก็บภาชนะอุปกรณ์ และที่เก็บวางอาหารทุกชนิด เพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรค ต้องดูแลรักษาความสะอาดห้องส้วมที่อยู่ในบริเวณร้านอาหารทุกห้อง ทั้งห้องส้วมสำหรับผู้บริโภค ห้องส้วมสำหรับผู้สัมผัสอาหาร และพนักงานของร้านอาหาร ต้องสะอาดไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น มีน้ำใช้เพียงพอนอกจากนี้ ต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และจัดให้มีสบู่สำหรับล้างมือใช้ตลอดเวลา (ควรใช้สบู่เหลว เพราะสบู่ก้อนอาจมีสิ่งสกปรกติดอยู่ที่ก้อนสบู่ได้ ถ้าใช้สบู่ก้อนต้องล้างสบู่ให้สะอาดด้วย)

15. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ผู้เตรียมอาหาร ผู้ล้างภาชนะหรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหารทุกคน ต้องแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด หรือมีเครื่องแบบเฉพาะที่สะอาด และสวมหมวกหรือเน็ตที่สามารถเก็บรวบรวมได้เรียบร้อย เพื่อป้องกันเส้นผมและสิ่งสกปรกปนเปื้อนอาหาร

16. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด ผู้สัมผัสอาหารทุกคนต้องล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือน้ำยา ล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะก่อนเตรียม ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหารทุกครั้งและต้องล้างมือให้สะอาดทันที หลังออกจากห้องส้วมหรือหลังจากจับต้องสิ่งสกปรก

เช่น ผ้าเช็ดมือ ชะยะ การแกะ เกาผิวหนัง การปิดปากขณะไอจาม เป็นต้น สำหรับอาหารที่ปรุงสำเร็จหรืออาหารที่พร้อมรับประทาน ห้ามใช้มือหยิบจับ หรือสัมผัสอาหารโดยตรง ต้องใช้อุปกรณ์ที่สะอาดปลอดภัย ในการหยิบจับอาหาร เช่น ทัพพี ที่คีบ

17. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปกปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลต้องปกปิดแผลให้มิดชิดโดยเฉพาะบาดแผลหรือฝีที่มีหนองจะต้องหยุดหรือหลีกเลี่ยง การปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร ถ้าไม่สามารถหยุดปฏิบัติงานได้ ควรเลี่ยงไปปฏิบัติงานหน้าที่อื่นแทนจนกว่าบาดแผลจะหายสนิท จึงกลับมาปฏิบัติงานตามปกติ นอกจากนี้ผู้สัมผัสอาหาร ต้องตัดเล็บสั้นและไม่สวมเครื่องประดับนิ้วมือและข้อมือ เพราะจะเป็นแหล่งสะสมสิ่งสกปรกและเชื้อโรคได้

18. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด ผู้สัมผัสอาหารที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภคได้ ได้แก่ วัณโรค อหิวาตกโรค ไทฟอยด์ บิด อูจจาระร่วง ไข้สวกใส หัด คางทูม ไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ และโรคผิวหนังที่น่ารังเกียจ ต้องหยุดปฏิบัติงานและได้รับการรักษาจนกว่าจะหายเป็นปกติ ไม่สามารถแพร่เชื้อโรคได้และไม่เป็นที่น่ารังเกียจแล้วจึงกลับมาปฏิบัติงานตามปกติได้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อหรือการเป็นพาหะของโรค

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคในอาหาร (15)(16)

เชื้อโรคจะแพร่กระจายจากผู้สัมผัสอาหารไปสู่ผู้อื่น ผ่านทางอาหารและน้ำได้ จะต้องมียปัจจัยอย่างน้อย 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยด้านผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งหมายถึงผู้เตรียม ปรุง เสิร์ฟอาหาร มีโอกาสทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหารได้
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างการเตรียมปรุงอาหาร เช่น ความร้อนที่ใช้ในการทำอาหาร การอุ่นอาหาร อุณหภูมิที่เหมาะสม ความสะอาดของสถานที่ เป็นต้น

การแพร่กระจายของโรคโดยผู้สัมผัสอาหาร

1. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะแพร่โรคทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ หรือทางผิวหนังย่อมสามารถแพร่กระจายโรคนั้นไปสู่ผู้อื่นได้ เช่น เมื่อเป็นโรคอุจจาระร่วง เชื้อโรคอาจติดไปกับมือของผู้สัมผัสอาหาร เป็นหวัด มีอาการไอ จาม เชื้อโรคอาจปนเปื้อนในอาหารระหว่างการ

เตรียม-ปรุงได้ เป็นผล ฝึ หนอง จากการอักเสบของผิวหนัง เชื้อโรคอาจปนเปื้อนลงสู่อาหารได้ การติดต่อกันทำให้ผู้บริโภคนเจ็บป่วยได้

2. ผู้สัมผัสอาหาร ที่ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยอาจแพร่โรคได้ 2 กรณี คือ

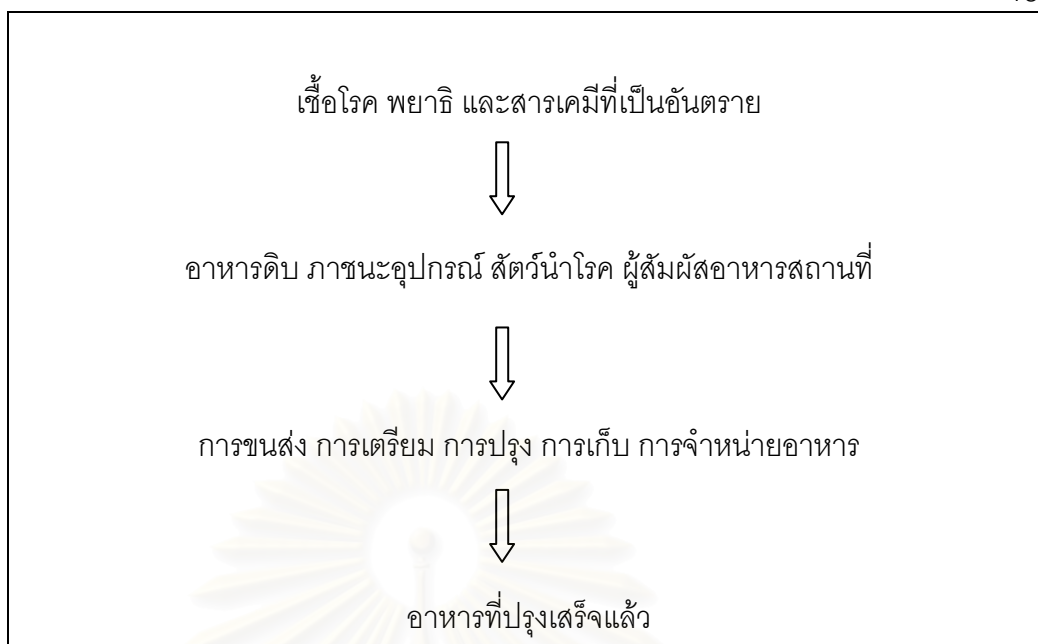
2.1 เป็นพาหะนำโรค หมายถึง เป็นผู้ที่มีเชื้อโรคอยู่ในตัว แต่ไม่แสดงอาการ ก็สามารถแพร่โรคสู่อาหารได้เช่นเดียวกับผู้เป็นโรคและมีอาการ

2.2 นำโรคโดยการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ระหว่างการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร เช่น การจับต้องสิ่งสกปรกพวกขยะ วัตถุมีพิษฆ่าแมลง ธนบัตร และมาจับอาหารโดยไม่ได้ล้างมือให้สะอาด

ผู้สัมผัสอาหาร ที่ได้รับเชื้อโรคบางชนิดเข้าไปในร่างกาย แต่ไม่แสดงอาการชัดเจน เรียกว่า เป็นพาหะนำโรคที่แฝงอยู่ (Healthy carrier) ซึ่งจะพบเชื้อโรคปะปนในอุจจาระเสมอ ผู้สัมผัสอาหารที่มีลักษณะเช่นนี้เป็นการยากที่จะสังเกตอาการภายนอกได้ ต้องตรวจหาเชื้อจากอุจจาระเป็นครั้งคราวจึงจะทราบได้ นอกจากนี้การมีบาดแผลที่เป็นหนองอาจถ่ายทอดลงสู่อาหาร ทำให้พิษของเชื้อ Staphylococcus ทำให้เกิดอาการเป็นพิษต่อผู้บริโภคนได้ ผู้สัมผัสอาหารต้องระมัดระวังตัวไม่ให้เกิดโรสดังกล่าวขึ้น หรือหากเกิดแล้วต้องพักและรีบรักษาให้หาย ก่อนเริ่มปฏิบัติงานใหม่ การตรวจร่างกายควรทำเป็นประจำหรือกำหนดปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบหาโรคติดต่อดังกล่าว

องค์ประกอบที่ทำให้อาหารเกิดการปนเปื้อน (17)

1. สถานที่ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหารไม่สะอาด ขาดความเป็นระเบียบ และไม่ถูกสุขลักษณะ
2. การใช้ภาชนะอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับอาหารแต่ละชนิด การล้างทำความสะอาด การเก็บที่ไม่ถูกวิธี
3. ตัวอาหารที่จะนำมาปรุง ไม่ว่าจะเป็นอาหารสด อาหารแห้ง วัตถุปรุงแต่งรส หรืออาหารกระป๋อง มีการปนเปื้อน การเก็บในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพ
4. ผู้สัมผัสอาหารที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องของสุขอนามัยส่วนบุคคล และสุขนิสัยที่ดีในการประกอบ ปรุง และจำหน่ายอาหาร
5. ไม่มีการป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคชนิดต่างๆ เพราะสัตว์และแมลงนำโรคเหล่านี้เมื่อสัมผัสอาหาร จะทำให้อาหารมีการปนเปื้อนนำโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นสื่อได้



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนที่ทำให้อาหารเกิดการปนเปื้อน

จากแผนผังข้างต้นจะเห็นได้ว่าสาเหตุของความไม่ปลอดภัยของอาหารก็คือเชื้อโรค พยาธิ และสารเคมีที่เห็นพิษ ซึ่งจะปนเปื้อนอาหารโดยผ่านสื่อกลางต่างๆ ได้แก่ ตัวอาหารดิบ ผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สัตว์และแมลงนำโรคและสถานที่ ในขั้นตอนการขนส่ง การเตรียม การปรุง การเก็บ การจำหน่าย และการเสิร์ฟ ดังนั้น เพื่อป้องกัน เชื้อโรค พยาธิ และสารเคมีที่เป็นพิษปนเปื้อนในอาหาร ผู้ประกอบการ จะต้องปฏิบัติตามหลักการสุขาภิบาลอาหาร คือ การจัดการและควบคุมสื่อกลางต่างๆ ให้สะอาดและปลอดภัย รวมทั้งการควบคุมดูแลการปฏิบัติตนของผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟในการปรุง การประกอบ การเก็บและการจำหน่ายอาหารให้ถูกสุขลักษณะด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อหรือการเป็นพาหะของโรค (16)

1. **การสัมผัสกับแหล่งโรค** มีรายงานการตรวจเนื้อหมูพบเชื้อ Salmonella ร้อยละ 90 ในเนื้อไก่ ร้อยละ 72 ซึ่งสัมพันธ์กับการตรวจพบเชื้อในผู้สัมผัสอาหารในตลาดสดที่มีอัตราการติดเชื้อ Salmonella สูงจะเป็นคนขายหมูร้อยละ 19 และเนื้อไก่ร้อยละ 11.6 มีรายงานโดยทั่วไปผู้มีอาชีพสัมผัสกับสัตว์หรือเนื้อสัตว์ที่ตรวจพบการปนเปื้อนของเชื้อ Salmonella เช่น เช่น เป็ด ไก่ หมู เนื้อ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ต่างๆ เครื่องเทศ นม ไข่ ผลิตภัณฑ์จากไข่ อาหารทะเล ประเภทนี้ พบเป็น

พาหะนำเชื้อ Salmonella ร้อยละ 6-8 ในการศึกษาคราวหนึ่งพบว่า คนงานในครัว 66 คน มี 11 คน (18%) ติดเชื้อสัลโมเนลลา(10)

2.พฤติกรรมการกิน มีรายงานการตรวจพบการปนเปื้อนของเชื้อ Salmonella โดยมากเกิดจากอาหาร ในเนื้อหมู หรือซี่โครงหมู พบสูงมากในเนื้อหมูดิบ พบในเนื้อสัตว์ชนิดอื่นเช่น เป็ด ไก่ หมู เนื้อ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ต่างๆ เครื่องเทศ นม ไข่ ผลิตภัณฑ์จากไข่ อาหารทะเล นอกจากนี้ยังอาจพบได้ในวัว การรับประทานเนื้อหรือไข่ของสัตว์เหล่านี้ โดยไม่ทำให้สุกดีก็มีโอกาสติดเชื้อได้ การกินอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นต้น

3.สภาวะสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกายเป็นส่วนสำคัญ ถ้าคนมีสุขภาพดีหรือมีภูมิคุ้มกันต้านทานดีกว่าอันตรายที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อยกว่า มีรายงานว่าในผู้สัมผัสอาหารที่มีภาวะการเจ็บป่วยต่ำหรือไม่มีโรคประจำตัว จะพบการเป็นพาหะต่ำกว่าในผู้มีโรคประจำตัว

4.สุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับมือ และอาหาร - การล้างมือหลังใช้ส้วม/ก่อนปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาหาร - การใช้มือหยิบจับอาหารโดยตรง- เชื้อจากมือที่หยิบจับอาหารดิบและอาหารสุกปะปนและอาจเข้าสู่ร่างกาย- กระบวนการทำอาหารมีรายงานการตรวจอาหารและน้ำจากสถานที่จำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์(18) พบว่า เมื่อใช้ชุดทดสอบ SI-2 เพื่อตรวจหาแบคทีเรีย ซีเนาะกลุ่มโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และมือสัมผัสอาหาร ภายในมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ พบว่า มีตัวอย่างจำนวน 54 ตัวอย่าง จาก 205 ตัวอย่าง มีการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย คิดเป็นร้อยละ 26.37 ซึ่งอาจมีการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้บริโภคได้ ถ้าหากมีการปนเปื้อนเชื้อโรค ที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ ดังนั้น จึงทำการตรวจหา กลุ่มเชื้อก่อโรค ชนิด Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Salmonella, Shigella เพื่อยืนยันผลดังกล่าว พบว่า ตรวจพบเชื้อ Salmonella, Shigella, S. aureus และ E.coli คิดเป็นร้อยละ 83.3, 83.6, 10.0 และ 12.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังตรวจพบพาหะของเชื้อกลุ่มที่ไม่ใช่ใช้ไทพอยด์ร้อยละ 47.7 แบ่งเป็นชนิดที่ทำให้เกิดโรค Salmonellosis ร้อยละ 26.2 พบเชื้อ Shigella ร้อยละ 6.2 นอกจากนี้ยังพบเชื้อในกลุ่ม Plesiomonas shigelloides ร้อยละ 7.7 และ Aeromonas veronii ร้อยละ 7.7 ซึ่งเป็นเชื้อที่นอกจากจะก่อโรคในระบบทางเดินอาหารแล้ว ยังสามารถแพร่เชื้อไปยังระบบอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้โดยเฉพาะผู้ที่รับเชื้อมีภูมิคุ้มกันต่ำ

5.ทัศนคติ ความรู้ที่เกี่ยวกับการสุขาภิบาล โดยผู้สัมผัสอาหารที่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารที่ดี จะพบการเป็นพาหะของโรคน้อย

6.การสุขาภิบาลหรือสภาพสิ่งแวดล้อม ใช้ภาชนะอุปกรณ์ร่วมกันระหว่างอาหารสุกและดิบที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อ ล้างอาหารหรือภาชนะไม่สะอาดพอ การใช้เชียงร่วมอาหารดิบและสุก มีรายงานว่า(19)จำนวนการติดเชื้อ Salmonella ในผู้ประกอบการขายอาหารจาก

ร้านที่ไม่สะอาดตรวจพบสูงกว่าในผู้ประกอบการขายอาหารจากร้านที่สะอาดคือ ร้อยละ 4.5 และ 1.4 ตามลำดับ

กองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขอนามัยแก่ผู้สัมผัสอาหาร (คนเตรียม, คนเสิร์ฟ และคนจำหน่ายอาหาร) พอสรุปได้ดังนี้ (15)(20)

1. การปฏิบัติตนให้เป็นคนมีสุขภาพดี ไม่เกิดโรค ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกายที่ถูกวิธี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดื่มน้ำสะอาดที่เพียงพอ ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคติดต่อ เป็นต้น

2. สุขอนามัยที่ดีระหว่างการเตรียม ปูรอง ประกอบและจำหน่ายอาหาร ได้แก่ การแต่งกายที่สะอาด ผูกผ้ากันเปื้อน ใส่ผ้าคลุมผม ตัดเล็บสั้น ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังเข้าห้องน้ำ ใช้ผ้าสะอาดปิดปากปิดจมูกทุกครั้งไอหรือจาม ไม่พูดคุยหรือสูบบุหรี่ขณะปรุงอาหาร ปรุงอาหารให้สุกสะอาดเสมอ ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหาร เวลาเสิร์ฟอาหารต้องหยิบจับภาชนะให้ถูกวิธี

โรคในระบบเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นสถิติข้อมูลจากรายงาน 506 รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปีจากสรุปของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ (Food-borne disease) สูงเป็นอันดับต้นๆของโรคติดต่อที่มีการระบาดและป่วย โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกๆปีพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ คือ อุจจาระร่วงอย่างแรง (Acute diarrhea) โรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) โรคไข้ไทฟอยด์ (Typhoid fever) และโรคบิด (Dysentery)

ส่วนที่ 3 การตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

การถ่ายภาพรังสีปอด (Chest X-rays) (21)

การ X-rays ปอดเพื่อเป็นการตรวจวินิจฉัยหาวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน การติดต่อของวัณโรคจะเหมือนกับการติดต่อของไข้หวัด เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายทางอากาศ และนานๆครั้งจะพบว่า มีการติดต่อโดยการสัมผัส ผู้ที่ป่วยจากวัณโรคปอดเท่านั้นที่จะเป็นผู้แพร่เชื้อเมื่อคนเหล่านี้ ไอ จาม พูดคุย หรือถ่มน้ำลาย ชากเสมหะ เชื้อวัณโรคในปอดจะถูกขับฟุ้งกระจายสู่อากาศและสามารถลอยลอยอยู่ได้นานหลายชั่วโมง โดยการ X-rays ปอด ควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เชื้อวัณโรคจัดเป็นเชื้อโรคในกลุ่มเป็นแท่ง (Bacilli) มีความคงทนต่อความแห้งได้ และสามารถแขวนอยู่กับฝุ่นละอองได้นานเชื้อวัณโรคออกจากร่างกายของผู้ป่วย โดยทางเสมหะ และละอองเสมหะ หรือน้ำลายจากการไอ หรือจาม หรืออาจออกมากับน้ำหนองในกรณีป่วยเป็นวัณโรคของต่อมเหงื่อหรือผิวหนัง การติดต่อจะติดต่อทางลมหายใจสูดดมเอาฝุ่นละอองหรือละอองเสมหะ ที่มีตัวเชื้อโรคแขวนอยู่เมื่อพุดถึงวัณโรค ชาวบ้านทั่วไปมักจะไม่ถึงโรคปอด คือวัณโรคปอด

แต่ความจริงวัณโรคอาจเป็นได้ในทุก ๆ อวัยวะของร่างกาย เช่น ลำไส้ ตับ ม้าม ต่อม้ำเหลือง ผิวหนังและเยื่อหุ้มสมองเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม นักวิทยาศาสตร์ยังเชื่อว่าจะต้องเริ่มต้นจากปอดก่อนเสมอ ที่ไม่พบในปอดก็เพราะซ่อนเร้นอยู่ โดยการฉายเอกซเรย์ปอดตรวจไม่พบ หรือการตรวจเสมหะเพื่อหาตัวเชื้อแล้วตรวจไม่พบเท่านั้นอาการแสดงของวัณโรค ระยะแรกจะมีการไอแห้ง ๆ อย่างเดียว อาการจะมากขึ้นเมื่อเนื้อปอดเป็นโรคมมากขึ้น ระยะต่อมาไอจะมีเสมหะติดออกมาด้วย และมักจะมีอาการไข้ต่ำ ๆ โดยเฉพาะในเวลาเย็น และกลางคืน ในระยะที่เป็นกรดมากแล้วอาจมีอาการหายใจหอบ และไอมีเสมหะติดเลือดปนด้วย จนถึงขั้นไอเป็นลิ่มเลือดได้ ถ้าเชื้อลามไปติดที่เยื่อหุ้มหลอดอาจมีน้ำเกิดเกิดขึ้นในช่องปอด และมีอาการเจ็บอก น้ำที่เกิดในช่องปอดนี้จะทำให้อาการหอบเกิดมากขึ้นอาการแสดงของวัณโรคที่อวัยวะอื่น เช่น ถ้าเป็นที่ต่อม้ำเหลือง มักมีไข้ และมีก้อน (ต่อม้ำเหลือง) ที่พบบ่อยมักจะเป็นที่ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอ ต่อมาจะโตมากขึ้นจนกลายเป็นฝี และแตกมีน้ำเหลืองซึมออกมาได้ ถ้าเป็นที่เยื่อหุ้มสมองจะมีอาการปวดศีรษะ มีไข้ คอแข็ง และมีอาการทางสมองเกิดขึ้นด้วยการรักษาจะต้องรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น ด้วยการปรึกษาแพทย์ที่ศูนย์วัณโรคปอดโรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ แต่ต้องใช้เวลานานเป็นปี หรือ 2 ปี ผู้ป่วยจึงต้องมีความอดทนต้องปฏิบัติตามสั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรหยุดการรักษาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง

การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis A virus) (22)

Hepatitis A ติดต่อกันโดยทาง Fecal – Oral route คือ จากอาหารและน้ำดื่ม โดยเมื่อได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้ว เชื้อจะมีระยะฟักตัวของโรคประมาณ 15-45 วัน โดยทั่วไปประมาณ 25-30 วัน ในช่วงระยะท้ายของการฟักตัวจะพบเชื้อไวรัสขับถ่ายออกมาทางอุจจาระก่อนมีอาการประมาณ 2-3 อาทิตย์ จนถึงหลังมีอาการประมาณ 1 อาทิตย์ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นได้ทั้งแบบมีอาการ และ แบบไม่มีอาการ แบบมีอาการจะพบสูงขึ้นตามอายุ ในเด็กมักพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการ ซึ่งการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรายังไม่พบว่ามีการติดเชื้อแบบเรื้อรัง อาการจะเริ่มด้วย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีไข้ และปัสสาวะสีเข้มหรือดำ ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา ตัวเหลือง และตาเหลือง อุจจาระในผู้ป่วยบางคนมีสีซีด การตรวจร่างกายพบว่ามีดีซ่าน ตับโตและเจ็บ การป้องกันโรคตับอักเสบบี นั้น ควรพึงปฏิบัติให้เคร่งครัดในเรื่องสุขอนามัยความสะอาดส่วนบุคคล รับประทานอาหาร น้ำที่สะอาด และไม่ใช้สิ่งของหรือของใช้ร่วมกับผู้ป่วย นอกจากนี้ การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขมูลฐานให้ประชาชนมีการกินที่อยู่ดี มีสุขอนามัยดีขึ้นจะเป็นการลดการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมาก

การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis A virus) เป็นการตรวจหา Antigen (Ag) หรือ Antibody (Ab) ต่อส่วนประกอบต่าง ๆ ของไวรัสในซีรัมของผู้ป่วย หรือเรียกว่าการตรวจหา

Hepatitis markers ซึ่งการตรวจพบ Ag หรือ Ab ชนิดต่าง ๆ นั้นก็มีความหมายบ่งบอกสภาวะของโรคแตกต่างกันไป

การตรวจอุจจาระ (23)

การตรวจอุจจาระในผู้ป่วย พาะหะ ผู้สัมผัสโรคเพื่อการตรวจหาเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของอาการอุจจาระร่วงหรือ อาหารเป็นพิษ เช่น เชื้ออหิวาตกโรค (*Vibrio cholerae*) เชื้อไข้รากสาดน้อย (*Salmonella typhi*) เชื้อบิด (Shigella) เป็นต้น รวมถึงการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อปาราสิต ได้แก่ การตรวจหาพยาธิลำไส้ทั้งโปรโตซัวและหนอนพยาธิ โดยแบ่งได้ดังนี้

1) Stool examination เป็นการตรวจหาพยาธิลำไส้ทั้งโปรโตซัวและหนอนพยาธิ เช่น ไข่ของพยาธิลำไส้ ได้แก่ พยาธิไส้เดือน พยาธิปากขอ พยาธิแส้ม้า พยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น โดยการเก็บอุจจาระปริมาณ 5 กรัมใส่ในกล่องพลาสติกชนิดใสหรือช้อน มีฝาเกลียวและรึบนำส่งห้องปฏิบัติการเพื่อทำการตรวจพยาธิลำไส้ (Direct Smear Method) มีอัตราค่าตรวจวิเคราะห์ประมาณ 50 บาทต่อสิ่งส่งตรวจ

2) Stool culture เป็นการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหาร ได้แก่ *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Vibrio* spp., *Staphylococcus aureus*, *Plesiomonas shigelloides* โดยอาการเก็บอุจจาระได้ 2 แบบ คือ เก็บอุจจาระสดประมาณ 5-10 กรัมใส่ขวดที่ปราศจากเชื้อ มีจุกเกลียวเพื่อปิดให้แน่น อีกวิธีคือเก็บแบบ rectal swab โดยสอด swab ให้ลึกถึงส่วนที่เป็นเรคตัมหรือทำ stool swab โดยใช้ไม้สวอบ 1-2 อันป้ายอุจจาระแล้วใส่สวอบลงในวุ้น Cary-Blair medium ซึ่งเชื้อสามารถอยู่ในวุ้นได้หลายวันในอุณหภูมิห้อง มีอัตราค่าตรวจวิเคราะห์ประมาณ 150 บาทต่อสิ่งส่งตรวจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 2.1 รายการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารก่อนเข้าทำงาน (24)

ประเทศ	รายการตรวจสุขภาพ
ฝรั่งเศส	Stool culture เพื่อหาเชื้อ Salmonella, Shigella Stool microscopy เพื่อหาเชื้อปรสิต Nasopharyngeal swab เพื่อหาเชื้อ Staphylococcus Pharyngeal swab เพื่อหาเชื้อ Streptococcus Group A
เดนมาร์ก	การตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Medical examination)
สวีเดน	การตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Medical examination)
เยอรมัน	Stool culture Stool examination
ออสเตรเลีย	Chest-x-ray ทุก ๆ 2 ปี Stool examination ทุก ๆ 1 ปี
ฟินแลนด์	Stool culture เพื่อหาเชื้อ Salmonella

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

Cormo LS และคณะ(25)ได้ทำการศึกษาการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหารของเทศบาล Passus เมือง Minas Gerais ประเทศบราซิล พบว่าการติดเชื้อที่เกิดขึ้นเกิดจากเชื้อ Staphylococcus ภายหลังการบริโภคอาหาร 30 นาทีโดยพบว่ามี การตรวจพบเชื้อจากการ swab มือของผู้สัมผัสอาหารซึ่งแสดงถึงสุขอนามัยและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

Oteri T. and Ekanem EE. (3) ได้ทำการศึกษาผู้ประกอบการอาหารจำนวน 160 คน จาก รพ. 2 แห่ง โดยประเมินความรู้และทักษะเกี่ยวกับสุขอนามัยและพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาล และตรวจเชื้อ *Staphylococcus aureus* พบว่า ส่วนใหญ่ทราบว่าพฤติกรรมอนามัยคือการล้างมือก่อนปรุงอาหารและต้องมีการเปลี่ยนเสื้อผ้าใส่ผ้ากันเปื้อนทุกวัน แต่พบเพียงร้อยละ 28.6 เท่านั้นที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่วนการพบเชื้อ *Staphylococcus aureus* พบร้อยละ 24 เป็นผู้ที่การศึกษาต่ำฐานะเศรษฐกิจต่ำและต้องมีการเฝ้าระวังทางการแพทย์โดยการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอย่างต่อเนื่อง

Pan TM และคณะ(26) ได้ทำการศึกษาการระบาดของโรคจากอาหารเป็นสื่อในประเทศไต้หวัน ปี 1994 พบว่า ร้อยละ 75 ติดเชื้อแบคทีเรีย และการปนเปื้อนของอาหารเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจากน้ำและอาหารเป็นสื่อ ซึ่งสัดส่วนที่สูงของการระบาดมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาหารกลางวันในโรงอาหารกองทัพและโรงอาหารของโรงเรียน

Zain MM และ คณะ(27)ได้ทำการศึกษาคณะลักษณะทางสังคม ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารของเมืองโกตาบารูประเทศมาเลเซียพบว่า ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและร้อยละ57ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการสุขาภิบาลอาหารและมีเพียงร้อยละ 61.9 ที่ผ่านการตรวจสุขภาพประจำปี และระดับความรู้ผู้สัมผัสอาหารอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

Green LR.และ Selman C.(28) ได้ทำการศึกษาคณะงาน(เสิร์ฟอาหาร)และผู้จัดการร้านอาหารจำนวน 11 กลุ่ม ถึงปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยในการทำอาหาร โดยจัดสนทนากลุ่ม(Focus group)โดยมีพฤติกรรมอนามัย คือ การล้างมือ การป้องกันการปนเปื้อนของอาหาร การใช้ถุงมือ อุณหภูมิร้อน-เย็น การอุ่นอาหาร และผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยในการทำอาหารก่อนถึงผู้บริโภค คือ ภาวะกดดันในเรื่องเวลา สิ่งแวดล้อมรวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้-สถานที่ที่ย่ำเรื่องความสะดวกจากผู้จัดการหรือเพื่อนร่วมงาน บุคลิกภาพส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอนามัย ความรู้-การฝึกอบรม ข้อกำหนดของทางร้าน การจัดหาถุงมือ และการสุขาภิบาล พบว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยหลักอันดับต้นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยและความปลอดภัยของอาหาร

ลัดดา โภคาวัฒน์ (10)ได้ทำการศึกษาความชุกของการติดเชื้อผู้เป็นพาหะซัลโมเนลลาในผู้สัมผัสอาหารและน้ำแข็งในเขตกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2543 โดย Rectal swab จำนวนประชากรตัวอย่าง 7,032 คน พบผู้ติดเชื้อ 671 คน เป็นอัตราการติดเชื้อร้อยละ 9.5 (95%CI 8.8-10.2) เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มผู้สัมผัส พบการติดเชื้อในทุกกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ สัมผัสอาหารในตลาดสด พบการติดเชื้อสูงสุดร้อยละ11.9 คนงานในโรงผลิตน้ำแข็ง พบการติดเชื้อ ร้อยละ11.4 ผู้สัมผัสอาหารในสถานที่สะสมอาหาร (supermarket) มีการติดเชื้อต่ำสุดคือ ร้อยละ 6.9 อัตราการติดเชื้อในเพศชายร้อยละ 9.9 และอัตราการติดเชื้อในหญิงร้อยละ 9.3 ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในตลาดสด ผู้ที่มีอัตราการติดเชื้อสูงที่สุด ได้แก่ คนขายหมู (ร้อยละ 19.0) รองลงมาคือคนขายอาหารทะเลและขายปลาหนึ่ง (ร้อยละ 12.7) คนขายไก่ (ร้อยละ 11.6) ในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร ผู้ที่พบการติดเชื้อสูงที่สุด ได้แก่ ผู้ตักอาหาร (ร้อยละ 12.9) รองลงมาคือ ผู้เสิร์ฟอาหาร (ร้อยละ 11.8) ในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารตามร้านอาหารริมบาทวิถี การติดเชื้อสูงที่สุดพบในกลุ่มผู้ขายอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 26.0) รองลงมา คือคนขายข้าวขาหมู หมูย่าง หมูพะไล เป็ดพะไล (ร้อยละ19.1)ในกลุ่ม ผู้สัมผัสอาหาร ในสถานที่สะสมอาหาร

(supermarket) ที่มีการติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ ผู้สัมผัสอาหารทะเล (ร้อยละ 15.3) รองลงมาเป็นผู้ทำขนมอบ (เบเกอรี่) (ร้อยละ 11.1) ผู้บรรจุอาหาร (ร้อยละ 10.6) ในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนพบว่า ในโรงเรียนเอกชนมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 9.7 ในโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 8.8 และในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร มีอัตราการติดเชื้อน้อยที่สุดร้อยละ 8.1 ในกลุ่มคนงานในโรงผลิตน้ำแข็ง พบว่า คนงานในโรงผลิตน้ำแข็งของมีการติดเชื้อร้อยละ 11.6 คนงานในโรงผลิต น้ำแข็งก้อนติดเชื้อร้อยละ 11.3 การตรวจวิเคราะห์แยกกลุ่มของเชื้อสัลโมเนลลา ที่ตรวจพบในผู้สัมผัสอาหารจำนวน 671 คน พบว่า เป็นเชื้อในกลุ่ม E สูงที่สุดร้อยละ 34.58 รองลงมาคือ กลุ่ม C ร้อยละ 28.61 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มผู้สัมผัสอาหารจะพบว่า การติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียน ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร ผู้สัมผัสอาหารตามร้านอาหารริมทางวิถี และผู้สัมผัสอาหารในสถานที่สะสมอาหาร ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม E การติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในตลาดสด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม C และการติดเชื้อในกลุ่มคนงานในโรงผลิตน้ำแข็งส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม B พบอัตราการติดเชื้อรวมร้อยละ 9.5 โดยพบผู้จำหน่ายอาหารในตลาดสดมีอัตราการติดเชื้อสูงสุดร้อยละ 11.9 คนงานโรงงานผลิตน้ำแข็ง ร้อยละ 11.4 ผู้ปรุงอาหารในร้านจำหน่ายอาหารริมทางวิถีร้อยละ 10.1 ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารร้อยละ 9 ผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียน ร้อยละ 8.9 ผู้สัมผัสอาหารในสถานที่สะสมอาหารพบร้อยละ 6.9 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อรวม 671 คนพบเชื้อสัลโมเนลลา กลุ่ม E มากที่สุดร้อยละ 34.6 โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการติดเชื้อในเพศชายและหญิง

คันสนีย์ ตันต์จรัม และคณะ (4) ได้ทำการสำรวจหาเชื้อแบคทีเรียที่เรียกโรคในลำไส้ในผู้ประกอบการขายอาหารและศึกษาเปรียบเทียบการตรวจพบเชื้อในผู้ประกอบการขายอาหาร 3 ระดับ ในเขตเทศบาลเมืองพิษณุโลก คือ ภัตตาคาร ร้านอาหารตึกแถว และแผงลอย โดยการเก็บ Rectal Swab พบว่า จากจำนวนตัวอย่าง 398 ราย ตรวจพบเชื้อ Salmonella จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 2.3) จากภัตตาคาร 1 ราย ร้านอาหารตึกแถว 6 ราย และแผงลอย 2 ราย การพบเชื้อในร้านมาตรฐานและไม่ได้มาตรฐานไม่มีความแตกต่างกัน ในผู้ติดเชื้อมีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีความถี่ในการเกิดโรคสูงกว่าจะร่วงบ่อยกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ

สมบัติ อุตระกุล (29) ได้ศึกษารูปแบบการควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเฝ้าระวังในร้านจำหน่ายอาหาร พบว่า มีผู้สัมผัสอาหารไม่ได้มีการตรวจสุขภาพสูงถึงร้อยละ 79.05 และไม่เคยรับการอบรมสุขาภิบาลอาหารถึงร้อยละ 72.85

อุดม วรโคตร (30) ได้ทำการศึกษาสภาวะการสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดสกลนคร โดยใช้แบบทดสอบ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้สัมผัสอาหาร พบว่า สภาวะการสุขาภิบาลอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้สัมผัสอาหาร

สัมฤทธิ์ ทองศรีวงศ์ (31) ได้ทำการศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารและพฤติกรรมการประกอบและจำหน่ายอาหารแผงลอยในเขตภาคเหนือตอนกลาง ซึ่งศึกษาใน 5 เทศบาล คือ เทศบาลเมืองพิษณุโลก เทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ เทศบาลเมืองน่าน เทศบาลตำบลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และเทศบาลตำบลสะพานหิน จังหวัดพิจิตร รวม 227 แผงหลังจากมีการรณรงค์ปรับปรุงแผงลอยซึ่งศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 9 พิษณุโลกได้จัดดำเนินการในเทศบาลต่าง ๆ ผลการสำรวจหลังการรณรงค์มีดังนี้ ร้อยละ 21.14 ของแผงลอยทั้งหมดสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดพื้นฐาน 10 ข้อ ทุกแผงใช้สารอาหารปรุงแต่งถูกต้อง ร้อยละ 3.08 เท่านั้นที่ใช้ภาชนะถูกต้อง ร้อยละ 67.4 ล้างภาชนะถูกต้อง แผงที่มีปัญหาคือ การล้างภาชนะบนพื้นและมีการใช้ผ้าเช็ดภาชนะหลังล้างสะอาดแล้ว ร้อยละ 14.35 ซึ่งจะทำให้เกิดการปนเปื้อนอีก และร้อยละ 37.10 เก็บรวบรวมขยะถูกต้อง การกำจัดน้ำเสียเกือบทั้งหมดกำจัดโดยวิธีการเทลงร่องระบายน้ำและราดน้ำตามถนนโดยไม่แยกเศษอาหารออกก่อน และมี ผู้ปรุงอาหารเพียงร้อยละ 6.67 ที่มีการตรวจสุขภาพประจำปีในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้วิธีรณรงค์ให้ความรู้อย่างเดียวอาจไม่ประสบความสำเร็จดังเป้าหมาย แม้ว่าการสำรวจดำเนินการหลังจากกิจกรรมรณรงค์ทางสุขาภิบาลอาหารเพิ่งเสร็จสิ้นลง

อัมรินทร์ นันทวิทยากรณ์ (32) ได้ศึกษาความปลอดภัยในการบริโภคอาหารในประเทศไทย พบว่า ความปลอดภัยหรือความไม่ปลอดภัยในการบริโภคอาหารเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยทั้ง 4 ประการ คือ กฎหมายอาหาร การดำเนินการควบคุมของทางราชการ ผู้ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับอาหารและผู้บริโภค

ลัดดารัตน์ แซ่คู (33) ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ประกอบการค้าอาหารในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับอันตรายจากสารปรุงแต่งรสและสารปนเปื้อนในอาหาร พบว่า ผู้ประกอบอาหารมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ดังแปรที่มีผลต่อความรู้คือการอบรม การรับฟังข่าวสาร ตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติคือการอบรม การรับฟังข่าวสารและจำนวนปีที่ประกอบอาหาร ทั้งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีจำนวนครั้งที่เคยได้รับการอบรมเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความแตกต่าง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ประกอบการค้าอาหารมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ระดับปานกลาง

ปิยธิดา ศรีรักษา (34) ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกใช้สารปรุงแต่งรสและวัตถุเจือปนอาหาร ของผู้ประกอบอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นหญิง มีระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา ผู้ประกอบการส่วนมากได้รับการอบรมทางสุขาภิบาลอาหาร และพบว่าความรู้ กับ ทักษะ และ ความรู้กับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการเลือกใช้สารปรุงแต่งอาหารมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

(Cross – sectional Descriptive Design)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ

1. ผู้ประกอบการร้านอาหาร กรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขตแบ่งเป็น 12 กลุ่ม
2. ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
 - ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - หัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมจากสำนักงานเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต
 - ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครทั้ง 65 ศูนย์
 - ผู้อำนวยการกองสุขภาพภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - ผู้อำนวยการกองชั้นสูตรสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง (Population Sampled) คือ

1. ผู้ประกอบการร้านอาหารจำนวน 12 กลุ่ม ๆ ละ 1 เขตเป็นจำนวน 12 เขตจากทั้งหมด 50 เขต โดยสุ่มเลือกตัวอย่างโดยแบ่งตามชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามลักษณะภูมิศาสตร์ของกรุงเทพมหานคร (35) จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ดังนี้

1. กลุ่มธนบุรี (5เขต) - เขต คลองสาน
2. กลุ่มมหาสวัสดิ์ (4เขต) - เขต ดลิ่งชัน
3. กลุ่มเจ้าพระยา (5เขต) - เขตบางนา
4. กลุ่มศรีนครินทร์ (3เขต) - เขตประเวศ
5. กลุ่มรัตนโกสินทร์ (4เขต) - เขตพระนคร
6. กลุ่มตากสิน (3เขต) - เขตราชบุรีบูรณะ
7. กลุ่มลุมพินี (4เขต)- เขตสาทร
8. กลุ่มบวรพา (6เขต) - เขตสวนหลวง
9. กลุ่มพระนครเหนือ (5เขต) - เขตสายไหม
10. กลุ่มสุวินทวงศ์ (2เขต) - เขตหนองจอก
11. กลุ่มสนามชัย (3เขต) - เขตบางขุนเทียน
12. กลุ่มวิภาวดี (6เขต) - เขตห้วยขวาง

2. ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
- หัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมจากสำนักงานเขต 12 กลุ่มจากจำนวนทั้งหมด 50 เขต ดังนี้

1. กลุ่มธนบุรี (5เขต) - เขต คลองสาน	7. กลุ่มลุมพินี (4เขต)- เขตสาทร
2. กลุ่มมหาสวัสดิ์ (4เขต) - เขต ดลิ่งชัน	8. กลุ่มบวรพา (6เขต) - เขตสวนหลวง
3. กลุ่มเจ้าพระยา (5เขต) - เขตบางนา	9. กลุ่มพระนครเหนือ (5เขต) - เขตสายไหม
4. กลุ่มศรีนครินทร์ (3เขต) – เขตประเวศ	10. กลุ่มสุวินทวงศ์ (2เขต) - เขตหนองจอก
5. กลุ่มรัตนโกสินทร์ (4เขต) - เขตพระนคร	11. กลุ่มสนามชัย (3เขต) - เขตบางขุนเทียน
6. กลุ่มตากสิน (3เขต) - เขตราชบุรีบูรณะ	12.กลุ่มวิภาวดี (6เขต) – เขตห้วยขวาง
 - ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 12 กลุ่ม จากจำนวนทั้งหมด 50 เขต ดังนี้

1. กลุ่มธนบุรี (5เขต) - เขต คลองสาน	7. กลุ่มลุมพินี (4เขต)- เขตสาทร
2. กลุ่มมหาสวัสดิ์ (4เขต) - เขต ดลิ่งชัน	8. กลุ่มบวรพา (6เขต) - เขตสวนหลวง
3. กลุ่มเจ้าพระยา (5เขต) - เขตบางนา	9. กลุ่มพระนครเหนือ (5เขต) - เขตสายไหม
4. กลุ่มศรีนครินทร์ (3เขต) – เขตประเวศ	10. กลุ่มสุวินทวงศ์ (2เขต) - เขตหนองจอก
5. กลุ่มรัตนโกสินทร์ (4เขต) - เขตพระนคร	11. กลุ่มสนามชัย (3เขต) - เขตบางขุนเทียน
6. กลุ่มตากสิน (3เขต) - เขตราชบุรีบูรณะ	12.กลุ่มวิภาวดี (6เขต) – เขตห้วยขวาง
 - ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - ผู้อำนวยการกองสุขภาพิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - ผู้อำนวยการกองชั้นสูตรสาธารณสุขสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง (Sample)

- ผู้ประกอบการร้านอาหารเขตละ 34 ร้านอาหาร รวมทั้งหมด 408 ร้านอาหารโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงร้านจำหน่ายอาหารตามรายชื่อการจดทะเบียนตามแต่ละสำนักงานเขต และในแต่ละเขตแบ่งประเภทของร้านอาหารเป็น 2 ชนิด คือ ร้านอาหารขนาดใหญ่และขนาดเล็กโดยเลือกผู้ประกอบการที่มีรายชื่อในการจดทะเบียน 1 คนต่อ 1 ร้านที่สุ่มเลือกได้

- หัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมจากสำนักงานเขต 12 เขต
- ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครทั้ง 12 ศูนย์โดยสุ่มจากเขตที่สุ่มเลือกได้ ดังนี้

1. เขต คลองสาน	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 28
2. เขต ดุสิต	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 49
3. เขตบางนา	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 8
4. เขตประเวศ	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 57
5. เขตพระนคร	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 9
6. เขตราชบุรีบูรณะ	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 58
7. เขตสาทร	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 63
8. เขตสวนหลวง	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 37
9. เขตสายไหม	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 61
10. เขตหนองจอก	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 44
11. เขตบางขุนเทียน	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 42
12. เขตห้วยขวาง	- ศูนย์บริการสาธารณสุข 25

- ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- ผู้อำนวยการกองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- ผู้อำนวยการกองชั้นสูตรสาธารณสุขสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

หน่วยการสุ่ม (Sampling unit) ร้านอาหาร/สำนักงานเขต/ศูนย์บริการสาธารณสุข

ขนาดตัวอย่าง (Samples size) คำนวณจากสูตร (36)

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

โดยกำหนดให้

N = จำนวนร้านอาหารที่จดทะเบียนในกรุงเทพมหานคร = 13,052 ร้าน (37)

Z = ค่า Z จากตารางเมื่อ $\alpha = 0.05$ มีค่า = 1.96

P = 0.5 (เนื่องจากยังไม่สามารถหาสัดส่วนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้จึง

กำหนดให้ สัดส่วนผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจสุขภาพเป็น 0.5 เท่าของผู้สัมผัสอาหารทั้งหมด คือ P=0.5 ซึ่งจะให้ค่า n มากที่สุด) (38)

$$\begin{aligned}
 Q &= 1-p = 0.5 \\
 D &= \text{ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบโรค 5\%} = 0.1 \cdot p = 0.05 \\
 n &= \frac{13,052 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{[(13,052-1) \cdot 0.05^2] + [1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5]} \\
 &= 371
 \end{aligned}$$

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 371 ราย และเพื่อความสมบูรณ์ของการตอบกลับของแบบสอบถามจึงเพิ่มประชากรที่ศึกษาอีก 10% เพราะฉะนั้นต้องใช้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 408 ราย

เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling techniques) ดังนี้

1. เขตในกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต แบ่งเป็น 12 กลุ่มตามลักษณะภูมิศาสตร์ของกรุงเทพมหานคร และทำการสุ่มเลือกโดยแบ่งตามชั้นภูมิ (Stratified sampling)
2. สุ่มเลือกเขตในแต่ละกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มมากลุ่มละ 1 เขต
3. สุ่มเลือกร้านอาหารในแต่ละเขตที่สุ่มได้โดยแบ่งขนาดของร้านอาหารเป็น 2 ประเภท คือ ร้านอาหารขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ใช้สัดส่วน 2:1 คือ ร้านอาหารที่มีขนาดเล็กสุ่มเขตละ 23 ร้านและร้านอาหารที่มีขนาดใหญ่สุ่มเขตละ 11 ร้านเนื่องจากจำนวนร้านอาหารที่มีขนาดใหญ่มีจำนวนน้อยกว่า
4. สุ่มเลือกร้านอาหารโดยเรียงรายชื่อตามการจดทะเบียนสถานประกอบการและสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ซึ่งช่วงของการเลือกร้านอาหาร (Sampling Interval) ขึ้นอยู่กับจำนวนร้านอาหารทั้งหมดในแต่ละเขต จากนั้นทำการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการที่มีรายชื่อในการจดทะเบียน 1 คนต่อ 1 ร้านที่สุ่มเลือกได้ รวมทั้งสิ้น 408 ร้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวทางการสร้างจากทฤษฎี ตำรา วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษารายละเอียดการสร้างทฤษฎีแบบสัมภาษณ์จากทฤษฎี ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดในการวิจัย เป็นกรอบในการสร้างแบบสัมภาษณ์
2. ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ

3. สร้างแบบสัมภาษณ์โดยครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบคุณภาพ จากการพัฒนาวรรณกรรมและศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนของภาษา

1. แบบสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหาร : จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป เป็นแบบข้อความให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการตรวจสอบคุณภาพผู้สัมผัสอาหารจากผู้ประกอบการร้านอาหาร เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการตรวจสอบคุณภาพผู้สัมผัสอาหาร เป็นแบบข้อความให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

2. ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขาภิบาลอาหารที่เกี่ยวข้อง : แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการตรวจสอบคุณภาพผู้สัมผัสอาหารเป็นแบบข้อความให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) เป็นคุณสมบัติของข้อคำถามที่สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาและพฤติกรรมที่ต้องการวัด และเมื่อรวบรวมข้อคำถามทุกข้อ จะต้องวัดได้ครอบคลุมเนื้อหาและพฤติกรรมทั้งหมดที่ต้องการวัด ในการวิจัยนี้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของ ข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และสเกลการวัด จากนั้นจึงขอความอนุเคราะห์ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษา โดยตรวจสอบรายละเอียดและความ ครอบคลุมของข้อคำถาม และพิจารณาเนื้อหาของคำถามทุกข้อว่าถูกต้อง ชัดเจนและเหมาะสม หรือไม่ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปหาความเชื่อมั่นต่อไป

2. การหาความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงตรง (Reliability) คือ ความแน่นอนในผลของการวัด (Consistency) เป็นเทคนิคที่ใช้วัดเครื่องมือว่าให้ผลสอดคล้องกัน หรือคล้ายกันหรือเหมือนกัน หรือไม่ ในการวัดความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีหลายเทคนิค ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการ วัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดสอบกับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างใน พื้นที่ คือผู้ประกอบการร้านอาหารเขตปทุมวันจำนวน 30 ร้านอาหาร เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ของคำถาม และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของ แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดย Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งค่าที่คำนวณได้จะอยู่ระหว่าง 0 - 1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเชื่อมั่นของ ความสอดคล้องภายในสูง และทำการวิเคราะห์แก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง ผลการวิเคราะห์ ความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.74

การคำนวณค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคำถามทุกคำถาม (39)

$$\text{Cronbach's Alpha} = \frac{k \overline{\text{covariance}} / \overline{\text{variance}}}{1 + (k-1) \overline{\text{covariance}} / \overline{\text{variance}}}$$

K = จำนวนคำถาม

$\overline{\text{Covariance}}$ = ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนร่วมระหว่างคำถามต่างๆ

$\overline{\text{Variance}}$ = ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนของคำถาม

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครและผู้อำนวยการสำนักงานเขต เพื่อ ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาวิจัย

2. ประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขและสำนักงานเขตที่เกี่ยวข้องในการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในเขตต่างๆ ที่สุ่มได้ และติดต่อประสานงานกับผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขาภิบาลอาหารในการขอสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2549

3. ประสานงานและอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2549

4. เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน 2549 – มกราคม 2550

5. ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS for Windows version.12 ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำแบบสอบถามที่ตอบกลับมาทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยดำเนินการดังนี้

1. จัดทำสมุดลงรหัส
2. นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาลงรหัส
3. บันทึกข้อมูลลงในแผ่นบันทึกข้อมูล
4. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Excel และ SPSS และเลือกวิเคราะห์ข้อมูลตามความเหมาะสม ดังตาราง

ตารางที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลตามชนิดของตัวแปรและสถิติ

ชนิดของสถิติ	ตัวแปรที่จะวิเคราะห์	ชนิดตัวแปร	วิธีการวิเคราะห์
1. สถิติเชิงพรรณนา	1. ข้อมูลด้านการเงินที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ผู้มารับบริการต้องจ่าย (charge)	- ข้อมูลเชิงปริมาณ	- ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นของผู้ประกอบการ	- ข้อมูลเชิงปริมาณ - ข้อมูลเชิงคุณภาพ	- ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน - ร้อยละ
	3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ประกอบการและผู้บริหารสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	- ร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร ในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร โดยเป็นการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้บริหาร สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร รวมถึงการศึกษาค่าใช้จ่ายของการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญการตรวจสอบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์

- อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามและข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ประกอบการ

ดำเนินการศึกษาในเดือน พฤศจิกายน 2549 โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 408 ร้าน มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 393 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 96.32 โดยแบ่งเป็น

ผู้ประกอบการร้านอาหารขนาดใหญ่ (พื้นที่เกิน 200 ตารางเมตร) จำนวน 132 ร้าน มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 129 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 97.73

ผู้ประกอบการร้านอาหารขนาดเล็ก (พื้นที่ไม่เกิน 200 ตารางเมตร) จำนวน 276 ร้าน มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 264 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 95.65

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 57.3) โดยกลุ่มอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ กลุ่มอายุที่น้อยกว่า 43 ปี (ร้อยละ 48.3) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 43-54 ปี (ร้อยละ 32.3) อายุเฉลี่ย 43.40 ปี มีฐาน 44 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.59 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 72 ปี

ระดับการศึกษา เมื่อพิจารณาตามขนาดร้านอาหาร พบว่าร้านขนาดเล็กมีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.8) รองลงมา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 27.2) ส่วนร้านอาหารขนาดใหญ่มีการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 44.9) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.5) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.1

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 65.5) สถานภาพโสด (ร้อยละ 26.4) และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 8.1)

ลักษณะร้านอาหารส่วนใหญ่เป็นร้านอาหารทั่วไป (ร้อยละ 80.7) ภัตตาคาร (ร้อยละ 10.9) และสวนอาหาร (ร้อยละ 8.4) ตามลำดับ

ตำแหน่งในร้านอาหารของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในร้านอาหารขนาดเล็กส่วนใหญ่เป็นเจ้าของร้าน (ร้อยละ 73.1) และในร้านอาหารขนาดใหญ่ส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการ/ผู้ดูแล (ร้อยละ 51.2)

ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมกฎหมายเกี่ยวกับร้านอาหาร (ร้อยละ 63.9) และอบรมสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร (ร้อยละ 69.2) โดยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากสำนักงานเขตในพื้นที่ (ร้อยละ 94.5) นอกจากนี้ผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารทาง

สุขภาพิบาลอาหาร (ร้อยละ 88.8) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 53.9) วิทยุ/โทรทัศน์ (ร้อยละ 40.5) หนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 39.2) และจากเจ้าหน้าที่เขต (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะด้านประชากรของผู้ประกอบการ

ลักษณะด้านประชากร	จำนวนร้าน (ร้อยละ)		รวม (ร้อยละ)
	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่	
1. ขนาดร้านอาหาร	264(67.2)	129(32.8)	393(100)
2. ลักษณะร้านอาหาร			
ร้านอาหารทั่วไป	250(94.7)	67(51.9)	317(80.7)
ภัตตาคาร	5(1.9)	38(29.5)	43(10.9)
สวนอาหาร	9(3.4)	24(18.6)	33(8.4)
3. อายุ			
น้อยกว่า 43 ปี	122(46.2)	65(50.4)	184(48.3)
43 - 54 ปี	85(32.2)	35(27.1)	123(32.3)
55 - 66 ปี	44(16.7)	19(14.7)	63(16.5)
มากกว่า 66 ปี	13(4.9)	10(7.8)	11(2.9)
อายุเฉลี่ย 43.40 ปี มัธยฐาน 44 ปี			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.59 ปี			
อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 72 ปี			
4. เพศ			
หญิง	161(61.0)	64(49.6)	225(57.3)
ชาย	103(39.0)	65(50.4)	168(42.7)
5. สถานภาพสมรส			
คู่	165(64.5)	85(67.5)	250(65.5)
โสด	63(24.6)	38(30.2)	101(26.4)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	28(10.9)	3(2.4)	31(8.1)
6. ระดับการศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้ศึกษา	10(3.8)	2(1.6)	12(3.1)
ประถมศึกษา	71(27.2)	14(11.0)	85(21.9)
มัธยมศึกษา	96(36.8)	35(27.5)	131(33.8)
อนุปริญญา/ปวส.	20(7.7)	15(11.8)	35(9.0)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะด้านประชากรของผู้ประกอบการ (ต่อ)

ลักษณะด้านประชากร	จำนวนร้าน (ร้อยละ)		รวม (ร้อยละ)
	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่	
ปริญญาตรี	59(22.6)	57(44.9)	116(29.9)
สูงกว่าปริญญาตรี	5(1.9)	4(3.1)	9(2.3)
7. ตำแหน่งของผู้ตอบในร้านอาหาร			
เจ้าของร้าน	193(73.1)	63(48.8)	256(65.2)
ผู้จัดการ/ผู้ดูแล	63(23.9)	66(51.2)	129(32.8)
พนักงานในร้าน	8(3.0)	0(0)	8(2.0)
8. ประวัติการอบรมกฎหมายเกี่ยวกับ ร้านอาหาร			
เคย	158(59.8)	93(72.1)	251(63.9)
ไม่เคย	106(40.2)	36(27.9)	142(36.1)
9. ประวัติการอบรมสุขาภิบาลอาหารใน ร้านอาหาร			
เคย	176(66.7)	96(74.4)	272(69.2)
ไม่เคย	88(33.3)	33(25.6)	121(30.8)
10. หากเคยได้รับการอบรมสุขาภิบาล อาหาร หน่วยงานที่ให้การอบรม			
สำนักงานเขตในพื้นที่	168(95.5)	89(92.7)	257(94.5)
บริษัทเอกชน	8(4.5)	7(7.3)	15(5.5)
11. การได้รับข่าวสารทางสุขาภิบาล อาหาร			
เคย	230(87.1)	119(92.2)	349(88.8)
ไม่เคย	34(12.9)	10(7.8)	44(11.2)
12. หากได้รับข่าวสาร ได้รับจากสื่อใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	137(51.9)	75(58.1)	212(53.9)
วิทยุ/โทรทัศน์	100(37.9)	59(45.7)	159(40.5)
หนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์	99(37.5)	55(42.6)	154(39.2)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะด้านประชากรของผู้ประกอบการ (ต่อ)

ลักษณะด้านประชากร	จำนวนร้าน (ร้อยละ)		รวม (ร้อยละ)
	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่	
เจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขต	36(13.6)	21(16.3)	57(14.5)
ครู	6(2.3)	6(4.7)	12(3.1)

- ข้อมูลปัจจัยทั่วไปของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารและความรู้ด้านกฎหมายของผู้ประกอบการ

ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 17.8 โดยแบ่งเป็นร้านอาหารขนาดเล็กร้อยละ 20.5 และร้านขนาดใหญ่ร้อยละ 12.4 โดยสิทธิรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีคือประกันสังคม ร้อยละ 57.8 และบัตรทอง ร้อยละ 33.9 ตามลำดับ

การตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร พบว่า ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารขนาดเล็กส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 61.4) และในร้านอาหารขนาดใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 46.1

ผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่ได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลในสวัสดิการ (ร้อยละ 78.0) โดยค่าใช้จ่ายในการตรวจส่วนใหญ่อยู่ที่ 100-300 บาท (ร้อยละ 34.3)

รายการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่มีการตรวจร่างกายทั่วไป (ร้อยละ 97.6) การถ่ายภาพรังสีปอด (ร้อยละ 64.3) การตรวจไวรัสตับอักเสบบี เอ (ร้อยละ 62.2) และการตรวจอุจจาระ (ร้อยละ 56.8) ตามลำดับ

เมื่อทำการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพและรายการตรวจสุขภาพโดยจำแนกตามสถานที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลในสวัสดิการส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่าย 100-300 บาท (ร้อยละ 37.4) โดยได้รับการตรวจร่างกายทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 95.4 ภาพถ่ายรังสีปอดร้อยละ 56.5 การตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี เอ ร้อยละ 51.1 การตรวจอุจจาระร้อยละ 43.5 และผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลนอกสวัสดิการส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 500 บาทขึ้นไป ดังตารางที่ 4.3

เรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารขนาดเล็กส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้สัมผัสอาหารต้องได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยแพทย์ (ร้อยละ 59.3)

และในเรื่องของโทษปรับ พบว่า ร้านอาหารส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตามจะมีโทษปรับไม่เกิน 5000 บาท (ร้อยละ 85.4)

เรื่องของการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ทราบว่าถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เจ้าพนักงานท้องถิ่น (ผู้อำนวยการเขต)สามารถสั่งให้หยุดกิจการชั่วคราวเพื่อปรับปรุงได้ (ร้อยละ 60.8) ดังแสดงตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของประชากรศึกษาจำแนกตามลักษณะด้านปัจจัยทั่วไป

ลักษณะด้านปัจจัยทั่วไป	จำนวนร้าน (ร้อยละ)		รวม (ร้อยละ)
	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่	
1. สิทธิรักษาพยาบาลของผู้สัมผัสอาหารในร้าน			
มี	210 (79.5)	113(87.6)	323(82.2)
ไม่มี	54(20.5)	16 (12.4)	70 (17.8)
2. สิทธิรักษาพยาบาลของผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่			
ประกันสังคม	94(44.8)	92(82.1)	186(57.8)
บัตรทอง	91(43.3)	18(16.1)	109(33.9)
เจ้าของร้านจ่าย	13(6.2)	0(0)	13(4.0)
ประกันสุขภาพเอกชน	9(4.3)	2(1.8)	11(3.4)
บัตรแรงงานต่างด้าว	3(1.4)	0(0)	3(0.9)
3. การตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร			
ไม่เคยได้รับการตรวจ	162(61.4)	59(46.1)	221(56.4)
เคยปีละ 1 ครั้งทุกปี	95(36.0)	68(53.1)	163(41.6)
เคยปีละ 2 ครั้งทุกปี	7(2.7)	1(0.8)	8(2.0)
4. ผู้สัมผัสอาหารได้รับการตรวจสุขภาพจากที่ใด			
โรงพยาบาลในสวัสดิการ	77(75.5)	54(81.8)	131(78.0)
โรงพยาบาลนอกสวัสดิการ - โรงพยาบาลรัฐ	15(14.7)	9(13.6)	24(14.3)
-โรงพยาบาลเอกชน	4(3.9)	3(4.5)	7(4.2)
- คลินิก	6(5.9)	0(0)	6(3.6)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของประชากรศึกษาจำแนกตามลักษณะด้านปัจจัยทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะด้านปัจจัยทั่วไป	จำนวนร้าน (ร้อยละ)		รวม (ร้อยละ)
	ขนาดเล็ก	ขนาดใหญ่	
5. ค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพ			
ไม่เกิน 100 บาท	20(19.8)	6(8.5)	26(15.1)
100-300 บาท	32(31.7)	24(33.8)	56(32.6)
301-500 บาท	25(24.8)	24(33.8)	49(28.5)
500 บาท ขึ้นไป	24(23.7)	17(23.9)	41(23.8)
6. รายการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ตรวจร่างกาย	96(97.0)	65(98.5)	161(97.6)
ภาพถ่ายรังสีปอด	55(59.1)	44(72.1)	99(64.3)
ไวรัสตับอักเสบบี เอ	51(57.3)	41(69.5)	92(62.2)
ตรวจอุจจาระ	46(54.8)	33(60.0)	79(56.8)
7. ผู้ประกอบการทราบว่าต้องมีการตรวจ สุขภาพผู้สัมผัสอาหาร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยแพทย์			
ไม่ทราบ	156(59.3)	53(42.0)	209(53.7)
ทราบ	107(40.7)	73(57.9)	180(46.3)
8. พนักงานท้องถิ่นสามารถสั่งหยุดกิจการ ชั่วคราวสำหรับร้านอาหารที่ไม่ปฏิบัติตาม ข้อบัญญัติ			
ทราบ	147(56.1)	89(70.6)	236(60.8)
ไม่ทราบ	115(43.9)	37(29.4)	152(39.2)
9. ถ้ามีการละเมิดพรบ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 ว่าด้วยการตรวจสอบสุขภาพประจำปีมี โทษปรับไม่เกิน 5000 บาท			
ไม่ทราบ	238(90.5)	94(74.6)	332(85.4)
ทราบ	25(9.5)	32(25.4)	57(14.6)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยทั่วไปจำแนกตามสถานที่ในการตรวจสอบสุขภาพ

ปัจจัยทั่วไป	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลนอกสวัสดิการ			รวม (ร้อยละ)
	ในสวัสดิการ (ร้อยละ)	โรงพยาบาล รัฐบาล (ร้อยละ)	โรงพยาบาล เอกชน (ร้อยละ)	คลินิก (ร้อยละ)	
ค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพ					
ของผู้สัมผัสอาหาร					
ไม่เกิน 100 บาท	25 (19.1)	1(4.2)	0(0)	0(0)	26(15.5)
100-300 บาท	49(37.4)	4(16.7)	0(0)	1(16.7)	54(32.1)
301-500 บาท	37(28.2)	8(33.3)	1(14.3)	1(16.7)	47(28.0)
500 บาทขึ้นไป	20(15.3)	11(45.8)	6(85.7)	4(66.6)	41(24.4)
รวม	131(100.0)	24(100.0)	7(100.0)	6(100.0)	168(100.0)
รายการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
ตรวจร่างกาย (n=161)	125(95.4)	22(91.7)	7(100.0)	6(100.0)	160 (97.5)
ภาพถ่ายรังสีปอด (n=99)	74(56.5)	17(70.8)	6(85.7)	1(16.7)	98 (59.7)
ไวรัสตับอักเสบบี เอ (n=92)	67(51.1)	15(62.5)	5(71.4)	4(66.7)	91 (64.5)
ตรวจอุจจาระ(n=79)	57(43.5)	13(54.2)	4(57.1)	4(66.7)	78 (59.4)

จากตารางที่ 4.4 พบว่าผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจครบทุกรายการได้แก่ ตรวจร่างกายทั่วไป ภาพถ่ายรังสีปอด ตรวจอุจจาระและตรวจไวรัสตับอักเสบบี เอ มีจำนวน 7 รายที่เสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 100 บาท และมี 12 รายที่เสียค่าใช้จ่าย 100-300 บาทและในผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียวจะเสียค่าใช้จ่าย 100-300 บาทจำนวน 9 ราย และ300-500 บาท จำนวน 5 รายและมี 1 รายที่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียว 500 บาทขึ้นไป

ตารางที่ 4.4 จำนวนผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพจำแนกตามรายการตรวจสุขภาพ

รายการตรวจสุขภาพ	จำนวนผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ (คน)			
	ไม่เกิน 100 บาท	100-300 บาท	300-500 บาท	500 บาทขึ้นไป
1. ตรวจร่างกาย+ภาพถ่ายรังสีปอด+ ตรวจอุจจาระ+ไวรัสตับอักเสบบ เอ (n=57)	7	12	16	20
2. ตรวจร่างกาย+ภาพถ่ายรังสีปอด+ ตรวจอุจจาระ (n=3)	0	0	1	2
3. ตรวจร่างกาย+ภาพถ่ายรังสีปอด+ ไวรัสตับอักเสบบ เอ (n=9)	3	3	3	0
4. ตรวจร่างกาย+ไวรัสตับอักเสบบ เอ (n=5)	0	1	4	0
5. ตรวจร่างกาย+ภาพถ่ายรังสีปอด (n=6)	1	2	1	2
6. ตรวจร่างกาย+ตรวจอุจจาระ (n=7)	3	2	1	1
7. ตรวจร่างกาย (n=15)	0	9	5	1
8. ภาพถ่ายรังสีปอด (n=1)	0	0	0	1

- ความคิดเห็นต่อการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร

ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารพบว่า ข้อคำถามเชิงบวกมีผู้ประกอบการร้านอาหารเห็นด้วยร้อยละ 92.0 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 93.4 และร้านอาหารขนาดเล็กเห็นด้วยร้อยละ 90.5 ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีผู้ประกอบการไม่เห็นด้วยร้อยละ 64.0 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 75.6 และร้านอาหารขนาดเล็กไม่เห็นด้วยร้อยละ 52.4 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาจำแนกตามขนาดร้านอาหารและชนิดของข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ขนาด ร้านอาหาร	ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)
ขนาดใหญ่	499 (93.4)	35 (6.6)	129 (24.4)	400 (75.6)
ขนาดเล็ก	965 (90.5)	101 (9.5)	364 (47.6)	400 (52.4)
รวม	1464 (92.0)	136 (8.0)	493 (36.0)	800 (64.0)

จากตารางที่ 4.6 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามพบว่า ในข้อคำถามเชิงบวกข้อที่ 3 เรื่องหากมีการตรวจสอบสุขภาพขึ้น ท่านยินดีให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านเข้ารับการตรวจ มีผู้เห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 98.0 ส่วนในข้อคำถามเชิงลบ ข้อที่ 5 เรื่องถ้าผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารของท่านเป็นโรคติดต่อให้ชื้อยามารับประทานเองและทำงานต่อได้ มีผู้ไม่เห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 78.7 ส่วนข้อที่ 9 เรื่องการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารมิได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค มีผู้ไม่เห็นด้วยเพียงร้อยละ 39.5 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่ร้อยละ 48.5 และร้านอาหารขนาดเล็กร้อยละ 35.0

ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละรายชื่อความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพ	เห็นด้วย (ร้อยละ)			ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)		
	ขนาดใหญ่	ขนาดเล็ก	รวม	ขนาดใหญ่	ขนาดเล็ก	รวม
1. การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารเป็นสิ่งจำเป็นแม้ไม่มีอาการใด ๆ	109(97.3)	219(93.6)	328(94.8)	3(2.7)	15(6.4)	18(5.2)
2. ผู้สัมผัสอาหารที่เป็นพาหะหรือมีเชื้อโรคในตัวแต่ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยสามารถทำงานต่อได้	17(16.8)	63(32.8)	80(27.3)	84(83.2)	129(67.2)	213(72.7)
3. หากมีการตรวจสอบสุขภาพ ท่านยินดีให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านเข้ารับการตรวจ	117(97.5)	233(98.3)	350(98.0)	3(2.5)	4(1.7)	7(2.0)
4. ท่านยินดีที่จะให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง	65(77.4)	120(68.2)	185(71.2)	19(22.6)	56(31.8)	75(28.8)
5. ถ้าผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารของท่านเป็นโรคติดต่อให้ชื้อยามารับประทานเองและทำงานต่อได้	11(10.0)	57(27.3)	68(21.3)	99(90.0)	152(72.7)	251(78.7)
6. ควรมีการออกกฎหมาย ข้อบังคับเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร	99(94.3)	188(91.3)	287(92.3)	6(5.7)	18(8.7)	24(7.7)
7. รัฐบาลมีความเข้มงวดเกี่ยวกับสุขภาพผู้สัมผัสอาหารเพียงพอแล้ว	48(66.7)	112(70.0)	160(69.0)	24(33.3)	48(30.0)	72(31.0)
8. การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารควรรวมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหาร	109(96.5)	205(96.2)	314(96.3)	4(3.5)	8(3.8)	12(3.7)
9. การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารมิได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค	53(51.5)	132(65.0)	185(60.5)	50(48.5)	71(35.0)	121(39.5)

- ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยินดีเข้าร่วมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร (ร้อยละ 87.4) โดยมีความคิดเห็นว่าคุณค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพควรรวมอยู่ในสวัสดิการรักษายาบาล ประกันสังคม (ร้อยละ 43.0) และบัตรทอง (ร้อยละ 40.2) ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกอบการคิดว่าผู้สัมผัสอาหารสามารถจ่ายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 101-300 บาท (ร้อยละ 50.3) และไม่เกิน 100 บาท (ร้อยละ 34.4) ตามลำดับ

สถานที่ในการตรวจสุขภาพที่เหมาะสมส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข ใกล้บ้าน (ร้อยละ 59.7) โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุขที่กำหนด (ร้อยละ 20.8) และหน่วยเคลื่อนที่ (ร้อยละ 19.5) โดยส่วนใหญ่ต้องการให้ใช้เวลาในการตรวจไม่เกินครึ่งวัน (ร้อยละ 66.1)

ปัญหา อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการตรวจสุขภาพได้คือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 59.7 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ร้อยละ 38.6 และขาดคนเฝ้าร้านร้อยละ 1.7 ดังแสดงตารางที่ 4.7

ปัญหาทางสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ประกอบการส่วนใหญ่ คือเรื่องความสะอาดของอาหาร (ร้อยละ 38.9) ความรู้สุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร (ร้อยละ 33.5) สัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงสาบ (ร้อยละ 24.0) ขยะ (ร้อยละ 2.8) และไขมันจากอาหาร (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ลักษณะด้านปัจจัยทั่วไป	จำนวน (ร้าน)	ร้อยละ
1. การยินดีเข้าร่วมการตรวจสุขภาพ		
เข้าร่วม	340	87.4
ไม่แน่ใจ	25	6.4
ไม่เข้าร่วม	24	6.2
รวม	389	100

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร (ต่อ)

ลักษณะด้านปัจจัยทั่วไป	จำนวน (ร้าน)	ร้อยละ
2. สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ		
ประกันสังคม	167	43.0
บัตรทอง	156	40.2
เจ้าของร้านจ่าย	36	9.3
นายจ้างและลูกจ้าง	22	5.7
ลูกจ้าง	5	1.3
บัตรแรงงานต่างด้าว	2	0.5
รวม	388	100
3. ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพที่สามารถจ่ายได้		
ไม่เกิน 100 บาท	132	34.4
101-300 บาท	193	50.3
301-500 บาท	53	13.8
500 บาทขึ้นไป	6	1.5
รวม	384	100
4. สถานที่ในการตรวจสุขภาพที่เหมาะสม		
โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน	233	59.7
โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุขที่กำหนด	81	20.8
หน่วยเคลื่อนที่	76	19.5
รวม	390	100
5. ระยะเวลาที่ควรใช้ในการตรวจสุขภาพ		
ไม่เกิน 4 ชั่วโมง	257	66.1
1 วัน	132	33.9
รวม	389	100

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร (ต่อ)

ลักษณะด้านปัจจัยทั่วไป	จำนวน (ร้าน)	ร้อยละ
6. ปัญหา อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่เข้าร่วมการตรวจสุขภาพ		
ไม่มีเวลา	206	59.7
ค่าใช้จ่าย	133	38.6
ขาดคนเฝ้าร้าน	6	1.7
รวม	345	100.0
7. ปัญหาสุขภาพอาหารที่สำคัญ		
ความสะอาดของอาหาร	151	38.9
ความรู้สุขภาพอาหารของผู้สัมผัสอาหาร	130	33.5
สัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงสาบ	93	24.0
ขยะ	11	2.8
ไขมันจากอาหาร	2	0.8
รวม	387	100.0

ข้อเสนอแนะของผู้ประกอบการร้านอาหารต่อการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารมีดังนี้

- มีรถเคลื่อนที่มาตรวจใกล้ที่ทำงาน/ใกล้บ้าน
- มีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า
- สามารถเลือกสถานที่ตรวจได้ตามความสะดวก
- ออกเป็นกฎหมายชัดเจนว่าต้องตรวจทุกร้าน ไม่มีข้อยกเว้น
- มีการกำหนดชัดเจนว่าต้องตรวจอะไรบ้าง
- ผู้ที่ผ่านการตรวจควรมีบัตรสำหรับผู้มีสุขภาพดีเพื่อเป็นหลักฐาน

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้ สัมผัสอาหารในร้านอาหาร

ทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข ดังนี้

- ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- ผู้อำนวยการกองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- หัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมจากสำนักงานเขต 12 เขต ดังนี้

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. เขต คลองสาน | 7. เขตสาทร |
| 2. เขต ตลิ่งชัน | 8. เขตสวนหลวง |
| 3. เขตบางนา | 9. เขตสายไหม |
| 4. เขตประเวศ | 10. เขตหนองจอก |
| 5. เขตพระนคร | 11. เขตบางขุนเทียน |
| 6. เขตราชบุรีบูรณะ | 12. เขตห้วยขวาง |

ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ ดังนี้

- ผู้อำนวยการกองชั้นสูตรสาธารณสุขสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
- ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครทั้ง 12 ศูนย์โดยสุ่มตามเขต ดังนี้

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 1. เขต คลองสาน | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 |
| 2. เขต ตลิ่งชัน | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 |
| 3. เขตบางนา | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 |
| 4. เขตประเวศ | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 |
| 5. เขตพระนคร | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 |
| 6. เขตราชบุรีบูรณะ | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 58 |
| 7. เขตสาทร | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 63 |
| 8. เขตสวนหลวง | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 |
| 9. เขตสายไหม | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 |
| 10. เขตหนองจอก | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 |
| 11. เขตบางขุนเทียน | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 42 |
| 12. เขตห้วยขวาง | - ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 |

โดยรายละเอียดการสัมภาษณ์เป็นรายชื่อดังนี้

1. ความจำเป็นของการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารและการบังคับใช้

ผู้บริหารสาธารณสุข

มีความจำเป็นและสำคัญมาก (ร้อยละ 100) เนื่องจากอาหารมีผลต่อสุขภาพผู้บริโภคและโรคที่เกิดจากอาหารสามารถติดต่อได้ง่าย ดังนั้นผู้สัมผัสอาหารที่สุขภาพไม่ดีจึงสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้บริโภคทางอาหารได้ นอกจากนี้นิสัยคนไทยส่วนใหญ่ต้องรอให้ป่วยหนักเสียก่อนจึงจะไปพบแพทย์ ถ้าปล่อยไว้ไม่มีการตรวจอาจทำให้พาหะเพิ่มขึ้น และยังเป็นภาระกระตุ้นเตือนจิตสำนึกของผู้ประกอบการว่านอกจากจะดูแลลักษณะภายนอกทั่วไปของร้านอาหารแล้วยังต้องรักษาสุขภาพด้วยเพราะจะเป็นผลดีต่อผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารเอง

ในเรื่องของการบังคับใช้ตามกฎหมายนั้น อาจต้องมอง 4 มุม คือ ประสิทธิภาพในการใช้กฎหมายว่าถ้าไม่ปฏิบัติตามมีบทลงโทษหรือไม่ อย่างไร เจตนาของของผู้ใช้กฎหมาย ความถูกต้องและความพึงพอใจของประชาชน และยังขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ว่าเห็นความสำคัญมากน้อยเพียงใดเพราะในปัจจุบันยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจังเนื่องจากชั้นของพระราชบัญญัติไม่ได้กำหนดชัดเจนแต่ให้อำนาจแก่กรุงเทพมหานครในการกำหนดเป็นข้อบัญญัติซึ่งหากจะบังคับใช้จริง ๆ ก็สามารถทำได้โดยต้องกำหนดให้ทุกร้านอาหารปฏิบัติเหมือนกันเพื่อป้องกันการโต้แย้งจากร้านอาหารและควรมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสุขภาพ

มีความคิดเห็นว่ามีสำคัญ (ร้อยละ 100) เพราะผู้สัมผัสอาหารต้องสัมผัสกับอาหารให้ผู้บริโภค ถ้าผู้สัมผัสอาหารมีเชื้อโรคก็จะแพร่สู่ผู้อื่นได้โดยเฉพาะโรคที่ติดต่อทางอาหารและน้ำ ดังนั้นสุขภาพผู้สัมผัสอาหารก็มีผลต่อสุขภาพผู้บริโภคด้วยเช่นกันถ้าไม่มีการบังคับและตรวจสอบร้านอาหารอาจจะเลยไม่ปฏิบัติตาม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างมาตรฐานและความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภคโดยเฉพาะผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร กรุงเทพมหานครมีนโยบายว่าต้องการเป็น Healthy city ดังนั้น จึงต้องสร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภครวมถึงนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติด้วยเช่นกัน

การบังคับใช้ตามกฎหมายขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานหรือผู้ออกใบอนุญาตร้านอาหารว่าเห็นความสำคัญมากน้อยเพียงใด ต้องมีความเข้มงวดในการปฏิบัติและมีการประชาสัมพันธ์ โฆษณาให้ประชาชนทั่วไปทราบจะได้ช่วยเฝ้าระวัง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับผู้บริหาร

ระดับสูงด้วยว่าเห็นความสำคัญว่าการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารจะป้องกันโรคได้จริงหรือไม่ กฎหมายในปัจจุบันยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจังและชัดเจน ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง

2. งบประมาณที่เกิดขึ้นถ้าต้องมีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ผู้บริหารสาธารณสุข

ไม่มีปัญหาทั้งในด้านของบุคลากร เครื่องมือ/อุปกรณ์และการเงิน (ร้อยละ 100) เนื่องจากสำนักงานเขตเพียงแต่เรียกเก็บเอกสารคือใบรับรองแพทย์เพิ่มเติมเท่านั้นและเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติอยู่แล้ว หน้าที่หลักคงจะต้องตกอยู่กับเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจมากกว่า

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสุขภาพ

งบประมาณด้านการเงินและด้านเครื่องมือที่ใช้ คิดว่าไม่น่าจะมีปัญหาเพราะถ้าผู้บริหารเห็นความสำคัญก็จะสนับสนุนงบการเงินและเครื่องมือลงมาตามศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่แล้ว นอกจากนี้ศูนย์บริการสาธารณสุขก็รับตรวจโดยคิดค่าใช้จ่ายต่ำอยู่แล้ว แต่ในด้านบุคลากรอาจจะมีปัญหาเพราะเจ้าหน้าที่มีอยู่จำกัดและงานในปัจจุบันก็มากอยู่แล้ว (ร้อยละ 69.2) แต่ถ้าเป็นงานที่ต้องทำก็อาจจะต้องมีการจ้างนอกเวลาหรือจ้างลูกจ้างเพิ่มขึ้น ถ้ามีการบริหารเวลาให้ดี เช่น นัดผู้สัมผัสอาหารทยอยมาตรวจซักประมาณ 10 ราย/วัน ก็สามารทำได้ (ร้อยละ 38.5)

3. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหากมีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ผู้บริหารสาธารณสุข

ผู้สัมผัสอาหารควรเป็นผู้รับผิดชอบด้วยตนเอง (ร้อยละ 100) เนื่องจากเป็นผลประโยชน์ต่อผู้สัมผัสอาหารเองแต่ในระยะแรกรัฐบาลอาจจะเข้ามามีส่วนช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายบางส่วน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สัมผัสอาหารมาตรวจสุขภาพมากขึ้นนอกจากนี้จะทำอย่างไรให้สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้เพราะจะสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ (ร้อยละ 57.1)

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสุขภาพ

ผู้ประกอบการควรเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 100) เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีผลตอบแทนจึงควรรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองด้วยและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครก็ไม่ได้เก็บค่าตรวจแพ่ง แต่ในระยะแรกกรุงเทพมหานครควรมีส่วนช่วยในเบื้องต้นเช่น อาจมีการลดหย่อนค่าตรวจสุขภาพ เป็นต้น

4. ปัญหา อุปสรรคที่สำคัญที่สุดหากมีการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร

ผู้บริหารสาธารณสุข

เนื่องจากร้านอาหารมีจำนวนมากและสามารถเปิดร้านได้ง่ายทำให้มีผู้สัมผัสอาหารจำนวนมากและเปลี่ยนงานบ่อยทำให้ผู้ประกอบการไม่ส่งผู้สัมผัสอาหารจริง ๆ ไปตรวจแต่อาจจะส่งคนอื่นที่ไม่ได้เป็นผู้สัมผัสอาหารไปตรวจ (ร้อยละ 35.7) เพราะปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและกลัวว่าถ้าพบโรคที่กำหนดไว้ ผู้สัมผัสอาหารจะถูกบังคับให้หยุดงาน ดังนั้นอาจจะต้องให้ร้านอาหารรายงานจำนวนผู้สัมผัสอาหารในร้านและส่งใบรับรองแพทย์ทุกราย ผู้ที่ผ่านการตรวจอาจจะมิใบรับรองว่าสุขภาพดีซึ่งอาจเป็นบัตรติดไว้ที่หน้าอก และผู้บริหารควรช่วยเป็นผู้ตรวจสอบว่าผู้สัมผัสอาหารรายใดไม่ปฏิบัติตาม ในกรณีที่ผู้สัมผัสอาหารมีจำนวนมากดังนั้นอาจให้มีการขึ้นทะเบียนเฉพาะผู้ปรุงอาหารเพราะใกล้ชิดกับอาหารมากที่สุดและมีการให้ใบรับรองผู้ปรุงที่ผ่านการตรวจสอบสุขภาพแล้ว

ควรมีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าให้ร้านอาหารและผู้บริหารไปทราบถึงความสำคัญของการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารและมีข้อบังคับที่แน่นอนและชัดเจน

นอกจากนี้ผู้ประกอบการอาจมองว่าเป็นภาระ จะทำอย่างไรให้เขาคิดว่าเป็นความภาคภูมิใจในวิชาชีพการขายอาหารของเขาเช่น แพทย์ก็มีจรรยาบรรณของแพทย์ผู้ขายอาหารก็เช่นกัน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอาจไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพมากนักทำให้เกิดการปฏิบัติไม่เหมือนกันทุกแห่งแต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารด้วย

ผู้เชี่ยวชาญการตรวจสอบสุขภาพ

ผู้ที่มาตรวจสุขภาพและนำใบรับรองแพทย์มายื่นที่เขตอาจไม่ใช่ผู้สัมผัสอาหารจริง ๆ เนื่องจากผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารไม่เห็นความสำคัญ(ร้อยละ 76.9) นอกจากนี้ต้องขึ้นอยู่กับทางเขตว่าถ้าผู้ประกอบการไม่มีใบรับรองแพทย์แล้วยังจะอนุญาติให้ประกอบการอยู่หรือไม่ (ร้อยละ 46.2)

ร้านอาหารบางร้านอาจเปิดขายไม่เป็นเวลา มีรอบเช้า รอบบ่าย บุคลากรที่จะปฏิบัติงานอาจมีปัญหาในการทำงานและเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอเพราะการตรวจสอบสุขภาพไม่สามารถทำให้เสร็จสิ้นทั้งหมดภายในศูนย์บริการสาธารณสุขได้ต้องส่งที่แล็บกลาง การเก็บสิ่งส่งตรวจบางอย่าง เช่น rectal swab ต้องใช้พยาบาลในการเก็บซึ่งงานประจำก็มีมากอยู่แล้ว นอกจากนี้ศูนย์บริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังเปิดให้บริการเฉพาะในช่วงเช้าเท่านั้นจึงทำให้ผู้สัมผัสอาหารเข้าถึงบริการได้ลำบากถึงแม้ว่าศูนย์บริการสาธารณสุขจะให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการก็ตาม

เรื่องของสถานที่ตรวจ ถ้ามีการให้ผู้สัมผัสอาหารไปตรวจเองตามคลินิก อาจมีปัญหว่าแพทย์ออกไปรับรองให้โดยไม่ได้มีการตรวจร่างกายแต่ถ้าให้ผู้สัมผัสอาหารมาตรวจที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจะทำให้ได้รับการตรวจอย่างครบถ้วนและเสียค่าใช้จ่ายไม่มากนัก

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องการบริหารจัดการเพราะศูนย์บริการสาธารณสุขกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานครจึงจำเป็นต้องมีการกระจายข้อมูลให้ทั่วถึงไม่ควรให้อยู่ในวิจรรย์นญาณของแพทย์ และเมื่อพบเชื้อก่อโรคแล้วต้องปฏิบัติอย่างไรต่อไปซึ่งควรมีแนวทางไปในทางเดียวกัน (ร้อยละ 23)

5. เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอาหารที่สำคัญและควรจัดการก่อน

ผู้บริหารสาธารณสุข

เรื่องที่ควรเร่งรีบในปัจจุบัน คือเรื่องของสารปนเปื้อนในอาหาร (ร้อยละ 64.3) เช่นสารเคมีต่าง ๆ เชื้อโรคเพราะทางกรุงเทพมหานครเองก็ยังไม่สามารถตรวจได้อย่างทั่วถึง และเรื่องของการให้ความรู้แก่ผู้สัมผัสอาหารและประชาชนทั่วไป

ผู้เชี่ยวชาญการตรวจสุขภาพ

เรื่องสำคัญที่สุดคือเรื่องสารปนเปื้อนในอาหารต่าง ๆ (ร้อยละ 76.9) เช่นยาฆ่าแมลง สารเคมี ความสะอาดของอาหารและการให้ความรู้เรื่องสุขภาพอาหารแก่ผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารอย่างจริงจังเพราะโรคที่เกิดขึ้นติดต่อได้ง่าย นอกจากนี้ควรมีการปลูกจิตสำนึกซึ่งอาจเริ่มตั้งแต่ในโรงเรียนโดยถ้าทำได้ในอีกหลายปีข้างหน้าการตรวจร่างกายอาจจำเป็นน้อยลง

เรื่องมาตรฐานของร้านอาหารที่มีข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครแล้วควรมีการบังคับอย่างจริงจัง

6. ข้อเสนอแนะถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากมีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ผู้บริหารสาธารณสุข

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงถ้ามีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารได้แก่สำนักแพทย์ และสำนักอนามัย โรงพยาบาลเอกชนโดยมีการกำหนดค่าตรวจให้อยู่ในช่วงที่ไม่แพงจนเกินไปเพราะร้านอาหารสามารถเปิดได้ง่ายถ้าต้องเสียค่าใช้จ่ายมากอาจทำให้ร้านอาหารคิดว่าภาครัฐก็ติดกันในการประกอบอาชีพ

ข้อเสนอแนะทั่วไปมีดังนี้

- การวางแผนการบริหารต้องมีรายละเอียดชัดเจนว่า ต้องการตรวจใครบ้าง ตรวจโรคอะไรบ้างโดยควรเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการติดต่อจริงๆ เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น
- มีการประชาสัมพันธ์แก่ร้านอาหารล่วงหน้าถึงการมีจิตสำนึกเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ต่ออาชีพที่ทำอยู่
- เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต้องมีความเข้มงวดเพื่อบังคับให้ผู้ประกอบการส่งผู้สัมผัสอาหารในร้านไปตรวจสุขภาพ
- ออกเป็นข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครรวมถึงบทลงโทษชัดเจน
- ผู้สัมผัสอาหารสามารถตรวจที่ใดก็ได้ตามความสะดวก แต่ถ้ามาตรวจที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก็อาจจะได้ราคาที่ถูกลง
- ผู้สัมผัสอาหารควรมีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพเพราะปัจจุบันกรุงเทพมหานครรับตรวจให้แถมลอยฟรีอยู่แล้วเพราะถือว่าเป็นผู้ขาดโอกาส ร้านอาหารควรต้องดูแลค่าใช้จ่ายในการตรวจบ้าง

ผู้เชี่ยวชาญการตรวจสุขภาพ

หน่วยงานที่ควรเกี่ยวข้องได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานครและถ้าคำนวณค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพแล้วสามารถประสานกับคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนได้ก็จะเป็นผลดีโดยให้ผู้สัมผัสอาหารตรวจที่ใดก็ได้ตามสะดวกโดยมีสำนักงานเขตประสานงาน ถ้าหากผู้สัมผัสอาหารมีสิทธิรักษาพยาบาลอยู่แล้วควรจะสามารถใช้สิทธิในการตรวจสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะต่อการตรวจสุขภาพมีดังนี้

- มีการศึกษาถึงรายละเอียดของรายการตรวจว่าควรตรวจอะไรบ้าง
- สามารถตรวจได้ทุกที่ตามสะดวก
- มีการประชาสัมพันธ์ถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพแก่ผู้ประกอบการ
- หากจะมีการตรวจจริง ๆ ต้องมีการบังคับใช้และมีบทลงโทษอย่างจริงจัง
- ควรมีป้ายประกาศแก่ผู้สัมผัสอาหารที่ผ่านการตรวจสุขภาพและให้ผู้บริโภคช่วยสอดส่อง

ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

การตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร ประกอบด้วย

1. การตรวจร่างกาย (Physical Examination)
2. ภาพถ่ายรังสีปอด (Chest X-rays)
3. การตรวจอุจจาระเพื่อหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหาร (Stool culture)
4. การตรวจอุจจาระเพื่อตรวจหาปรสิต (Stool examination)
5. การตรวจเลือดเพื่อหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis A virus)

รายละเอียดค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์แตกต่างกันตามสถานที่ตรวจดังนี้

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (40)

ด้วยระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ พ.ศ. 2549

ตารางที่ 4.8 อัตราค่าบริการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

รายละเอียดการให้บริการ	เทคนิคการตรวจวิเคราะห์	ชนิด/จำนวนตัวอย่าง	อัตราค่าบริการ (บาท)
1. ไวรัสตับอักเสบบี - Anti HAV total	ELISA	ซีรัม 1-1.5 มล.	500
2. Stool culture	เพาะหาเชื้อ	อุจจาระ 1-2 กรัม, rectal swab	200
3. Stool examination - ตรวจไข่พยาธิลำไส้	Concentration Method	อุจจาระ 8-10 กรัม	50

2. อัตราค่าบริการสาธารณสุขจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร

อ้างอิงจากประกาศกระทรวงการคลังเรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับ
เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 11 (1)
แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ลง
วันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549 เป็นต้นไป

ตารางที่ 4.9 อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร (41)

รายละเอียดการให้บริการ	เทคนิคการตรวจวิเคราะห์	ชนิด/จำนวนตัวอย่าง	อัตราค่าบริการ (บาท)
1. ไวรัสตับอักเสบบี เอ - Anti HAV total	ELISA	ซีรัม 1-1.5 มล.	500
2. Stool culture	เพาะหาเชื้อ	อุจจาระ 1-2 กรัม, rectal swab	200
3. Stool examination - ตรวจไข่พยาธิลำไส้	Concentration Method	อุจจาระ 8-10 กรัม	60
4. Chest X-Rays			170

3. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.10 อัตราค่าบริการทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รายละเอียดการให้บริการ	เทคนิคการตรวจวิเคราะห์	ชนิด/จำนวนตัวอย่าง	อัตราค่าบริการ (บาท)
1. ไวรัสตับอักเสบบี เอ - Anti HAV IgG	ELISA	ซีรัม 1-1.5 มล.	350
2. Stool culture	เพาะหาเชื้อ	อุจจาระ 1-2 กรัม, rectal swab	250
3. Stool examination - ตรวจไขพยาธิลำไส้	Direct smear Method	อุจจาระ 8-10 กรัม	60
4. Chest X-Rays Mobile chest X-rays			120 120-140

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้มีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารบริเวณโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้งโดยมีรายการตรวจสุขภาพดังนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป (Physical examination)
2. ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)
3. ตรวจอุจจาระ โดยมีการตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหาร (Stool culture) และตรวจหาเชื้อปรสิต (Stool Examination)

สาเหตุที่ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้มีการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี สามารถเป็นพาหะนำโรคได้ซึ่งต่างจากไวรัสตับอักเสบบี เอ ที่ไม่มีพาหะนำโรค ถ้าหากผู้สัมผัสอาหารเป็นพาหะนำโรคไวรัสตับอักเสบบี จะไม่สามารถดูจากลักษณะภายนอกทั่วไปได้เนื่องจากผู้ที่เป็นพาหะจะมีอาการปกติเหมือนผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป เมื่อมาทำงานเกี่ยวกับอาหารอาจมีสารคัดหลั่งจากผู้ที่เป็นพาหะนำโรคติดไปกับอาหารทำให้ผู้บริโภคติดเชื้อมิฉะนั้น อาการแสดงของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีรุนแรงและอันตรายมากกว่าแม้ว่าจะไม่ได้มีการติดต่อทาง fecal-oral route อย่างไวรัสตับอักเสบบี เอ ก็ตาม ดังนั้น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึง

ได้กำหนดให้มีการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี โดยคิดค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 200 บาท

จากรายการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานของผู้สัมผัสอาหารในประเทศแถบยุโรป (24) พบว่า ส่วนใหญ่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เพียงแค่ Stool culture และ Stool examination ดังนั้น เมื่อจัดรายการตรวจสุขภาพเป็น 3 package โดยค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพจะแตกต่างกันไปตามรายการตรวจ แสดงดังนี้

ตารางที่ 4.11 อัตราค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจำแนกตามรายการตรวจสุขภาพ

รายการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร (ราคาโดยประมาณ)	Package		
	Package 1	Package 2	Package 3
Stool examination (50-60 บาท)	/	/	/
Stool culture (200-250 บาท)	/	/	/
ภาพถ่ายรังสีปอด (120-170 บาท)	/	/	
ไวรัสตับอักเสบบี เอ (350-500 บาท)	/		
รวมค่าใช้จ่ายในการตรวจ (บาท)	720-980	370-480	250-310

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการตรวจสอบคุณภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 - เดือนมกราคม 2550 โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกคือการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 393 ร้าน ส่วนที่สองคือการสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพจำนวน 27 คน และส่วนสุดท้ายเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในห้วงปฏิบัติการทางการแพทย์ในการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ด้านความคิดเห็น และแบบสัมภาษณ์ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพผู้สัมผัสอาหารร้านอาหาร โดยแบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำไปทดลองใช้กับผู้ประกอบการร้านอาหารเขตปทุมวัน จำนวน 30 ร้าน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความคิดเห็น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ในการสรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์

1.1. อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามและข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ประกอบการ

จากการดำเนินการศึกษาในเดือน พฤศจิกายน 2549 – มกราคม 2550 โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 408 ร้าน มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 393 ร้าน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 96.3 โดยแบ่งเป็น ผู้ประกอบการร้านอาหารขนาดใหญ่ (พื้นที่เกิน 200 ตารางเมตร) ร้อยละ 97.73 และผู้ประกอบการร้านอาหารขนาดเล็ก (พื้นที่ไม่เกิน 200 ตารางเมตร) ร้อยละ 95.65 ซึ่งพบว่าอัตราการตอบกลับ (response rate) ค่อนข้างสูงอาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตที่รับผิดชอบงานร้านอาหารโดยตรงในการเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารซึ่งเจ้าหน้าที่ได้มีความรู้จักสนิทสนมกับผู้ประกอบการในเขตที่ตนเองรับผิดชอบอยู่แล้วดังนั้นผู้ประกอบการจึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้อัตราการตอบกลับของแบบสัมภาษณ์อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงและสามารถเป็นตัวแทน (representative) ของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานครได้

ในส่วนของผู้ที่ไม่ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด (ร้อยละ 3.7) อยู่ในเขตสายไหมซึ่งอาจเนื่องมาจากเขตสายไหมมีร้านอาหารไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นร้านอาหารที่ไม่ได้มีการจดทะเบียนถูกต้องซึ่งไม่ตรงตามจุดประสงค์ของการศึกษารั้งนี้ที่เก็บข้อมูลจากร้านอาหารที่มีการจดทะเบียนถูกต้องเท่านั้นจึงทำให้อัตราการตอบกลับของแบบสัมภาษณ์ในเขตสายไหมไม่ครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยต้องการถึงแม้ว่าจะใช้เวลาถึง 2 เดือนในการเก็บแบบสัมภาษณ์แล้วก็ตาม

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 57.3) โดยกลุ่มอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ กลุ่มอายุที่น้อยกว่า 43 ปี (ร้อยละ 48.3) อายุเฉลี่ย 43.40 ปี มีฐาน 44 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.59 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 72 ปี

ระดับการศึกษา พบว่า ร้านขนาดเล็กมีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.8) ส่วนร้านอาหารขนาดใหญ่มีการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 44.9)

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 65.5) รองลงมาสถานภาพโสด (ร้อยละ 26.4) และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 8.1) ตามลำดับ

ลักษณะร้านอาหารส่วนใหญ่เป็นร้านอาหารทั่วไป (ร้อยละ 80.7) และตำแหน่งในร้านอาหารของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในร้านอาหารขนาดเล็กส่วนใหญ่เป็นเจ้าของร้าน (ร้อยละ 73.1) และในร้านอาหารขนาดใหญ่ส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการ/ผู้ดูแล (ร้อยละ 51.2) อาจเนื่องจากในร้านอาหารขนาดใหญ่นั้นจะมีเพียงผู้ดูแลหรือผู้จัดการที่ทำหน้าที่ดูแลร้านอาหารเท่านั้น ผู้ประกอบการมักจะมีฐานะอยู่และไม่มีเวลาอยู่ดูแลร้านอาหารด้วยตนเองมากนัก

ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมกฎหมายเกี่ยวกับร้านอาหาร (ร้อยละ 63.9) และอบรมสุขภาพอาหารในร้านอาหาร (ร้อยละ 69.2) โดยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากสำนักงานเขตในพื้นที่ (ร้อยละ 94.5)

1.2 ข้อมูลปัจจัยทั่วไปของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารและความรู้ด้านกฎหมายของผู้ประกอบการ

ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 17.8 โดยแบ่งเป็นร้านอาหารขนาดเล็กร้อยละ 20.5 และร้านขนาดใหญ่ร้อยละ 12.4 โดยสิทธิรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีคือประกันสังคม ร้อยละ 57.8 และบัตรทอง ร้อยละ 33.9 ตามลำดับ

การตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร พบว่า ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารขนาดเล็กส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 61.4) และในร้านอาหารขนาดใหญ่พบว่าร้อยละ 46.1 ไม่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ โดยผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีส่วนใหญ่ได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลในสวัสดิการ (ร้อยละ 78.0) โดยค่าใช้จ่ายในการตรวจส่วนใหญ่อยู่ที่ 100-300 บาท (ร้อยละ 32.6)

เรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารขนาดเล็กส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้สัมผัสอาหารต้องได้รับการตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยแพทย์ (ร้อยละ 59.3) และในเรื่องของโทษปรับ พบว่า ร้านอาหารส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตามจะมีโทษปรับไม่เกิน 5000 บาท (ร้อยละ 85.4) อาจเนื่องจากเมื่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหาร ทำให้ผู้ประกอบการร้านอาหารคิดว่าการตรวจสุขภาพไม่ใช่สิ่งจำเป็นและไม่ได้อยู่ในกฎหมายข้อบังคับของร้านอาหารดังนั้นผู้ประกอบการส่วนใหญ่จึงไม่ทราบถึงโทษปรับที่ไม่ได้มีการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหารหรือเนื่องจากการให้ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับร้านอาหารไม่ได้ครอบคลุมถึงประเด็นการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหาร

รายการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่มีการตรวจร่างกายทั่วไป ร้อยละ 97.6 การถ่ายภาพรังสีปอด ร้อยละ 64.3 การตรวจไวรัสตับอักเสบบี เอ ร้อยละ 62.2 และการตรวจ

อุจจาระ ร้อยละ 56.8 ซึ่งจากผลการศึกษาที่ได้นี้ ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีการคลาดเคลื่อน เนื่องจากในความเป็นจริง ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับร้านอาหารไม่ได้มีการกำหนดรายการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นผู้สัมผัสอาหารที่ต้องการรับการตรวจสอบสุขภาพจะได้รับการตรวจเพียงแค่ตรวจร่างกายทั่วไปและมีการถ่ายภาพรังสีปอดเท่านั้น ส่วนการตรวจไวรัสตับอักเสบ เอ และตรวจอุจจาระนั้นน่าจะมีการตรวจไม่มากนักซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยที่ได้ อาจเนื่องจาก ผู้วิจัยให้ผู้ประกอบการตอบแบบสัมภาษณ์เองจึงอาจเกิดความผิดพลาดในรายละเอียดการตรวจหรือผู้ประกอบการเกรงว่าจะมีผลกระทบต่อร้านอาหารและตัวผู้ประกอบการเองจึงมีการตอบเกินความเป็นจริง ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าควรมีการตรวจสอบวิธีอื่นที่ถูกต้องมากกว่านี้ เช่น ให้นำผลการตรวจสุขภาพมายืนยัน เป็นต้น

เรื่องของการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ทราบว่าถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เจ้าพนักงานท้องถิ่น (ผู้อำนวยการเขต) สามารถสั่งให้หยุดกิจการชั่วคราวเพื่อปรับปรุงได้ (ร้อยละ 60.8)

1.3 ความคิดเห็นต่อการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร

ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารพบว่า ข้อคำถามเชิงบวกมีผู้ประกอบการร้านอาหารเห็นด้วยร้อยละ 92.0 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 93.4 และร้านอาหารขนาดเล็กเห็นด้วยร้อยละ 90.5 ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีผู้ประกอบการไม่เห็นด้วยร้อยละ 64.0 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 75.6 และร้านอาหารขนาดเล็กไม่เห็นด้วยร้อยละ 52.4

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามพบว่า ในข้อคำถามเชิงบวกข้อที่ 3 เรื่องหากมีการตรวจสอบสุขภาพขึ้น ท่านยินดีให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านเข้ารับการตรวจ มีผู้เห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 98.0 ส่วนในข้อคำถามเชิงลบ ข้อที่ 5 เรื่องถ้าผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารของท่านเป็นโรคติดต่อให้ชื้อยามารับประทานเองและทำงานต่อได้ มีผู้ไม่เห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 78.7 ส่วนข้อที่ 9 เรื่องการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารมิได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค มีผู้ไม่เห็นด้วยเพียงร้อยละ 39.5 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่ร้อยละ 48.5 และร้านอาหารขนาดเล็กร้อยละ 35.0

1.4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยินดีเข้าร่วมการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร (ร้อยละ 87.4) เนื่องจากผู้ประกอบการก็ต้องการที่จะทราบถึงสภาวะสุขภาพของตนเองเช่นกัน แต่ร้านอาหารเป็น

ธุรกิจส่วนตัวต้องเปิดร้านตลอดทั้งวันเพื่อหารายได้ทำให้ไม่มีเวลาพบแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ต้องให้ป่วยเสียก่อนจึงจะไปพบแพทย์ถ้ามีการบังคับว่าจะต้องตรวจสุขภาพก็จะเป็นเรื่องที่ดีต่อตนเองและผู้บริโภค โดยมีความคิดเห็นว่าคุณค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพควรรวมอยู่ในสวัสดิการรักษายาบาลประกันสังคม (ร้อยละ 43.0) และบัตรทอง (ร้อยละ 40.2) ตามลำดับเนื่องจาก การศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลในสวัสดิการนั้นส่วนใหญ่เสีย ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 100 บาท (ร้อยละ 96.2) และค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกอบการคิดว่าผู้สัมผัสอาหาร สามารถจ่ายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 101-300 บาท (ร้อยละ 50.3)

สถานที่ในการตรวจสุขภาพที่เหมาะสมส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข ใกล้บ้าน (ร้อยละ 59.7) โดยส่วนใหญ่ต้องการให้ใช้เวลาในการตรวจไม่เกินครึ่งวัน (ร้อยละ 66.1) อาจเนื่องจากจะได้ไม่เสียเวลาในการทำงานซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้สัมผัสอาหารเองที่ไม่ต้องถูกหักเงิน รายได้และดีต่อผู้ประกอบการด้วยเช่นกันที่ไม่ต้องขาดคนงานในร้านและสามารถเลือกสถานที่ ตรวจสุขภาพได้ตามความสะดวกไม่จำเป็นต้องเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตที่กำหนดเท่านั้น

ปัญหา อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการตรวจสุขภาพได้คือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 59.7 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตรวจร้อยละ 38.6 และขาดคนเฝ้าร้านร้อยละ 1.7

ปัญหาทางสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ประกอบการส่วนใหญ่ คือเรื่องความสะอาดของอาหาร (ร้อยละ 38.9) ความรู้สุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร (ร้อยละ 33.5) สัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงสาบ (ร้อยละ 24.0) ขยะ (ร้อยละ 2.8) และไขมันจากอาหาร (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับด้านกายภาพ ของร้านอาหารมากกว่าสุขภาพผู้สัมผัสอาหารอาจเนื่องจาก กรุงเทพมหานครมีมาตรฐาน ร้านอาหารที่เน้นด้านกายภาพและต้องปฏิบัติตามโดยมีเจ้าหน้าที่ออกตรวจตราดูแลอยู่เสมอ ทำให้ผู้ประกอบการใส่ใจมากขึ้นซึ่งต่างจากการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหารที่ถึงแม้จะมี ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครแต่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากนักทำให้ ผู้ประกอบการก็ไม่ใส่ใจเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะของผู้ประกอบการร้านอาหารต่อการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารใน ร้านอาหาร คือ มีรถเคลื่อนที่มาตรวจใกล้ที่ทำงาน/ใกล้บ้าน มีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า สามารถ เลือกสถานที่ตรวจได้ตามความสะดวก ออกเป็นกฎหมายชัดเจนว่าต้องตรวจทุกร้าน ไม่มีข้อยกเว้น มีการกำหนดชัดเจนว่าต้องตรวจอะไรบ้าง และผู้ที่ผ่านการตรวจควรมีบัตรสำหรับผู้สัมผัสอาหารดีเพื่อ เป็นหลักฐาน

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบสุขภาพ

ทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบสุขภาพ จำนวน 27 ราย เกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารและปัญหา อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นรวมทั้ง ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบสุขภาพ มีความคิดเห็นว่าการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารมีความสำคัญและจำเป็น เพราะผู้สัมผัสอาหารต้องสัมผัสกับอาหารให้ผู้บริโภค ถ้าผู้สัมผัสอาหารมีเชื้อโรคก็จะแพร่สู่ผู้อื่นได้โดยเฉพาะโรคที่ติดต่อทางอาหารและน้ำ ดังนั้นสุขภาพผู้สัมผัสอาหารก็มีผลต่อสุขภาพผู้บริโภคด้วยเช่นกัน นอกจากนี้นี้สัชคนไทยส่วนใหญ่ต้องรอให้ป่วยหนักเสียก่อนจึงจะไปพบแพทย์ ถ้าปล่อยไว้ไม่มีการตรวจอาจทำให้พาหะเพิ่มขึ้น

ในเรื่องของการบังคับใช้ตามกฎหมายนั้นขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ว่าเห็นความสำคัญมากน้อยเพียงใดเพราะในปัจจุบันยังไม่มีกฏบังคับใช้อย่างจริงจังเนื่องจากชั้นของพระราชบัญญัติไม่ได้กำหนดชัดเจนแต่ให้อำนาจแก่กรุงเทพมหานคร ในการกำหนดเป็นข้อบัญญัตินอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานหรือผู้ออกใบอนุญาตร้านอาหารว่าเห็นความสำคัญมากน้อยเพียงใด และกฎหมายในปัจจุบันยังไม่มีกฏบังคับใช้อย่างจริงจังและชัดเจนไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง

ในส่วนของงบประมาณในการดำเนินการนั้น หากมีการจัดสรรหรือบริหารเวลาให้ดี จัดให้ผู้สัมผัสอาหารทยอยมาตรวจก็จะไม่มีปัญหาทั้งในด้านการเงินและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าน่าจะเพียงพอเนื่องจากกรุงเทพมหานครมีศูนย์บริการสาธารณสุขกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพอยู่แล้วแต่ถ้าเป็นเรื่องของบุคลากรที่ให้บริการนั้น อาจจะมีการจ้างนอกเวลาหรือจ้างลูกจ้างเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี ในส่วนของค่าใช้จ่ายผู้ประกอบการควรเป็นผู้รับผิดชอบเนื่องจากเป็นอาชีพที่มีผลตอบแทนจึงควรรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองด้วยและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครก็ไม่ได้เก็บค่าตรวจแพง แต่ในระยะแรกกรุงเทพมหานครควรมีส่วนช่วยในเบื้องต้นเช่น อาจมีการลดหย่อนค่าตรวจสุขภาพ

ปัญหา อุปสรรคที่อาจพบได้คือ เนื่องจากร้านอาหารมีจำนวนมากและสามารถเปิดร้านได้ง่ายทำให้มีผู้สัมผัสอาหารจำนวนมากและเปลี่ยนงานบ่อยทำให้ผู้ประกอบการไม่ส่งผู้สัมผัสอาหารจริง ๆ ไปตรวจแต่อาจจะส่งคนอื่นที่ไม่ได้เป็นผู้สัมผัสอาหารไปตรวจเพราะปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและกลัวว่าถ้าพบโรคที่กำหนดไว้ ผู้สัมผัสอาหารจะถูกบังคับให้หยุดงาน นอกจากนี้ผู้ประกอบการอาจมองว่าเป็นภาระ จะทำอย่างไรให้เขาคิดว่าเป็นความภาคภูมิใจในวิชาชีพการขายอาหาร

ของเขาเช่น แพทย์ก็มีจรรยาบรรณของแพทย์ผู้ขายอาหารก็เช่นกัน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอาจไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพมากนักทำให้เกิดการปฏิบัติไม่เหมือนกันทุกแห่งแต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารด้วย

ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในการตรวจสุขภาพ

จากการศึกษาค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในการตรวจสุขภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่าใช้จ่ายในแต่ละรายการเป็นดังนี้

1. ไวรัสตับอักเสบ เอ (Anti HAV total) โดยวิธี ELISA ใช้ซีรัม 1-1.5 มล. มีค่าใช้จ่าย 350-500 บาท
2. Stool culture โดยใช้อุจจาระ 1-2 กรัมหรือrectal swab มีค่าใช้จ่าย 200-250 บาท
3. Stool Examination โดยวิธี direct smear method มีค่าใช้จ่าย 50-60 บาท
4. ภาพถ่ายรังสีปอด มีค่าใช้จ่าย 120-170 บาท

เมื่อรวมค่าใช้จ่ายแล้ว พบว่าผู้สัมผัสอาหาร 1 รายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประมาณ 720 – 980 บาท

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัญหา อุปสรรคในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกคือการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ส่วนที่สองคือการสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสุขภาพ และส่วนสุดท้ายเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในการตรวจสุขภาพ พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ด้านข้อมูลผู้ประกอบการร้านอาหารและความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

จากการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.3) อายุเฉลี่ย 43.4 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 72 ปี ลักษณะร้านอาหาร พบว่าเป็นร้านอาหารทั่วไปร้อยละ 80.7 ภัตตาคารร้อยละ 10.9 และสวนอาหารร้อยละ 8.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

มัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.8) และปริญญาตรี (ร้อยละ 29.9) เมื่อพิจารณาตามขนาดของร้านอาหาร พบว่าร้านอาหารขนาดเล็กมีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 27.2) ส่วนร้านอาหารขนาดใหญ่มีการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 44.9) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zain MM และคณะ (27) ที่พบว่าผู้สัมผัสอาหารในประเทศมาเลเซียส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา และการศึกษาของ รัชดาพร ลิ้มเจริญ (11) ที่ศึกษาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายใน สถานที่จำหน่ายอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 : กรณีศึกษาเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า การจำหน่ายอาหารเป็นธุรกิจที่ไม่สลบซับซ้อนหรือมีความยุ่งยากมากนัก บุคคลทั่วไปที่มีความสนใจหรือยังหางานทำไม่ได้ก็หันมาขายอาหารซึ่งเมื่อเป็นอาชีพที่มีรายได้ พอสมควรแล้วการศึกษาระดับสูง ๆ ก็ไม่จำเป็น เพียงเรียนจบตามที่กฎหมายบังคับก็เพียงพอแล้ว ซึ่งแตกต่างจากร้านอาหารขนาดใหญ่ที่ต้องมีการวางแผนการจัดการที่ดีกว่าดังนั้นผู้ประกอบการ ส่วนใหญ่จึงจบการศึกษาในระดับสูงกว่าร้านอาหารขนาดเล็ก

การได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหารจากการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เคย ได้รับการอบรม (ร้อยละ 69.2) และเคยได้รับข่าวสารทางสุขาภิบาลอาหาร (ร้อยละ 88.8) โดย แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือ ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 53.9) และเคย ได้รับการอบรมกฎหมายเกี่ยวกับร้านอาหาร ร้อยละ 63.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยธิดา ศรีรักษา (34) ที่ทำการศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกใช้สารปรุงแต่งรสและวัตถุเจือปนอาหารของผู้ประกอบการ ในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงเรียนส่วนใหญ่ได้รับการอบรม (ร้อยละ 62.3) และได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 62.3) แต่แตกต่างกับการศึกษาของลัดดาวิรัตน์ แซ่คู (33) ซึ่งศึกษาในผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงพยาบาลใน กรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรม (ร้อยละ 67.3) และการศึกษาของรัชดาพร ลิ้มเจริญ (11) ที่พบว่าผู้ประกอบการร้านอาหารใน 15 เขตของกรุงเทพมหานครเคยได้รับการอบรม เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารเพียงร้อยละ 45.7 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายร้านอาหาร เพียงร้อยละ 30.6 ซึ่งอาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในร้านอาหารโดยทำการสุ่มร้านอาหารขนาดเล็กและขนาดใหญ่ตามสัดส่วนที่กำหนดทำให้ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ได้รับการ อบรมสุขาภิบาลอาหารและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับร้านอาหาร

ผู้ประกอบการร้านอาหารร้อยละ 60.8 ทราบว่า ถ้าร้านอาหารไม่ปฏิบัติตามข้อบัญญัติเจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถสั่งหยุดกิจการชั่วคราวได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องมีการตรวจสุขภาพ ผู้สัมผัสอาหารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยแพทย์ (ร้อยละ 53.7) และไม่ทราบว่าถ้ามีการละเมิด พระราชบัญญัติว่าด้วยการตรวจสุขภาพประจำปีมีโทษปรับไม่เกิน 5000 บาท (ร้อยละ 85.4) ซึ่ง

แตกต่างจากการศึกษาของรัชดาพร ลิ้มเจริญ (11) ที่พบว่าผู้ประกอบการร้านอาหารใน 15 เขตของกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ทราบว่า ต้องมีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยแพทย์ (ร้อยละ 94.3) อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการสุ่มร้านอาหารจาก 50 เขตจาก 12 กลุ่มของกรุงเทพมหานครทำให้ตัวอย่างที่ได้มีความหลากหลายโดยมีทั้งเขตที่อยู่กลางเมืองกรุงเทพมหานครและเขตที่อยู่ห่างตัวเมืองมากซึ่งต่างจากการศึกษาของรัชดาพรที่มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกองอนามัยสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานครเป็นผู้เลือกให้

สิทธิรักษาพยาบาลของผู้สัมผัสอาหารจากการศึกษาพบว่าผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 17.8 โดยแบ่งเป็นร้านอาหารขนาดเล็กร้อยละ 20.5 และร้านอาหารขนาดใหญ่ร้อยละ 12.4 ซึ่งพบว่ามีจำนวนมากเพราะในปัจจุบันนี้ ประชาชนทุกคนต้องมีสิทธิรักษาพยาบาลอย่างน้อยก็เป็นสิทธิบัตรทองอยู่แล้ว จากการศึกษาที่พบผู้ตอบว่าไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 17.8

- เมื่อพิจารณาวิธีการวิจัยพบว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารเกี่ยวกับสิทธิรักษาพยาบาลของผู้สัมผัสอาหารในร้าน จึงอาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงตามความเป็นจริงและผู้ประกอบการที่ตอบแบบสัมภาษณ์อาจไม่เข้าใจคำถามโดยอาจเกรงว่าถ้าตอบว่าผู้สัมผัสอาหารมีสิทธิรักษาพยาบาลจะทำให้ผู้ประกอบการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สัมผัสอาหารในร้านทำให้ไม่ตอบตามความเป็นจริง

- เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับผู้สัมผัสอาหาร อาจเนื่องมาจากผู้สัมผัสอาหารที่มีสิทธิบัตรทองอยู่ที่ต่างจังหวัดเมื่อย้ายเข้ามาทำงานที่กรุงเทพมหานครและไม่ได้โอนสิทธิมาใช้ทำให้ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลเนื่องจากบัตรทองต้องใช้สิทธิตามโรงพยาบาลที่ระบุไว้เท่านั้น หรืออาจเนื่องจากเป็นคนต่างด้าวที่ไม่มีใบรับรองการทำงานทำให้ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลหรืออาจเกิดจากผู้สัมผัสอาหารไม่มีความรู้และไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิรักษาพยาบาล ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบควรเร่งให้ความรู้และเร่งค้นหาผู้สัมผัสอาหารที่ยังไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สัมผัสอาหารเอง

การตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร จากการศึกษพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ(ร้อยละ 56.4) แต่เมื่อแบ่งตามขนาดร้านอาหารพบว่า ร้านอาหารขนาดเล็กเป็นส่วนใหญ่ที่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 61.4) และสำหรับร้านอาหารขนาดใหญ่พบว่าไม่ได้รับการตรวจสุขภาพถึงร้อยละ 46.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ อุตระกูล (29) ที่พบว่าผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารไม่ได้มีการตรวจสุขภาพสูงถึงร้อยละ 79.05 อาจเนื่องมาจากการละเลยของเจ้าหน้าที่แม้ว่าจะมีกฎหมายบังคับตามพระราชบัญญัติอยู่แล้วแต่อาจไม่ได้รับการเอาใจใส่อย่างที่ควรโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอาจให้ความสำคัญกับการตรวจลักษณะทางกายภาพของร้านอาหาร

มากกว่าทำให้ผู้ประกอบการสนใจแต่สิ่งที่เจ้าหน้าที่เข้มงวดและทำการตรวจเท่านั้น ดังการศึกษาของสุนันทธนา แสนประเสริฐ (9) ที่พบว่าผู้ประกอบการค้าส่วนใหญ่ให้คุณค่าแก่อาชีพจำหน่ายอาหารในแง่ทำรายได้ให้สูงแต่ไม่ได้ให้ความสำคัญในแง่เป็นผู้ผลิตอาหารที่จะมีผลต่อสุขภาพอนามัยผู้บริโภคเท่าใดนัก การให้คุณค่าต่อการพัฒนาด้านสุขลักษณะไม่ขึ้นกับตัวผู้ประกอบการตัวเอง แต่จะขึ้นอยู่กับการเอาใจใส่และการตรวจตราของเจ้าหน้าที่

รายการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารพบว่า ผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจครบทุกรายการได้แก่ ตรวจร่างกายทั่วไป ภาพถ่ายรังสีปอด ตรวจอุจจาระและตรวจไวรัสตับอักเสบบี เอ มีจำนวน 7 รายที่เสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 100 บาท และมี 12 รายที่เสียค่าใช้จ่าย 100-300 บาทและในผู้สัมผัสอาหารที่ได้รับการตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียวจะเสียค่าใช้จ่าย 100-300 บาทจำนวน 9 ราย และ 300-500 บาท จำนวน 5 รายและมี 1 รายที่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียว 500 บาทขึ้นไป ซึ่งจากผลการศึกษาที่ได้นี้ ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีการคลาดเคลื่อน เนื่องจากในความเป็นจริง การตรวจสุขภาพทุกรายการควรจะเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 100 บาท อาจเนื่องจาก ผู้วิจัยให้ผู้ประกอบการตอบแบบสัมภาษณ์เองจึงอาจเกิดความผิดพลาดในรายละเอียดการตรวจหรือผู้ประกอบการเกรงว่าจะมีผลกระทบต่อร้านอาหารและตัวผู้ประกอบการเองจึงมีการตอบเกินความเป็นจริง ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าควรมีการตรวจสอบวิธีอื่นที่ถูกต้องมากกว่านี้ เช่น ให้นำผลการตรวจสุขภาพมายืนยัน เป็นต้น หรืออาจเกิดจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารซึ่งในส่วนของข้อมูลของผู้สัมผัสอาหารทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจไม่ถูกต้องดังนั้นควรมีการสอบถามผู้สัมผัสอาหารโดยตรงเพื่อได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง

ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารพบว่า ข้อคำถามเชิงบวกมีผู้ประกอบการร้านอาหารเห็นด้วยร้อยละ 92.0 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่เห็นด้วยร้อยละ 93.4 และร้านอาหารขนาดเล็กเห็นด้วยร้อยละ 90.5 ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีผู้ประกอบการไม่เห็นด้วยร้อยละ 64.0 แบ่งเป็นร้านอาหารขนาดใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 75.6 และร้านอาหารขนาดเล็กไม่เห็นด้วยร้อยละ 52.4

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยินดีให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านได้รับการตรวจสุขภาพโดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนั้น ภาครัฐควรมีส่วนช่วยเหลือโดยสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้ เช่น ประกันสังคม บัตรทอง โดยผู้ประกอบการสามารถที่จะออกค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 100-300 บาท และสถานที่ตรวจสุขภาพนั้น ผู้สัมผัสอาหารควรสามารถเลือกได้ว่าจะตรวจที่ใด นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ยังต้องการให้มีการกำหนดเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพอย่างชัดเจนในข้อบัญญัติร้านอาหารเพราะจะได้ทราบถึงสุขภาพร่างกายตนเองด้วย แต่จากคำถามข้อ 9 เรื่องการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารมิได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค พบว่า ผู้ประกอบการ

ร้านอาหารส่วนใหญ่เห็นด้วยถึงร้อยละ 48.1 แสดงว่าผู้ประกอบการยังมีความคิดที่ไม่ถูกต้องว่าตรวจสุขภาพเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากโรคเท่านั้นไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับผู้บริโภคแต่อย่างใด

ปัญหา อุปสรรคที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านอาหารไม่สามารถให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านไปตรวจสุขภาพคือ ไม่มีเวลา (ร้อยละ 59.7) ซึ่งผู้ประกอบการส่วนใหญ่สามารถให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านไปตรวจได้โดยต้องการให้มีความรวดเร็วในการตรวจและมีการกำหนดชัดเจนว่าต้องตรวจอะไรบ้างและอยากให้มีช่องทางพิเศษในศูนย์บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สัมผัสอาหารที่มาตรวจสุขภาพเพื่อความรวดเร็ว เนื่องจากบางร้านมีผู้สัมผัสอาหารในร้านเพียง 1-2 คนเท่านั้น นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญรองลงมาคือเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสอาหารสามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 100-300 บาทขึ้นอยู่กับรายได้ที่ได้รับหากค่าใช้จ่ายสูงเกินไปก็อาจทำให้ผู้สัมผัสอาหารไม่สามารถมาตรวจได้

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ประกอบการที่สำคัญ คือ ถ้าเกิดมีการตรวจพบเชื้อในร่างกายผู้สัมผัสอาหารแล้วต้องมีการหยุดงานเพื่อรักษาให้หายขาดก่อนนั้น ทำให้ผู้สัมผัสอาหารไม่อยากจะไปตรวจและผู้ประกอบการก็เกรงว่าจะขาดคนงานในร้านเช่นกัน ดังนั้นน่าจะมียุทธวิธีอื่นในการดำเนินการดังกล่าว นอกจากนี้ก่อนจะมีการดำเนินการอย่างจริงจังควรมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่าง ๆ ถึงผลดีของการตรวจสุขภาพและผลเสียหากไม่ได้รับการตรวจเพื่อที่ผู้ประกอบการจะได้รับทราบอย่างทั่วถึง

2. ความคิดเห็นผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญการตรวจสุขภาพ

ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญการตรวจสุขภาพทั้งหมด (ร้อยละ 100) เห็นด้วยกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารแต่ที่ยังไม่สามารถกระทำได้อย่างเต็มที่เนื่องจากชั้นของพระราชบัญญัติไม่ได้กำหนดอย่างชัดเจนดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอาจไม่ได้เห็นความสำคัญมากนักไม่มีความเข้มงวดในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังขึ้นกับผู้บริหารระดับสูงว่าเห็นความสำคัญมากน้อยเพียงใด ในกรณีที่ผู้สัมผัสอาหารมีจำนวนมากนั้น อาจให้มีการขึ้นทะเบียนเฉพาะผู้ปรุงอาหารเพราะใกล้ชิดกับอาหารมากที่สุดและมีการให้ใบรับรองผู้ปรุงที่ผ่านการตรวจสุขภาพแล้ว

ปัญหา ที่อาจพบได้ถ้ามีการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร คือ ผู้ประกอบการไม่ส่งผู้สัมผัสอาหารจริง ๆ มาตรวจสุขภาพเพราะเกรงว่าถ้าพบเชื้อและผู้สัมผัสอาหารต้องถูกบังคับให้หยุดงานจะกระทบต่อรายได้ของร้านอาหารซึ่งปัญหาดังกล่าวตรงกับข้อเสนอแนะของผู้ประกอบการว่าควรมีหนทางอื่นที่ผู้สัมผัสอาหารที่พบเชื้อจะยังสามารถทำงานต่อไปได้

ก่อนที่จะมีการดำเนินการควรประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าให้ผู้ประกอบการและผู้บริโภคทราบถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารซึ่งตรงกับความต้องการของผู้ประกอบการร้านอาหารเช่นกัน นอกจากนี้ควรมีการปฏิบัติเหมือนกันทุกเขตและมีแนวทางในการวินิจฉัยที่ชัดเจนว่าผู้สัมผัสอาหารคนใดติดเชื้อเพื่อตัดปัญหาความเหลื่อมล้ำที่อาจทำให้ผู้ประกอบการใช้เป็นข้ออ้างได้

ในส่วน of สถาน that ตรวจนั้น สถาน that หลักควรจะเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขเพราะมีกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานครเพราะถ้าผู้สัมผัสอาหารไปตรวจที่อื่นอาจได้ใบรับรองแพทย์โดยไม่ได้รับการตรวจได้ แต่อาจพบปัญหาในเรื่องของบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอเนื่องจากผู้สัมผัสอาหารมีจำนวนมาก ดังนั้นไม่ควรกำหนดระยะเวลาที่สามารถมารับการตรวจได้คือผู้สัมผัสอาหารสามารถมารับบริการได้ตลอดเวลาและสามารถไปตรวจที่ใดก็ได้แต่มีการกำหนดถึงรายการตรวจอย่างชัดเจน เรื่องค่าใช้จ่ายนั้นผู้สัมผัสอาหารเป็นผู้รับผิดชอบเองแต่ถ้ามารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก็อาจจะเสียค่าใช้จ่ายในราคาต่ำเพราะสำนักอนามัยเป็นผู้ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายบางส่วนอยู่เพื่อเป็นการลดภาระงานของศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้สัมผัสอาหารก็สะดวกในการตรวจสุขภาพด้วยเช่นกันซึ่งประเด็นดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นของผู้ประกอบการเช่นกัน

ข้อเสนอแนะของผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญการตรวจสุขภาพ คือ สำหรับผู้สัมผัสอาหารที่ผ่านการตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้วควรมีหลักฐานแสดงเพื่อให้ผู้บริโภคทราบและยังแสดงถึงสุขภาพผู้สัมผัสอาหารด้วยซึ่งควรมีการออกข้อบัญญัติรวมถึงบทลงโทษที่ชัดเจนเพื่อบังคับให้ผู้สัมผัสอาหารไปตรวจสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการวางแผนการบริหารที่มีรายละเอียดชัดเจนว่า ต้องการตรวจใครบ้าง ตรวจโรคอะไรโดยควรเป็นโรคที่เสี่ยงจริง ๆ เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น

3. ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร

รายการตรวจสุขภาพที่กำหนดไว้จะมีการเสียค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการประมาณ 720-980 บาท ซึ่งถือเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงสำหรับผู้สัมผัสอาหาร ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญการตรวจสุขภาพได้ให้คำแนะนำว่า การตรวจภาพถ่ายรังสีปอดและการตรวจไวรัสตับอักเสบบี เอ นั้นอาจจะไม่มีความจำเป็นมากนัก เพราะวัณโรคปอดไม่ใช่โรคที่ติดต่อทางอาหารโดยตรงและไวรัสตับอักเสบบี เอ ไม่มีพาหะ การตรวจ Anti-HAV IgG นั้นเป็นการตรวจว่าผู้สัมผัสอาหารรายนั้นมีภูมิคุ้มกันหรือไม่เท่านั้น ผู้ที่ติดเชื้อจะแสดงอาการเหมือนผู้ติดเชื้อตับอักเสบบีทั่วไปและสามารถหายได้เองซึ่งหากป่วยก็ไม่สามารถทำงานได้อยู่แล้วและการดูแลสุขภาพภายนอกทั่วไปก็พอจะสามารถ

บอกได้ว่าป่วยหรือไม่ การตรวจไวรัสตับอักเสบบี เอ จึงอาจไม่จำเป็นต้องตรวจหรือถ้ามีการตรวจก็ควรมีการฉีดวัคซีนให้ผู้สัมผัสอาหารที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เอด้วย

ดังนั้นเมื่อมีการตรวจ stool culture และ stool examination ซึ่งค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทางห้องปฏิบัติการจะอยู่ประมาณ 250-310 บาทเท่านั้น แต่ในปัจจุบันนี้ เมื่อแพทย์สั่งตรวจ stool culture และพบเชื้อ Salmonella species อื่น ๆ แพทย์จะไม่รักษาแต่จะเน้นในเรื่องของสุขาภิบาลอาหารมากกว่า จึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้บริหารว่าควรตรวจหรือไม่ นอกจากนี้ควรมีการรวมรายการตรวจดังกล่าวเข้าไปในระบบของการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหาร หรือรวมค่าใช้จ่ายเข้ากับสิทธิรักษาพยาบาลของผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่มีอยู่ซึ่งจะช่วยให้ผู้สัมผัสอาหารเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง

เมื่อเปรียบเทียบกับรายการตรวจสุขภาพของประเทศแถบยุโรป (24) จะพบว่า ในต่างประเทศมีรายการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารแตกต่างจากประเทศไทยซึ่งอาจเนื่องจากสภาพการณ์และลักษณะภูมิประเทศที่แตกต่างกันโดยประเทศไทยเป็นประเทศแถบร้อนชื้นทำให้การเจริญเติบโตของเชื้อก่อโรคเจริญได้ง่ายกว่าประเทศแถบยุโรป แต่ทั้งนี้ รายการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารก็ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดการตรวจดังกล่าว

จุดแข็งของงานวิจัย

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ประกอบการร้านอาหารในกรุงเทพมหานครโดยได้มีการแบ่งขนาดร้านอาหารเป็นขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ทำให้สามารถมองภาพรวมของรายละเอียดของร้านอาหารได้ละเอียดยิ่งขึ้น
2. วิธีการวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้มีการสุ่มร้านอาหาร โดยแบ่งตามลักษณะพื้นที่ของกรุงเทพมหานครทั้ง 12 กลุ่ม ทำให้ได้ร้านอาหารที่เป็นตัวแทนที่ดีของร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร

จุดอ่อนของงานวิจัย

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารซึ่งมีบางส่วนที่สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สัมผัสอาหารในร้านจึงอาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงตามความเป็นจริง เช่น เรื่องสิทธิรักษาพยาบาลผู้สัมผัสอาหาร และรายการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร เป็นต้น
2. ร้านอาหารที่ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มมาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นร้านอาหารที่จดทะเบียนถูกต้องเท่านั้นจึงทำให้ขาดข้อมูลจากร้านอาหารที่ไม่ได้มีการจดทะเบียน

3. ส่วนของการสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้บริหารในส่วนของกรุงเทพมหานครเท่านั้นจึงอาจได้ความคิดเห็นเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. ถึงแม้ว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่จะตอบว่าได้รับการอบรมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับร้านอาหาร แต่ยังมีบางส่วนที่พบว่า ความเข้าใจในข้อบัญญัติที่เกี่ยวกับร้านอาหารยังไม่ถูกต้องทำให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติมถึงข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารในร้านเพื่อเป็นการให้ตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพของตนเอง (Self-awareness)

2. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารหรือการรณรงค์ต่าง ๆ ควรเน้นการเผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ ให้มากขึ้น เช่น โปสเตอร์ วิทยุ โทรทัศน์

3. จากการศึกษพบว่าผู้สัมผัสอาหารบางส่วนที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลใด ๆ เลยซึ่งตามความเป็นจริงควรจะต้องมีสิทธิรักษาพยาบาลอย่างน้อยเป็นสิทธิบัตรทองแต่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัดเมื่อย้ายมาทำงานในกรุงเทพมหานครก็ไม่ทราบถึงวิธีการในการย้ายสิทธิรักษาพยาบาลมาใช้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแต่ละเขตควรมีการออกสำรวจและให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลและการย้ายสิทธิจากต่างจังหวัดเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สัมผัสอาหาร

- ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของผู้ประกอบการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการสอบถามผู้สัมผัสอาหารในร้านโดยตรงถึงความคิดเห็นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตรวจสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในมุมมองของผู้บริโภคด้วยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินการต่อไป

2. เนื่องจากรายการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงรายละเอียดของรายการตรวจสุขภาพต่าง ๆ ว่าการตรวจรายการใดที่เป็นการป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำได้จริง ๆ เพื่อการกำหนดไปในทิศทางเดียวกัน

3. ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทางห้องปฏิบัติการจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาในมุมมองของผู้รับบริการเพื่อทราบถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้มารับบริการต้องเสียไป

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเท่านั้น จึงควรมีโครงการนำร่องโดยอาจขอทุนวิจัยเพื่อนำหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ไปให้บริการซึ่งอาจเริ่มจากร้านอาหารในห้างสรรพสินค้าก่อน หรือมีการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับร้านอาหารรวมถึงการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารและศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) WHO report food borne disease situation in 1998-2000[Online]. Available from: <http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/annex3.xls>. [2006, July 13]
- (2) สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข. สถิติทางระบาดวิทยา[ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.moph.go.th /ops/general> [12 เมษายน 2549]
- (3) Oteri, T., Ekanem, EE. Food Hygiene Behaviour Among Hospital Food Handlers : in Public health Nigeria. The Society of Community Medicine. 3(1989): 153-9.
- (4) คันสนีย์ ตันต์จรัม, นิภาพัน โลหะนาคบุตร, พัทธินันท์ รัตนเกษตรสิน, ชวลิต เกียรติวิเศษกุล, ดุจดาว บุญยอด และ ทิพวัลย์ จิตตะวิบูล. การสำรวจหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในลำไส้ในผู้ประกอบการขายอาหารเขตเทศบาลเมืองพิษณุโลก. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4(2540): 233-41.
- (5) กาญจนา คชินทร, สถาพร มานัสสถิตย์. การติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินอาหาร. ใน สมหวัง ด่านชัยวิจิตร (บรรณาธิการ), การติดเชื้อในโรงพยาบาล, 227-99.กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- (6) นภดล ภัทรากิจ. ทัศนะของผู้บริโภคอาหารริมบาทวิถีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- (7) อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา. รายงานการวิจัยเรื่องการใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ควบคุมการจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะในเขตเทศบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
- (8) อุดม คมพาศ์. การศึกษาศาถวะการสุขาภิบาลร้านจำหน่ายอาหารในเขต พญาไท กรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2521.
- (9) สุนันท์ธนา แสนประเสริฐ. วิถีชีวิตของผู้ประกอบการค้าแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาล จังหวัดลพบุรี: ประเสริฐการพิมพ์, 2540.
- (10) ลัดดา โภคาวัฒนา. ความชุกของการติดเชื้อสัลโมเนลลาในผู้สัมผัสอาหารและน้ำแข็งในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2543. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2(2540): 233-41.

- (11) รัชดาพร ลิ้มเจริญ. การบังคับใช้กฎหมายในสถานที่จำหน่ายอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร.
รายงานการวิจัย ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
- (12) ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร. สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร.
กรุงเทพมหานคร; 2545.
- (13) ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร. การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ.
กรุงเทพมหานคร; 2545.
- (14) ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร[ออนไลน์]. แหล่งที่มา
:<http://foodsafety.anamai.moph.go.th/thai/std/resturant.htm> [6 พฤศจิกายน 2549]
- (15) เตชะ ต้นไพจิตร. โรคติดเชื้อเหตุอาชีว. ใน สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง และ ปฐมสวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ), อาชีวเวชศาสตร์, หน้า 391-461.
กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- (16) กองสุขาภิบาลอาหาร, กรมอนามัย. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
- (17) สุขัยธรรมมาริธา มหาวิทยาลัย. เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อมหน่วยที่ 8 – 15. กรุงเทพมหานคร : กิจจันทร์การพิมพ์, 2529 : หน้า 407-408.
- (18) มณฑล เลิศคณาวนิชกุล. การปนเปื้อนของเชื้อโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในสถานที่จำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 28 (2548): 1-10.
- (19) กองสุขาภิบาลอาหาร, กรมอนามัย. คู่มือระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.
- (20) สุนันทนา แส่นประเสริฐ และ ศรีปราชนีย์ บุญนำมา. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง : แนวทางการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมด้านอาหาร. วารสารกองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 3(2539): 20-30.
- (21) ชัยเวช นุชประยูร. วินโรคปฏิบัติกร. กรุงเทพมหานคร: สมาคมปราบวินโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2529.

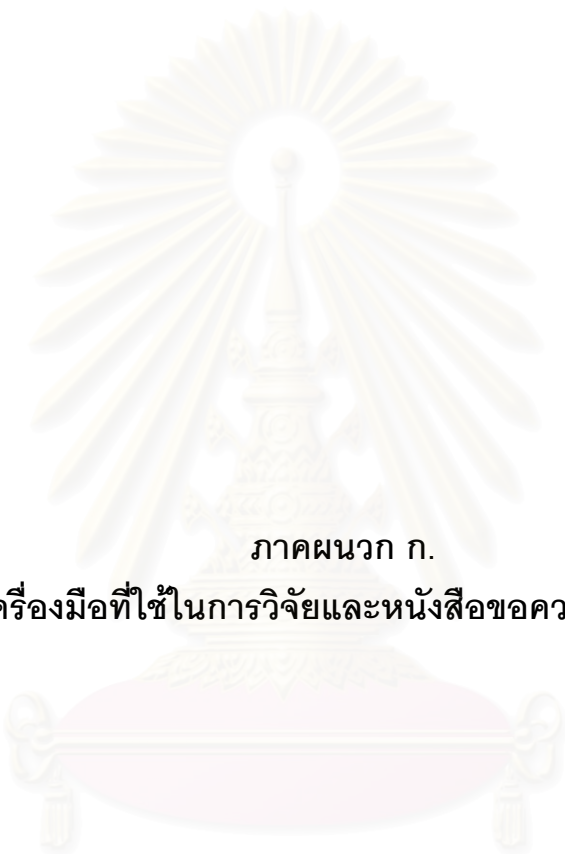
- (22) ยง ภู่วรรณ. ความรู้ในปัจจุบันเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี. คลินิก 15 (2001): 901-4.
- (23) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อและพาหะนำโรค[ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.dmsc.moph.go.th> [11 กรกฎาคม 2549]
- (24) Food Handlers with Potentially Foodborne Diseases Subcommittee of the NDSC's Scientific Advisory Committee. Preventing Foodborne Disease : A Focus on the Infected Food Handler. National Disease Surveillance Centre; 2002.
- (25) Cormo, LS.; Diaz, RS.; Linardi, R.; Sena, MJ.; and Dontos, DA. An Outbreak of Staphylococcal Food Poisoning in The Municipality of Passus, Mg. Brazil. Brazilian Archives of Biology and Technology International Journal 46 (2003); 581-86.
- (26) Pan, TM.; Chiou, CS.; Hsu, SY.; Huang, HC.; Wang, TK.; Chiu, SI.; et al. Food-born disease outbreaks in Taiwan. The Journal of School Health 72 (2002): 229-34.
- (27) Zain, MM.; and Naing, NN. Socio-demographic of food handlers and their knowledge, attitude, and practice towards food sanitation. The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health 33 (2002): 410-17.
- (28) Green, LR.; and Selman, C. Factors Impacting Food Workers' and Managers' Safe Food Preparation Practices. Food Protection Trend 25 (2005): 981-90.
- (29) สมบัติ อุตระกุล. การศึกษารูปแบบการควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเฝ้าระวังในร้านจำหน่ายอาหาร. รายงานการวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
- (30) อุดม วรโคตร. สภาวะการสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดสกลนคร. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 (2541): 141-50.
- (31) สัมฤทธิ์ ทองศรีวงศ์. สภาวะสุขาภิบาลอาหารแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตภาคเหนือตอนกลาง ประเทศไทย. ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 9 พิษณุโลก กรมอนามัย, กรุงเทพมหานคร; 2538.

- (32) อมรินทร์ นันทวิทยาภรณ์. ความปลอดภัยในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเคมี บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2528.
- (33) ลัดดารัตน์ แซ่คู. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ประกอบการค้าอาหารในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับอันตรายจากสารปรุงแต่งรสและสารปนเปื้อนในอาหาร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล. 2535.
- (34) ปิยธิดา ศรีรักษา. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกใช้สารปรุงแต่งรสและวัตถุเจือปนอาหารของผู้ประกอบการอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2537.
- (35) สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร. ศูนย์ข้อมูลโรงเรียนในกรุงเทพมหานครแบ่งตามกลุ่ม[ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.bmaeducation.in.th> [20 สิงหาคม 2549]
- (36) Daniel, WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 8th ed. New York: John Wiley & Sons, 2005.
- (37) กองสุขภาพอาหาร กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลสถานประกอบการอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร; 2548.
- (38) บดี ธนะมัน และทัสสนี นุชประยูร. การวิจัยชุมชนทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
- (39) กัลยา วาณิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- (40) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่าด้วยอัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ พ.ศ.2549[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmsc.moph.go.th/webroot/dirsub/49/11/ระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.pdf> [10 มกราคม 2550]
- (41) กรมบัญชีกลาง, กระทรวงการคลัง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.cgd.go.th/knowldata_detail.asp [12 มกราคม 2550]



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและหนังสือขอความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

Informed Consent Form

.....

ชื่อโครงการ ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขต
กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพนารัต กาญจนมงคลศิริ

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรณรงค์ โชติวรรณ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง.....ได้ทราบ
รายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ของ
การวิจัยโดยละเอียด

2. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้

3. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำร้องขอของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและกิจการ
ร้านอาหารของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

**การศึกษา : ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขต
กรุงเทพมหานคร**

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของมนุษย์ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตและสิ่งสำคัญที่สุดคือ ความสะอาดของอาหารเพราะหมายถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค มิเช่นนั้นแล้วอาจทำให้เกิดโรคเนื่องจากอาหารและน้ำเป็นสื่อได้ (food borne disease) กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยที่มี ประชากรกว่า 6 ล้านคน จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมทำให้ประชาชนนิยมรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้นถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะมีโครงการรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพอาหารหลายโครงการแต่เมื่อพิจารณาจากสถิติของสำนักอนามัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543-2548) พบว่าโรคอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งมาตลอดผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารที่มีการจดทะเบียนถูกต้องในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์การศึกษา เป็นการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานครเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนป้องกันและควบคุมผู้สัมผัสอาหารให้อาหารมีความสะอาด ปลอดภัยและน่าบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้บริโภค

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านอาหารต่อการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร กรุงเทพมหานคร

ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ในทุกข้อของแบบสัมภาษณ์ การเข้าร่วมการศึกษาจะเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษารั้งนี้ได้หรือท่านอาจไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่อยากตอบก็ได้ โดยข้อมูลแต่ละชุดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยสู่สาธารณชน และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อท่านและชื่อของหน่วยงานของท่านในที่ใดๆ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดต้องการจะสอบถามเพิ่มเติมโปรดติดต่อ นางสาวพจนารถ กาญจนมงคลศิริ เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-170-1799 และหากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทรศัพท์ 02-2564455 ต่อ 14 , 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง

ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขต กรุงเทพมหานคร
คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยใช้กับผู้ประกอบการร้านอาหาร กรุงเทพมหานคร
2. แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป เป็นแบบข้อความให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็น ทักษะของผู้ประกอบการ ต่อการตรวจสอบสภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เป็นแบบแสดงระดับความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการตรวจสอบสภาพผู้สัมผัสอาหาร เป็นแบบข้อความให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์นี้

นางสาวพนารต กาญจนมงคลศิริ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail : neung058@hotmail.com โทรศัพท์ : 089-1701799

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์ (...)(...)(...)

แบบสัมภาษณ์

ผู้ประกอบการร้านอาหาร

สำหรับผู้วิจัย

ขนาดของร้านอาหาร (.....) 1. ≤ 200 ตร.ม. (.....) 2. > 200 ตร.ม.

(.....)site

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านอาหาร
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหน้าข้อที่เลือกเพียงข้อเดียว

1. อายุ.....ปี (ถ้าเกิน 6 เดือนให้ปัดขึ้น) (.....)(.....)age
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง (.....) sex
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ (.....) sta
() 3. หม้าย หย่า แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด (.....) edu
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมต้น () 4. มัธยมปลาย/ปวช.
() 5. อนุปริญญา/ปวส. () 6. ปริญญาตรี
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. ลักษณะของร้านอาหารในการประกอบกิจการ (.....) char
() 1. ร้านอาหารทั่วไป () 2. สวนอาหาร
() 3. กภัตตาคาร () 4. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ท่านมีตำแหน่งใดในร้านอาหารแห่งนี้ (.....) posit
() 1. เจ้าของร้าน () 2. ผู้จัดการ
() 3. พ่อครัว/แม่ครัว () 4. เสิร์ฟ
() 5. อื่น ๆ ระบุ.....
7. ระยะเวลาที่ท่านทำงานในร้านอาหารแห่งนี้.....ปี.....เดือน (...)(...)(...)(...) tim
8. ท่านเคยได้รับการอบรมมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบกิจการ (.....) law
ร้านอาหารหรือไม่
9. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยรับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้าน (.....) sanit
สุขาภิบาลอาหาร หรือความปลอดภัยในอาหารหรือไม่
() 1. ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 11) () 2. เคย

10. ท่านเคยได้รับการอบรมจากหน่วยงานใด (.....)where
- () 1. สำนักงานเขต
- () 2. บริษัทเอกชนที่เชี่ยวชาญ
- () 3. อื่น ๆ ระบุ.....
11. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสุขาภิบาลอาหารหรือไม่ (.....) inf
- () 1. ไม่เคย
- () 2. เคย จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 3. วิทยุ/โทรทัศน์ (.....)rad
- () 4. หนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ (.....)boo
- () 5. ครู (.....)tea
- () 6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (.....)mba
- () 7. อื่น ๆ ระบุ.....
12. ในร้านอาหารที่ท่านทำงาน มีพ่อครัว/แม่ครัว.....คน (.....) cook
- เสิร์ฟ.....คน (.....) serv
- อื่น ๆ ระบุ..... (.....) anoth
13. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเคยได้รับการอบรมด้าน (.....) save1
- สุขาภิบาลอาหาร หรือความปลอดภัยในอาหารหรือไม่ (.....)save2
- () 1. เคย จำนวน.....ราย
- () 2. ไม่เคย
14. ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (.....) nurs
- () 1. ไม่มี (ข้ามไปข้อ 16) () 2. มี
15. สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่คือ (.....) most
- () 1. ประกันสังคม
- () 2. บัตรทอง
- () 3. ประกันสุขภาพเอกชน
- () 4. บัตรแรงงานต่างด้าว
- () 5. อื่น ๆ ระบุ.....
16. ท่านได้ส่งผู้สัมผัสอาหาร(พ่อครัว,แม่ครัว) ที่ร้านอาหารของท่าน ไปรับการ (.....)doct
- ตรวจสุขภาพจากแพทย์หรือไม่
- () 1. ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 20)
- () 2. เคย ตรวจปีละ 1 ครั้ง ทุก ๆ ปี
- () 3. เคย ตรวจปีละ 2 ครั้งทุก ๆ ปี
- () 4. อื่น ๆ ระบุ.....

17. ผู้สัมผัสอาหารที่ร้านอาหารของท่านได้รับการตรวจสอบสุขภาพครั้งสุดท้ายจากที่ใด

- () 1. โรงพยาบาลในสวัสดิการ
 () 2. โรงพยาบาลนอกสวัสดิการ ระบุ.....
 () 3. อื่น ๆ ระบุ.....

(.....) last

18. ผู้สัมผัสอาหารที่ร้านอาหารของท่านเสียค่าใช้จ่ายจากการตรวจสอบสุขภาพต่อ 1 คนเป็นจำนวนเงินเท่าใด

- () 1. ไม่เกิน 100 บาท
 () 2. 101-300 บาท
 () 3. 301-500 บาท
 () 4. 500 บาทขึ้นไป
 () 5. อื่น ๆ ระบุ.....

(..) mone

19. การตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารที่ร้านอาหารของท่านได้รับตรวจอะไรบ้างดังต่อไปนี้

รายการ	เคย	ไม่เคย	ไม่ทราบ	ผู้วิจัย
1. ตรวจร่างกาย				(.....) phy
2. เอกซเรย์ปอด				(.....) lung
3. การตรวจอุจจาระ				(.....) fece
4. การตรวจเลือดเพื่อหาไวรัสตับอักเสบบี เอ				(.....) hepa

20. ท่านทราบหรือไม่ว่าในการประกอบกิจการร้านจำหน่ายอาหารต้องมีการตรวจสอบสุขภาพร่างกายประจำปีเพื่อป้องกันมิให้เป็นพาหะของโรคตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

- () 1. ทราบ () 2. ไม่ทราบ () 3. ไม่แน่ใจ

(.....)know1

21. ท่านคิดว่าร้านจำหน่ายอาหารที่ดำเนินการไม่ถูกต้องตามข้อบัญญัติของกรุงเทพมหานคร เจ้าพนักงานท้องถิ่น (ผู้อำนวยการเขต) สามารถออกคำสั่งให้หยุดกิจการชั่วคราวเพื่อปรับปรุงได้หรือไม่

- () 1. ได้ () 2. ไม่ได้ () 3. ไม่แน่ใจ

(.....)know2

22. ท่านทราบหรือไม่ว่าถ้ามีการละเมิดพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ด้วยการตรวจสอบสุขภาพร่างกายประจำปีเพื่อป้องกันมิให้เป็นพาหะของโรค จะมีโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท

- () 1. ทราบ () 2. ไม่ทราบ () 3. ไม่แน่ใจ

(.....)know3

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตกรุงเทพมหานคร
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหน้าข้อที่เลือก

ข้อ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตกรุงเทพมหานคร	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิง	ผู้วิจัย
1.	การตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเป็นสิ่งจำเป็นแม้ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ						(...)a1
2.	ผู้สัมผัสอาหารที่เป็นพาหะหรือมีเชื้อโรคในตัวแต่ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยก็สามารถทำงานต่อได้						(...)a2
3.	หากมีการตรวจสอบสุขภาพขึ้น ท่านยินดีให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านเข้ารับการตรวจ						(...)a3
4.	ท่านยินดีที่จะให้ผู้สัมผัสอาหารในร้านเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง						(...)a4
5.	หากผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารของท่านเป็นโรคติดต่อ ให้ชื้อยามารับประทานเองและทำงานต่อไปได้						(...)a5
6.	ควรมีการออกกฎหมาย ข้อบังคับเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร						(...)a6
7.	รัฐบาลมีความเข้มงวดเกี่ยวกับสุขภาพผู้สัมผัสอาหารเพียงพออยู่แล้ว						(...)a7
8.	การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารควรรวมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหาร						(...)a8
9.	การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารมิได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค						(...)a9

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

คำชี้แจง กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในเรื่องต่อไปนี้ตามความเป็นจริงมากที่สุด

- | | |
|---|-------------------|
| <p>1. ถ้ากรุงเทพมหานครมีการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร ท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ อย่างไร</p> <p>(.....) 1. เข้าร่วม เพราะ.....</p> <p>(.....) 2. ไม่เข้าร่วม เพราะ.....</p> <p>(.....) 3. อื่น ๆ โปรดระบุ</p> | <p>(....)pro1</p> |
| <p>2. ท่านคิดว่า ค่าใช้จ่ายการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารควรมีการจัดการอย่างไร</p> <p>(.....) 1. ลูกจ้างจ่ายเองทั้งหมด</p> <p>(.....) 2. นายจ้างจ่ายทั้งหมด</p> <p>(.....) 3. นายจ้างและลูกจ้างจ่ายอย่างละครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่าย</p> <p>(.....) 4. รัฐบาลจ่ายทั้งหมด โดยอยู่ในสวัสดิการดังนี้ (เลือกเพียงข้อเดียว)</p> <p>(.....) 4. บัตรทอง</p> <p>(.....) 5. ประกันสังคม</p> <p>(.....) 6. บัตรแรงงานต่างด้าว</p> <p>(.....) 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....</p> | <p>(....)pro2</p> |
| <p>3. หากว่าท่านสามารถเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านเองได้ อัตราค่าตรวจที่ท่านคิดว่าเหมาะสมต่อ 1 คนควรเป็นเท่าไร</p> <p>(.....) 1. ไม่เกิน 100 บาท</p> <p>(.....) 2. 101-300 บาท</p> <p>(.....) 3. 301-500 บาท</p> <p>(.....) 4. 501 บาทขึ้นไป</p> <p>(.....) 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....</p> | <p>(....)pro3</p> |
| <p>4. ท่านคิดว่าสถานที่ที่เหมาะสมในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารคือที่ใด</p> <p>(.....) 1. โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้</p> <p>(.....) 2. โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน</p> <p>(.....) 3. หน่วยบริการเคลื่อนที่</p> <p>(.....) 4. อื่น ๆ ระบุ.....</p> | <p>(....)pro4</p> |
| <p>5. ถ้าท่านเป็นนายจ้าง ท่านสามารถให้ลูกจ้างลาไปตรวจสุขภาพนี้ได้ภายในเวลาเท่าใด</p> <p>(.....) 1. ไม่เกิน 4 ชั่วโมง (ครึ่งวัน)</p> <p>(.....) 2. 1 วัน</p> <p>(.....) 3. อื่น ๆ ระบุ.....</p> | <p>(....)pro5</p> |

6. ปัญหาและอุปสรรคใดที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านคิดว่าไม่สามารถเข้าร่วม
การตรวจสอบภาพหรือไม่สามารถให้ลูกจ้างของท่านลงงานไปตรวจได้ (....)pro6
(.....) 1. ไม่มีเวลา
(.....) 2. ค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบภาพ
(.....) 3. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ท่านคิดว่า ปัญหาเกี่ยวกับสุขาภิบาลร้านอาหารที่สำคัญที่สุดสำหรับท่านในขณะนี้ (....)pro7
คืออะไร
(.....) 1. ความสะอาดของอาหาร
(.....) 2. สัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงสาบ
(.....) 3. ความรู้ทางสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้าน
(.....) 4. ขยะ
(.....) 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
8. ถ้ากรุงเทพมหานครจะมีการจัดให้ตรวจสอบภาพผู้สัมผัสอาหารนี้ ท่านมีข้อ
เสนอแนะอย่างไร (....)pro8
.....
.....
.....
9. ความคิดเห็นด้านอื่น ๆ (โปรดระบุ) (....)pro9
.....
.....
.....

แบบสัมภาษณ์**เรื่อง****ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร****คำชี้แจง**

1. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขาภิบาลอาหาร กรุงเทพมหานคร ได้แก่
 - ผู้อำนวยการ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - หัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลจากสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร
 - ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
 - ผู้อำนวยการกองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - ผู้อำนวยการกองชั้นสูตรสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. สัมภาษณ์เกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการตรวจสอบสภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เป็นแบบข้อความให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ

นางสาวพนารถ กาญจนมงคลศิริ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail : ncung058@hotmail.com โทรศัพท์ : 089-170-1799

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์

ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขาภิบาลอาหาร

คำชี้แจง ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องด้านการตรวจสอบสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร

1. ท่านคิดว่าการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารมีความจำเป็นเพียงใด อย่างไร
2. หากมีการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตกรุงเทพมหานคร ท่านคิดว่า บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะเพียงพอหรือไม่ อย่างไร
3. หากมีการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตกรุงเทพมหานคร ท่านคิดว่าจะมีปัญหาในการจัดสรรงบประมาณหรือไม่ อย่างไร
4. หากมีการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขต ท่านคิดว่าด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจจะ มีความเพียงพอหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านคิดว่าปัญหา อุปสรรคสำคัญที่สุดถ้ามีการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารคืออะไร
6. ท่านคิดว่า เหตุใดข้อบัญญัติเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารจึงไม่มีการนำไปปฏิบัติและมีแนวทางอย่างไรที่จะทำให้ข้อบัญญัติดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้จริงจัง
7. ท่านคิดว่าควรมีหน่วยงานใดเกี่ยวข้อง หากมีการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารนี้ขึ้น
8. ท่านคิดว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบ
9. ท่านคิดว่า เรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลอาหารในปัจจุบันมีเรื่องใดที่เร่งรีบหรือสำคัญควรจะต้องจัดการเป็นอันดับแรก
10. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตกรุงเทพมหานครอย่างไร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร
เรื่อง การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ
พ.ศ. ๒๕๔๕

โดยที่เป็นการสมควรตราข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครว่าด้วยการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๓ มาตรา ๕๔ มาตรา ๕๕ และมาตรา ๕๘ แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกอบกับมาตรา ๙๗ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๒๘ กรุงเทพมหานครโดยความเห็นชอบของสภากรุงเทพมหานคร จึงตราข้อบัญญัติขึ้นไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบัญญัตินี้เรียกว่า “ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะพ.ศ. ๒๕๔๕”

ข้อ ๒ ข้อบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ กฎ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่งอื่นใดในส่วนที่ตราไว้แล้วในข้อบัญญัตินี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับข้อบัญญัตินี้ ให้ใช้ข้อบัญญัตินี้แทน

ข้อ ๔ ในข้อบัญญัตินี้
“ที่หรือทางสาธารณะ” หมายความว่า สถานที่หรือทางซึ่งมิใช่เป็นของเอกชน และประชาชนสามารถใช้ประโยชน์หรือใช้สัญจรได้

“อาหาร” หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่

(๑) วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ดื่ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ หรือในรูปลักษณะใดๆ แต่ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วแต่กรณี

(๒) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหาร รวมถึงวัตถุเจือปนอาหาร สีและเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

“มูลฝอย” หมายความว่า เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า กุ้งพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหารเก่า มูลสัตว์ หรือซากสัตว์ รวมตลอดถึงสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่น

“เจ้าพนักงานท้องถิ่น” หมายความว่า ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

“เจ้าพนักงานสาธารณสุข” หมายความว่า เจ้าพนักงานซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข u3614 ..ศ. ๒๕๓๕ ข้อ ๕ ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยลักษณะวิธีการจัดวางสินค้าในที่หนึ่งที่ได้เป็นปกติหรือร่อยหราย เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น

ข้อ ๖ การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ผู้จำหน่ายและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าจะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

(๑) แต่งกายสะอาด สุภาพเรียบร้อย

(๒) จัดวางสิ่งของ อุปกรณ์ประกอบการค้าและทรัพย์สินใดๆ ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ยื่นล้ำบริเวณที่กำหนด รวมทั้งตัวผู้ค้าต้องไม่ล้ำลงมาในผิวจราจร

(๓) แผงสำหรับวางขาย เช่น แคร่ แท่น โต๊ะ รถเข็น ต้องทำด้วยวัตถุที่แข็งแรง มีขนาดและความสูงจากพื้นตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด

(๔) รักษาความสะอาดบริเวณที่จำหน่ายสินค้าอยู่เสมอทั้งในระหว่างทำการค้าและหลังจากเลิกทำการค้า

(๕) จัดให้มีภาชนะรองรับมูลฝอยที่ถูกต้องด้วยสัญลักษณ์ไว้ให้เพียงพอ

(๖) ให้จัดวางสินค้าที่จำหน่ายบนแผงหรือจัดวางในลักษณะอื่นตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด

(๗) ห้ามกระทำการใดๆ กับต้นไม้หรือคอกต้นไม้ เช่น พาด ติดตั้ง วางแผงค้าหรือเกาะเกี่ยวสายไฟฟ้าหลอดไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ประกอบการค้า รวมตลอดถึงการตอกตะปู ผูกเชือกหรือยึด สิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเด็ดขาด

(๘) ห้ามใช้เครื่องกำเนิดไฟฟ้า เครื่องขยายเสียงหรือเปิดวิทยุเทปหรือกระทำโดยวิธีอื่นใดที่ก่อให้เกิดเสียงดังจนเกิดเหตุรำคาญแก่ผู้อื่น

(๙) หลังจากเลิกทำการค้าต้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการประกอบการค้าออกจากบริเวณที่อนุญาตให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้า

(๑๐) หยุดประกอบการค้าเพื่อประโยชน์ทางด้านสุขลักษณะ การรักษาความสะอาด สาธารณประโยชน์หรือประโยชน์ของทางราชการตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด

(๑๑) ปฏิบัติการอื่นใดตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๗ การจำหน่ายสินค้าประเภทอาหารในที่หรือทางสาธารณะ ผู้จำหน่ายและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าจะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

- (๑) ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๖(๑) ถึง (๑๑)
- (๒) แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่มีแขน สวมผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สุภาพเรียบร้อย และสวมรองเท้าหุ้มส้น มีสิ่งปกปิดเส้นผมมิให้ตกลงปนเปื้อนในอาหาร
- (๓) รักษาความสะอาด ของมือและเล็บ ถ้ามีบาดแผล หรือถูกฉีก หรือระคายเคืองผิวหนังบริเวณมือหรือนิ้วมือต้องทำแผลให้เรียบร้อย
- (๔) ไม่สูบบุหรี่ ขบเคี้ยว รับประทานอาหารในขณะที่เตรียม ทำ ประกอบ บรรจุหรือจำหน่ายอาหาร หรือไม่ไถ่จามรดบนอาหาร
- (๕) ที่เตรียม ทำ ประกอบ บรรจุ และแพรวางจำหน่ายอาหาร ต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย ๖๐ เซนติเมตรและจัดให้มีการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดเหตุรำคาญ เนื่องจากกรจำหน่าย ทำ ประกอบ บรรจุ และเก็บอาหาร
- (๖) การจำหน่ายอาหารที่ต้องมีการล้างเครื่องมือ เครื่องใช้ ภาชนะและอุปกรณ์ ต้องไม่ถ่ายเทน้ำที่มีเศษอาหารหรือไขมันลงพื้นหรือลงสู่ท่อหรือทางระบายน้ำสาธารณะ
- (๗) รักษาเครื่องมือ เครื่องใช้ ภาชนะและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการจำหน่ายอาหารให้สะอาดและใช้การได้ดีอยู่เสมอ
- (๘) ให้ปกปิดอาหาร เครื่องปรุงอาหาร ภาชนะใส่อาหาร เครื่องมือเครื่องใช้สำหรับประกอบอาหาร ด้วยอุปกรณ์ที่สามารถป้องกันฝุ่นละออง แมลงวัน สัตว์และสิ่งซึ่งเป็นพาหะนำโรค รวมทั้งดูแลรักษาให้สะอาด และใช้การได้ดีอยู่เสมอ
- (๙) ใช้น้ำสะอาดในการทำ ประกอบ บรรจุ แห่ ล้างอาหาร เครื่องมือ เครื่องใช้ ภาชนะและอุปกรณ์
- (๑๐) ใช้วัสดุ เครื่องมือ เครื่องใช้ ภาชนะและอุปกรณ์ที่สะอาด ปลอดภัย สำหรับใส่หรือเตรียมทำ ประกอบ บรรจุ และจำหน่ายอาหาร
- (๑๑) จัดให้มีที่รองรับมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะไว้ให้เพียงพอและไม่ถ่ายเททิ้งลงในท่อหรือทางระบายน้ำหรือทางสาธารณะ
- (๑๒) ปฏิบัติการอื่นใดตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๘ การร่ายขายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ผู้จำหน่ายและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าจะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

- (๑) จำหน่ายสินค้าในบริเวณที่ได้รับอนุญาต
- (๒) ต้องแต่งกายสะอาด สุภาพเรียบร้อย
- (๓) มุลฝอยจากการเร่ขาย ห้ามทิ้งลงในที่หรือทางสาธารณะ
- (๔) ในขณะที่เร่ขาย การใช้เครื่องขยายเสียงหรือเปิดวิทยุเทปหรือส่งเสียงต้องไม่ดังจนเกิดเหตุรำคาญแก่ผู้อื่น
- (๕) หยุดประกอบการค้าเพื่อประโยชน์ทางด้านสุขลักษณะ การรักษาความสะอาด สาธารณประโยชน์หรือประโยชน์ของทางราชการตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด
- (๖) ปฏิบัติการอื่นใดตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๙ การเร่ขายสินค้าประเภทอาหารในที่หรือทางสาธารณะ ผู้จำหน่ายและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า

ต้องปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

- (๑) ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๗ (๑) ถึง (๕)
- (๒) อาหารที่เร่ขายต้องสะอาดปลอดภัย
- (๓) ใช้วัสดุ ภาชนะ หีบห่อ ที่สะอาดปลอดภัยสำหรับใส่อาหาร
- (๔) ดูแลรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้ ภาชนะและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการเร่ขายอาหารให้สะอาดและใช้การได้ดีอยู่เสมอ
- (๕) แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่มีแขน และสวมผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สุภาพเรียบร้อย
- (๖) รักษาความสะอาดมือและเล็บ ถ้ามีบาดแผล หรือถูกฉีก หรือระคายเคืองผิวหนังบริเวณมือหรือนิ้วมือต้องทำแผลให้เรียบร้อย
- (๗) ไม่สูบบุหรี่ หรือไอจามรดบนอาหารในขณะที่ขาย
- (๘) ปฏิบัติการอื่นใดตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๑๐ ห้ามผู้จำหน่ายและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าประกอบการเมื่อมีเหตุควรเชื่อว่าเป็นโรคติดต่อหรือเมื่อเจ้าพนักงานสาธารณสุขได้ตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคติดต่อ ดังต่อไปนี้

- (๑) วัณโรค
- (๒) อหิวาตกโรค
- (๓) ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์)
- (๔) โรคบิด
- (๕) ไข้สวกไส

- (๖) โรคคางทูม
- (๗) โรคเรื้อน
- (๘) โรคผิวหนังที่น่ารังเกียจ
- (๙) โรคตับอักเสบที่เกิดจากไวรัส
- (๑๐) โรคอื่น ๆ ตามที่ทางราชการกำหนด

ข้อ ๑๑ ผู้ขอรับใบอนุญาตและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

- (๑) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
- (๒) ต้องไม่เป็นโรคติดต่อหรือพาหะของโรคติดต่อตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๐
- (๓) เงื่อนไขอื่นตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๑๒ ผู้ใดประสงค์จะจำหน่ายสินค้าหรือเช่าขายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบพร้อมกับหลักฐานตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๑๓ เมื่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำขอรับใบอนุญาตแล้วปรากฏว่า ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ให้ออกใบอนุญาต บัตรประจำตัวผู้ได้รับใบอนุญาตและบัตรประจำตัวผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนด แล้วแต่กรณีเงื่อนไขและวิธีการรับใบอนุญาตและการชำระค่าธรรมเนียมให้เป็นไปตามที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๑๔ ในขณะที่ทำการจำหน่ายสินค้าหรือเช่าขายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ผู้ได้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตตลอดเวลาที่ทำการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะตามประเภทสินค้าและลักษณะการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะที่ได้รับอนุญาตผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ต้องติดบัตรประจำตัวผู้ได้รับใบอนุญาต หรือบัตรประจำตัวผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าไว้ที่หน้าอกเสื้อด้านซ้ายตลอดเวลาที่จำหน่ายสินค้า

ข้อ ๑๕ ใบอนุญาตฉบับหนึ่งให้ใช้ได้เฉพาะผู้ได้รับใบอนุญาตกับผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า ในที่หรือทางสาธารณะซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาต

ข้อ ๑๖ เมื่อผู้ได้รับใบอนุญาตประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาตให้จำหน่ายสินค้าหรือเช่าขายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ให้ยื่นคำขอต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนดพร้อมกับเสียค่าธรรมเนียมตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครว่าด้วยค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

ข้อ ๑๗ ใบอนุญาต บัตรประจำตัวผู้ได้รับใบอนุญาต บัตรประจำตัวผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า ให้มีอายุหนึ่งปีนับแต่วันที่ออกใบอนุญาต หรือวันออกบัตร

ข้อ ๑๘ เมื่อผู้ได้รับใบอนุญาตไม่ประสงค์จะประกอบกิจการอีกต่อไป ให้ยื่นคำขอบอกเลิก การดำเนินกิจการต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนด ก่อนถึงกำหนดเสีย ค่าธรรมเนียมครั้งต่อไป

ข้อ ๑๙ หากผู้ได้รับใบอนุญาตประสงค์จะเปลี่ยนแปลงชนิดหรือประเภทสินค้าหรือ ลักษณะวิธีการจำหน่ายหรือสถานที่จัดวางสินค้าให้แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาตหรือ รายการอื่นใด ให้ยื่นคำขอต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๒๐ ในกรณีที่ใบอนุญาต บัตรประจำตัวผู้รับใบอนุญาต หรือบัตรประจำตัวผู้ช่วย จำหน่ายสินค้าสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ ผู้ได้รับใบอนุญาตจะต้องยื่นคำขอต่อ เจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนด เพื่อขอรับใบแทนใบอนุญาต บัตร ประจำตัวผู้ได้รับใบอนุญาต หรือบัตรประจำตัวผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าแล้วแต่กรณี ภายในสิบห้าวัน นับแต่วันที่ได้ทราบถึงการสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญการออกใบแทนใบอนุญาต บัตรประจำตัวผู้ได้รับใบอนุญาต หรือบัตรประจำตัวผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าให้ดำเนินการตาม หลักเกณฑ์ที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๒๑ ผู้ได้รับใบอนุญาตและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าต้องจำหน่ายสินค้าในที่หรือทาง สาธารณะตามเวลาที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๒๒ ผู้ใดฝ่าฝืนข้อบัญญัตินี้มีโทษตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๒๓ ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครรักษาการตามข้อบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออก ข้อบังคับระเบียบ คำสั่ง ประกาศ เพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามข้อบัญญัตินี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๕

(ลงชื่อ) สมัคร สุนทรเวช

(นายสมัคร สุนทรเวช)

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ เหตุผลในการประกาศใช้ข้อบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรกำหนด หลักเกณฑ์เกี่ยวกับสัญลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้จำหน่ายหรือผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า สัญลักษณ์ใน การใช้กรรมวิธี การจำหน่าย ทำ ประกอบ ปูรอง เก็บหรือสะสมอาหารหรือสินค้าอื่น รวมทั้งการ

รักษาความสะอาดของภาชนะ น้ำใช้และของใช้ต่างๆ การจัดวางสินค้าและการระบายสินค้า กำหนดเวลาสำหรับการจำหน่าย สินค้า และการอื่นที่จำเป็นเพื่อการรักษาความสะอาดและ ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันมิให้เกิดเหตุรำคาญและการป้องกันโรคติดต่อ เพื่อ

ประโยชน์ของประชาชนและการควบคุมการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ตลอดจนหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการขอรับใบอนุญาตการออกใบอนุญาต การขอต่ออายุ ใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต การขอรับใบแทนใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาตให้ จำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวมาตรา ๔๓ มาตรา ๕๔ มาตรา ๕๕ และมาตรา ๕๘ แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มี บทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับ มาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจ ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกอบกับมาตรา ๙๗ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการ กทม. พ.ศ. ๒๕๒๘ บัญญัติให้ตราเป็นข้อบัญญัติ จึงจำเป็นต้องตราข้อบัญญัตินี้ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๑๙ ตอนพิเศษ ๒๑ ง วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๔๕)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบ สณ.1

คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้จำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....เลขหมายประจำตัวประชาชนเลขที่- _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ -

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก / ซอย.....ถนน

.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้จำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ (ระบุชนิด /

ประเภทของสินค้า).....บริเวณที่จำหน่ายสินค้า.....ตรอก

/ ซอย.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....กรุงเทพมหานคร จำหน่ายสินค้า ตั้งแต่เวลา.....น.

ถึงเวลา.....น. มีผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า รวมคน คือ

พร้อมทั้งได้แนบหลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 1 ½ นิ้ว ที่ถ่ายไว้ไม่เกินหกสิบวัน ของผู้ขอรับใบอนุญาตและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า จำนวนคนละ 3 รูป
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า
3. ใบรับรองแพทย์ของผู้ขอรับใบอนุญาตและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้า ตามแบบ สณ. 11
4. วุฒิบัตรแสดงว่าผู้ขอรับใบอนุญาตและผู้ช่วยจำหน่ายสินค้าผ่านการอบรมหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารที่ กรุงเทพมหานครรับรอง (กรณีจำหน่ายสินค้าประเภทอาหาร)
5. แผนที่สังเขป แสดงสถานที่ตั้งจำหน่ายสินค้า ข้าพเจ้าจะรักษาความสะอาดบริเวณสถานที่จำหน่ายสินค้าและยินยอมชำระค่าบริการรักษาความสะอาดตาม ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครว่าด้วยค่าบริการ

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

.....
ผู้ขอรับใบอนุญาต



ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร
เรื่อง สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร

พ.ศ. ๒๕๔๕

โดยที่เป็นการสมควรตราข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครว่าด้วยสถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหารอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๐ มาตรา ๔๘ มาตรา ๕๐ มาตรา ๕๔ มาตรา ๕๕ มาตรา ๕๖ และมาตรา ๕๘ แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกอบกับมาตรา ๙๗ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๒๘ กรุงเทพมหานครโดยความเห็นชอบของสภากรุงเทพมหานคร จึงตราข้อบัญญัติขึ้นไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบัญญัตินี้เรียกว่า “ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร พ.ศ. ๒๕๔๕”

ข้อ ๒ ข้อบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ กฎ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่งอื่นใดในส่วนที่ตราไว้แล้วในข้อบัญญัตินี้หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับข้อบัญญัตินี้ ให้ใช้ข้อบัญญัตินี้แทน

ข้อ ๔ ในข้อบัญญัตินี้

“อาหาร” หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่

(๑) วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ต้ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ หรือในรูปลักษณะใดๆแต่ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นแล้วแต่กรณี

(๒) วัตถุที่มีมุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหาร รวมถึงวัตถุเจือปนอาหารสี และเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

“สถานที่จำหน่ายอาหาร” หมายความว่า อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณชนที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม

“สถานที่สะสมอาหาร” หมายความว่า อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณชนที่จัดไว้สำหรับเก็บอาหารอันมีสภาพเป็นของสดหรือของแห้งหรืออาหารในรูปลักษณะอื่นใด ซึ่งผู้ซื้อต้องนำไปทำ ประกอบหรือปรุงเพื่อบริโภคในภายหลัง

“ศูนย์อาหาร” หมายความว่า ศูนย์กลางจำหน่ายอาหารซึ่งมีร้านอาหารนานาชนิด โดยมีการแบ่งพื้นที่แต่ละร้านเป็นสัดส่วนกัน

“สิ่งปฏิภูล” หมายความว่า อูจจาระหรือปัสสาวะ และหมายความรวมถึงสิ่งอื่นใดซึ่งเป็นสิ่งโสโครกหรือมีกลิ่นเหม็น

“มูลฝอย” หมายความว่า เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า ถุงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหารเก่า มูลสัตว์ หรือซากสัตว์ รวมตลอดถึงสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์หรือที่อื่น

“ที่หรือทางสาธารณชน” หมายความว่า สถานที่หรือทางซึ่งมีใช้เป็นของเอกชนและประชาชนสามารถใช้ประโยชน์หรือใช้สัญจรได้ “อาคาร” หมายความว่า ตึก บ้าน เรือน โรง ร้าน แพ คลังสินค้า สำนักงาน หรือสิ่งก่อสร้างขึ้นอย่างอื่นซึ่งบุคคลอาจเข้าอยู่หรือเข้าใช้สอยได้

“ตลาด” หมายความว่า สถานที่ซึ่งปกติจัดไว้ให้ผู้ค้าใช้เป็นชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทสัตว์เนื้อสัตว์ผัก ผลไม้ หรืออาหารอันมีสภาพเป็นของสด ประกอบหรือปรุงแล้วหรือของเสีง่าย ทั้งนี้ ไม่ว่าจะมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอื่นด้วยหรือไม่ก็ตาม และหมายความรวมถึงบริเวณซึ่งจัดไว้สำหรับให้ผู้ค้าใช้เป็นชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทดังกล่าวเป็นประจำหรือเป็นครั้งคราวหรือตามวันที่กำหนด

“เจ้าพนักงานท้องถิ่น” หมายความว่า ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

“เจ้าพนักงานสาธารณสุข” หมายความว่า เจ้าพนักงานซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๕ ห้ามมิให้ผู้ใดจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหารในอาคารหรือพื้นที่ใดซึ่งมีพื้นที่เกินสองร้อยตารางเมตร เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น หากสถานที่ดังกล่าวมีพื้นที่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นเพื่อขอรับหนังสือรับรองการแจ้ง

ข้อ ๖ ความในข้อ ๕ ไม่ใช้บังคับแก่การประกอบกร ดังนี้

(๑) การประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(๒) การขายของในตลาด

(๓) การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ

ข้อ ๗ ผู้จัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหาร ต้องจัดสถานที่ตลอดจนสิ่งอื่นที่ใช้ในการประกอบกิจการให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะและเงื่อนไขตามลักษณะของกิจการดังต่อไปนี้

ก. สถานที่จำหน่ายอาหารที่ตั้งอยู่นอกอาคารที่มีไซ้หรือทางสาธารณะหรือในอาคารที่มีพื้นที่ไม่เกินสี่สิบห้าตารางเมตร

(๑) ตั้งอยู่ห่างจากบริเวณที่น่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ที่ฝัง เมา หรือเก็บศพ ที่เททิ้งสิ่งปฏิกูลที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่นใดที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขเห็นว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เมตร เว้นแต่สามารถปรับปรุงสถานที่ให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะ ตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือคำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

(๒) พื้นทำด้วยวัสดุถาวร ทำความสะอาดง่าย

(๓) จัดให้มีการระบายน้ำอย่างเพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ

(๔) จัดให้มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ

(๕) สามารถจัดหาที่ล้างมือและล้างที่ถูกต้องด้วยสุขลักษณะสำหรับให้ผู้ประกอบการและผู้รับบริการใช้ได้ภายในบริเวณใกล้เคียง เว้นแต่เป็นการจำหน่ายอาหารที่ไม่มีการรับประทานนั้นในบริเวณที่จำหน่าย

(๖) จัดให้มีที่รองรับมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ

(๗) จัดให้มีภาชนะและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่ใช้ในการทำ ประกอบ บรรจุ เก็บ และการบริโภคอาหารไว้ให้เพียงพอ ปลอดภัยและถูกต้องด้วยสุขลักษณะโดยผ่านการฆ่าเชื้อโรค

(๘) จัดให้มีบริเวณและที่สำหรับทำความสะอาดภาชนะ ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งปอดักไขมันหรือที่ดักไขมัน ให้เพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดเกี่ยวกับสุขลักษณะตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข. สถานที่จำหน่ายอาหารในอาคารที่มีพื้นที่เกินสี่สิบห้าตารางเมตร

(๑) ตั้งอยู่ห่างจากบริเวณที่น่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ที่ฝัง เมา หรือเก็บศพ ที่เททิ้งสิ่งปฏิกูล ที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่นใดที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขเห็นว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เมตร เว้นแต่สามารถปรับปรุงสถานที่ให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะ ตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือคำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

(๒) พื้นทำด้วยวัสดุถาวร ทำความสะอาดง่าย

- (๓) ผนังและบริเวณที่ปรุงอาหารต้องมีพื้นผิวที่ทำความสะอาดง่าย
- (๔) จัดให้มีระบบการระบายน้ำอย่างเพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๕) จัดให้มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๖) จัดให้มีส้วมที่เพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๗) จัดให้มีที่รองรับมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๘) จัดให้มีโต๊ะ เก้าอี้ หรือที่นั่งอย่างอื่นซึ่งมีสภาพแข็งแรง สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ
- (๙) จัดให้มีภาชนะและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่ใช้ในการทำ ประกอบ ปรุง เก็บ และการบริโภคอาหารไว้ให้เพียงพอ ปลอดภัยและถูกต้องด้วยสุขลักษณะโดยผ่านการฆ่าเชื้อโรค
- (๑๐) จัดให้มีบริเวณและที่สำหรับทำความสะอาดภาชนะ ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ให้เพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๑๑) จัดให้มีที่สำหรับล้างมือพร้อมอุปกรณ์จำนวนเพียงพอ
- (๑๒) จัดให้มีการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพรวมทั้งป้องกันมิให้เกิดเหตุรำคาญ เนื่องจากการจำหน่ายทำ ประกอบ ปรุง และเก็บอาหาร
- (๑๓) จัดให้มีบ่อดักไขมันหรือที่ดักไขมันที่ถูกต้องด้วยสุขลักษณะ โดยสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีพื้นที่เกิน ๒๐๐ ตารางเมตร ต้องจัดให้มีระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐานน้ำทิ้งด้วย
- (๑๔) ปฏิบัติการอื่นใดเกี่ยวกับสุขลักษณะตามคำ แนะนำ ของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำ สั่ง เจ้าพนักงานท้องถิ่น รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร
- ค. สถานที่สะสมอาหาร
- (๑) ตั้งอยู่ห่างจากบริเวณที่น่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ที่ฝัง เมา หรือเก็บศพ ที่เททิ้งสิ่งปฏิกูล ที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่นใดที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขเห็นว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เมตร เว้นแต่สามารถปรับปรุงสถานที่ให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะ ตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือคำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น
- (๒) พื้นทำด้วยวัสดุถาวร ทำความสะอาดง่าย
- (๓) จัดให้มีระบบการระบายน้ำอย่างเพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๔) จัดให้มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๕) จัดให้มีส้วมที่เพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๖) จัดให้มีที่รองรับมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เพียงพอและถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๗) ปฏิบัติการอื่นใดเกี่ยวกับสุขลักษณะตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งเจ้าพนักงาน รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๘ ผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งตั้งดูแลรักษาสถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหารให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะ รวมทั้งการป้องกันมิให้เกิดเหตุรำคาญและการป้องกันโรคติดต่อ ดังต่อไปนี้

- (๑) รักษาสถานที่ให้สะอาดอยู่เสมอ รวมทั้งจัดให้มีการป้องกัน และการกำจัดแมลงและสัตว์นำโรค
- (๒) รักษาความสะอาดที่รองรับมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลไม่ให้เป็นที่เพาะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรคได้ และต้องมีการจัดเก็บมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๓) รักษาบ่อดักไขมันหรือที่ดักไขมันให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ตลอดเวลา
- (๔) รักษาส้วมให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะอยู่เสมอ
- (๕) รักษาและจัดสิ่งของเครื่องใช้และอุปกรณ์ให้สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ
- (๖) ปฏิบัติการอื่นใดเกี่ยวกับสุขลักษณะตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่นรวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๙ ผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสุขลักษณะ กรรมวิธีการจำหน่าย ทำ ประกอบปรุง เก็บรักษาอาหาร ตลอดจนสุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ น้ำใช้และของใช้อื่นๆ รวมทั้งสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้จำหน่ายอาหาร ผู้ปรุงอาหาร และผู้ให้บริการดังต่อไปนี้

- (๑) วาง เก็บอาหารก่อนปรุงให้สะอาดถูกสุขลักษณะ รวมทั้งจัดให้มีการป้องกันแมลงและสัตว์นำโรคในสถานที่นั้น
- (๒) ใช้เครื่องปกปิดอาหารรวมทั้งภาชนะและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่ใช้ในการทำประกอบ ปรุง เก็บอาหารเพื่อป้องกันฝุ่นละอองและสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลอดจนรักษาเครื่องปกปิดนั้นให้สะอาดถูกต้องด้วยสุขลักษณะและใช้การได้ดีอยู่เสมอ
- (๓) น้ำแข็งสำหรับใช้บริโภค ต้องจัดเก็บไว้ในภาชนะที่ถูกต้องด้วยสุขลักษณะสามารถป้องกันสิ่งปนเปื้อนได้ และห้ามนำอาหารหรือสิ่งของอื่นใดแช่หรือเก็บรวมไว้ด้วยกัน
- (๔) การหุง บดน้ำแข็ง ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะและสะอาดอยู่เสมอ
- (๕) ในกรณีที่มีผ้าเช็ดหน้าให้บริการต้องทำให้สะอาดและผ่านความร้อนฆ่าเชื้อโรคหรือกรรมวิธีอื่นใดให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะ
- (๖) จัดให้มีน้ำสะอาดเพียงพอ
- (๗) ใช้ภาชนะหรือวัตถุที่สะอาด ปลอดภัยสำหรับปรุง ใส่หรือห่ออาหารหรือน้ำแข็ง โดยรักษาให้สะอาดอยู่เสมอ
- (๘) ผู้จำหน่ายอาหาร ผู้ปรุงอาหาร และผู้ให้บริการต้องแต่งกายให้สะอาดและปฏิบัติตนให้ถูกต้องด้วยสุขลักษณะส่วนบุคคล โดยผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กรุงเทพมหานครกำหนด

(๙) ศูนย์อาหารและสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีการใช้ก๊าซจากถังก๊าซหุงต้มเป็นเชื้อเพลิง มีปริมาณรวมกันเกิน ๒๕๐ ลิตร จะต้องวางระบบท่อก๊าซ และตั้งถังก๊าซหุงต้มเป็นกลุ่มเพื่อการใช้ก๊าซ โดยระบบท่อก๊าซและต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการบรรจุก๊าซปิโตรเลียมเหลว ยกเว้น ศูนย์อาหารที่อยู่ภายนอกอาคารและมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

(๑๐) ห้ามใช้ก๊าซเป็นเชื้อเพลิงในการทำ ประกอบปรุงอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหาร

(๑๑) ปฏิบัติการอื่นใดเกี่ยวกับสุขลักษณะตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุขคำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น รวมทั้งระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งของกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๑๐ ผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งต้องไม่เป็นโรคติดต่อตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ และไม่จ้างหรือใช้บุคคลที่ป่วยหรือมีเหตุควรเชื่อว่าป่วยเป็นโรคติดต่อทำการจำหน่าย ทำ ประกอบ ปรุง เก็บหรือสะสมอาหาร โดยมีแพทย์รับรองอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ข้อ ๑๑ ผู้ใดประสงค์จะจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหาร ซึ่งมีพื้นที่เกินสองร้อยตารางเมตร ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบพร้อมทั้งหลักฐานตามที่กรุงเทพมหานครกำหนดในกรณีสถานที่ตามวรรคหนึ่งมีพื้นที่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร ให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นเพื่อขอรับหนังสือรับรองการแจ้งตามแบบพร้อมทั้งหลักฐานเช่นเดียวกับที่กำหนดไว้ในวรรคหนึ่งก่อนจัดตั้ง เมื่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นได้รับแจ้ง ให้ออกใบรับแจ้งการจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหารแก่ผู้แจ้งตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนด เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการประกอบกิจการตามที่แจ้งเป็นการชั่วคราวในระหว่างที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นยังมีได้ออกหนังสือรับรองการแจ้งให้ตามที่ขอ

ข้อ ๑๒ เมื่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำขอรับใบอนุญาตหรือการแจ้งแล้ว ปรากฏว่าถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ให้ ออกใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนด แล้วแต่กรณีเงื่อนไข และวิธีการรับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งและการชำระค่าธรรมเนียมให้เป็นไปตามที่ กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๑๓ เมื่อผู้ได้รับใบอนุญาตประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่กรุงเทพมหานครกำหนด พร้อมกับเสียค่าธรรมเนียมตามข้อบัญญัติ กรุงเทพมหานครว่าด้วยค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุกรณีหนังสือรับรองการแจ้ง ผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งต้องเสียค่าธรรมเนียมตามข้อบัญญัติ กรุงเทพมหานครว่าด้วยค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขก่อนครบรอบปี นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการแจ้ง โดยไม่ต้องมีการต่ออายุหนังสือรับรองการแจ้ง

ข้อ ๑๔ ใบอนุญาตให้มีอายุหนึ่งปีนับแต่วันที่ออกใบอนุญาต

ข้อ ๑๕ เมื่อผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งไม่ประสงค์จะประกอบกร
อีกต่อไปให้ยื่นคำขอบอกเลิกการดำเนินกิจการต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่กรุงเทพมหานคร
กำหนด ก่อนถึงกำหนดเสียค่าธรรมเนียมครั้งต่อไปผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งประสงค์จะโอน
การดำเนินกิจการให้แก่บุคคลอื่นก็ให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่กรุงเทพมหานคร
กำหนด

ข้อ ๑๖ หากผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้งประสงค์จะแก้ไขรายการ
ในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้ง ให้ยื่นคำขอต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่
กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่ใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งสูญหาย ถูกทำลายหรือชำรุดใน
สาระสำคัญผู้ได้รับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับหนังสือรับรองการแจ้ง แล้วแต่กรณี จะต้องยื่นคำขอต่อ
เจ้าพนักงานท้องถิ่นตามแบบที่

กรุงเทพมหานครกำหนด เพื่อขอรับใบแทนใบอนุญาตหรือใบแทนหนังสือรับรองการแจ้งภายในสิบ
ห้าวันนับแต่วันที่ได้ทราบถึงการสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญการขอรับและการ
ออกใบแทนใบอนุญาตหรือใบแทนหนังสือรับรองการแจ้ง ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่
กรุงเทพมหานครกำหนด

ข้อ ๑๘ ผู้ได้รับใบอนุญาตให้จำหน่ายอาหารก่อนซื้อบัญชีนี้มีผลใช้บังคับ ให้ยังคง
ประกอบกิจการได้ต่อไปจนกว่าใบอนุญาตสิ้นอายุ

ข้อ ๑๙ ผู้ใดฝ่าฝืนข้อบัญญัตินี้มีโทษตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๒๐ ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครรักษาการให้เป็นไปตามข้อบัญญัตินี้ และให้มี
อำนาจออกข้อบังคับระเบียบ คำสั่ง ประกาศ เพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามข้อบัญญัตินี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๕

(ลงชื่อ) สมัคร สุนทรเวช

(นายสมัคร สุนทรเวช)

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ เหตุผลในการประกาศใช้ข้อบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขในการขอรับใบอนุญาตการออกใบอนุญาต การขอต่ออายุใบอนุญาต การต่อ
อายุใบอนุญาต การขอรับใบแทนใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาตจัดตั้งสถานที่

จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหารในอาคารหรือพื้นที่ใด ที่มีพื้นที่เกินสองร้อยตารางเมตร ซึ่งมีใช่เป็นการขายของในตลาดหรือการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ แบบหนังสือแจ้งการจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหารในอาคารหรือพื้นที่ใด ที่มีพื้นที่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร ซึ่งมีใช่เป็นการขายของในตลาดหรือการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ แบบหนังสือรับรองการแจ้ง ตลอดจนหลักเกณฑ์ต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมและกำกับดูแลสถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว มาตรา ๔๐ มาตรา ๔๘ มาตรา ๕๐ มาตรา ๕๔ มาตรา ๕๕ มาตรา ๕๖ และมาตรา ๕๘ แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกอบกับมาตรา ๙๗ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๒๘ บัญญัติให้ตราเป็นข้อบัญญัติ จึงจำเป็นต้องตราข้อบัญญัตินี้

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๑๙ ตอนพิเศษ ๑๗ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพื่อ จำหน่ายอาหาร สะสมอาหาร (ระบุชนิดหรือประเภทของอาหาร).....
 สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน
แขวง..... เขต..... กรุงเทพมหานคร โทร
 ศัพท์..... โทรสาร..... จำนวนพื้นที่ประกอบการ
ตารางเมตร ผู้ดูแล / ผู้แทนผู้ประกอบการ / ผู้จัดการสถานที่แห่งนี้คือ
อายุ..... ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่
หมู่ที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง
อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์
โทรสาร.....

ทั้งได้แนบหลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณา ดังนี้

- 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้แจ้ง
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านของบ้านที่ใช้เป็นที่ตั้งสถานประกอบการ
- 3. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้แทนนิติบุคคล (กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้แจ้งเป็นนิติบุคคล)
- 4. หนังสือมอบอำนาจที่ถูกต้องตามกฎหมาย พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับ มอบอำนาจ (กรณีผู้ประกอบการไม่สามารถมายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- 5. แผนที่สังเขป แสดงสถานที่ตั้งสถานประกอบการ

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอรับใบอนุญาต / ผู้แจ้ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตกรุงเทพมหานคร ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังต่อไปนี้

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมัน
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรณรงค์ โชติวรรณ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์นายแพทย์สิทธิศักดิ์ เจียมวงศ์แพทย์
ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว พจนารถ กาญจนมงคศิริ เกิดวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2522 ที่โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะเทคนิคการแพทย์ วิชาเอกเทคนิคการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2544 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2548 ปัจจุบัน เป็นลูกจ้างโครงการความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับวัณโรค ณ กองชั้นสูตรสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย