

กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ณัฐวุฒิ จันทะแสง¹, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์², สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์²

(วันที่รับบทความ: 26 พฤษภาคม 2566; วันที่แก้ไข: 7 มิถุนายน 2566; วันที่ตอบรับ: 29 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) กลุ่มคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ จำนวน 56 คน ประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม และ 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จำนวน 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน - หลังพัฒนากระบวนการ ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนมี 8 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) Situation Analysis: การศึกษาบริบทชุมชน และการวิเคราะห์ปัญหา 2) Community Planning: การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน 3) Knowledge: การอบรมให้ความรู้ 4) Awareness: การสร้างความตระหนักรู้ 5) Health Assembly: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยสมัชชาสุขภาพตำบล 6) Follow-up: การเยี่ยมติดตามผลการดำเนินงาน 7) Evaluation: การประเมินผล และ 8) Lesson Learned: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ผลการประเมินกระบวนการกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ เรียกว่า “SPEC” ประกอบด้วย 1) Structure: การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ตามบริบทของพื้นที่ 2) Participation: การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) Evaluation: การประเมินผลกระบวนการแก้ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และ 4) Communication: การสื่อสารในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เพื่อการพัฒนาชุมชนให้เป็น “ตำบลจัดการมูลฝอยติดเชื้อยั่งยืน” ต่อไป

คำสำคัญ: สมัชชาสุขภาพตำบล, การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

¹ นิสิต, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,
E-mail: 64011481005@msu.ac.th

² อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, E-mail: terdsak.p@msu.ac.th, surasak.t@msu.ac.th
Corresponding author: ณัฐวุฒิ จันทะแสง, E-mail: 64011481005@msu.ac.th

The Process of Community Infectious Waste Management by Tambon Health Assembly in Khok Samran Sub-District, Ban Haet District, Khon Kaen Province

Nattiwuth Jantasaeng¹, Terdsak Promarak², Surasak Thiabrithi²

(Received: 26th May 2023; Revised: 7th June 2023; Accepted: 29th September 2023)

Abstract

This action research aimed to study the development of the process of infectious waste management by Tambon Health Assembly at Khok Samran sub-district, Ban Haet district, Khon Kaen province. Participants were purposively selected from 2 target groups as: 1) 56 members of Tambon Health Assembly from three sectors including politics, academia and civil society; and 2) 32 patient caregivers who involved in the community's treatment of infectious trash. Quantitative data were collected by using questionnaires and analyzed by descriptive statistics and compared before and after development using Wilcoxon sign rank test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the process of infectious waste management had eight steps including: 1) Situation analysis; 2) Community planning; 3) Knowledge; 4) Awareness; 5) Health assembly; 6) Follow-up; 7) Evaluation; and 8) Lesson learned. The process had been evaluated by the participants illustrating that they had significantly increased their knowledge, satisfaction and participation in infectious waste management ($p < 0.05$).

Key success factors for this study had 4 factors called “SPEC” which consisted of: 1) Structure of the Tambon Health Assembly (S); 2) Participation in community infectious waste management (P); 3) Evaluation (E); and 4) Communication of waste management in the community (C). These could lead to be sustainable community development for Tambon infectious waste management.

Keywords: Tambon health assembly, Infectious waste management, Infectious waste in community

¹ Student, Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University,
E-mail: 64011481005@msu.ac.th

² Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University,
E-mail: terdsak.p@msu.ac.th, surasak.t@msu.ac.th

Corresponding author: Nattiwuth Jantasaeng, E-mail: 64011481005@msu.ac.th

บทนำ

ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับโลกด้านสาธารณสุขประการหนึ่งคือ ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน สิ่งของ เครื่องใช้ หรือมูลฝอยที่ไม่ต้องการ ที่มีเชื้อโรค ปะปนอยู่ในปริมาณมากพอที่ทำให้ผู้ที่สัมผัสหรือใกล้ชิดเกิดโรคได้ เช่น หน้ากากอนามัย ผ้าก๊อช สำลี สายยาง ท่อให้อาหาร เป็นต้น ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ เนื่องจากปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่มีเพิ่มมากขึ้น¹ จากกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การล้างไต และการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนของชุมชน เป็นผลทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรง ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพและทางอ้อม เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม^{2,3} ถือเป็นปัญหาที่ควรได้รับการติดตาม และดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นระบบ หากไม่มีการจัดการอย่างถูกต้องและเหมาะสม มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีลักษณะที่แตกต่างจากมูลฝอยชนิดอื่น ๆ มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ทำให้มีปริมาณของมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นจากแหล่งกำเนิด ที่ได้ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล รวมถึงความช่วยเหลือของภาคประชาชน เช่น การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการแยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยมีมูลฝอยติดเชื้อที่พบมาก เช่น หน้ากากอนามัย ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) และแผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield) นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยส่งอาหารแบบบริการจัดส่งถึงที่ไปรับประทานที่สถานที่กักตัว ภาชนะบรรจุอาหารหรือที่วัสดุที่ใช้แล้ว ก็มีโอกาสนะได้รับการปนเปื้อนเชื้อโรค หากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น

แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ใช้วิธีกำจัดที่ไม่ถูกต้อง จะเกิดปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ในบ้านเรือนขึ้น

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทยพบว่า มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 50,481 ตันต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.5 ต่อปี⁴ และข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากสำนักสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดกาฬสินธุ์ มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 2,362 ตันต่อปี ในระยะเวลา 3 ปี ช่วงปี พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2562 ทั้งสิ้นประมาณ 225, 329 และ 837 ตันต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ⁵

จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดที่มีการเกิดมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จากการที่มีผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุข เป็นจำนวนมาก อีกทั้งปัจจุบันได้มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยบางกรณีในบ้านเรือนมากขึ้น โดยมีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอัตราสูง จะส่งต่อผู้ป่วยให้กลับไปดูแลรักษาตัวที่บ้าน ในพื้นที่ที่ห่างไกลโรงพยาบาล หรือการเดินทางเข้าสู่สถานบริการที่ลำบากและไม่สะดวก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงก่อให้เกิดความเสี่ยงและปัญหามูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จากสถานการณ์ปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่ผ่านมา รัฐบาลได้กำหนดแผนและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ มีการดำเนินการบูรณาการร่วมกันจากกระทรวงต่างๆ ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ

สิ่งแวดล้อม, กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการคลัง ในการจัดการขยะมูลฝอย และของเสียอันตรายที่สำคัญ คือ ลดการเกิดของเสียหรือขยะมูลฝอยที่แหล่งกำเนิด ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ แต่ยังไม่พบว่ามีปัญหามูลฝอยติดเชื้อในชุมชนมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นจากการวิเคราะห์สาเหตุซึ่งเกิดจากหลายประเด็น การมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ตกค้างอยู่เป็นจำนวนมาก สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎหมายและหลักวิชาการไม่เพียงพอ เนื่องจากมีปัญหาในการคัดค้านของประชาชน ที่ไม่ต้องการให้สร้างสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ที่อยู่ใกล้บ้านเรือนและเขตพื้นที่ของตนเอง การขาดความร่วมมือและความตระหนักของประชาชน นโยบายผู้บริหารระดับท้องถิ่นยังไม่ให้ความสำคัญในระเบียบข้อบังคับในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ และยังไม่มียุทธศาสตร์รองรับการบริการที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนรวมกว่า 51,139 กิโลกรัม โดยในตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่ 51.75 ตารางกิโลเมตร อยู่ห่างจากอำเภอบ้านแฮด จำนวน 10 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 กิโลเมตร เส้นทางยาวตามแนวถนนสายมิตรภาพ (ทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 2) สายสระบุรี - หนองคาย มีจำนวน 16 หมู่บ้าน 2,642 หลังคาเรือน ประชากร มีจำนวนทั้งสิ้น 8,889 คน ส่วนใหญ่ปลูกบ้านเรือนอาศัยอยู่กระจัดกระจายไปทั่วตามแนวเขตของหมู่บ้าน มีปริมาณมูล

ฝอยติดเชื้อจำนวนมากถึง 739 กิโลกรัม⁷ เทศบาลตำบลโคกสำราญ ได้ดำเนินการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ และการจัดเก็บขยะแบบระบบบวนในชุมชนวันละครั้ง แล้วนำส่งไปรวบรวมไว้กับโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และรับผิดชอบในการจัดจ้างให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัดต่อไป ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่มีแนวโน้มสูงขึ้น สืบเนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านเพิ่มขึ้น โดยในพื้นที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ประชากรทั้งหมด 8,501 คน ผู้ป่วยติดเตียง 76 คน ผู้ป่วยโรคไต จำนวน 85 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 1,820 คน⁷ อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ เฉลี่ย 0.5 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน มีการดำเนินการสมัชชาสุขภาพในการการขับเคลื่อนทางสังคมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม ซึ่งนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือการมีสุขภาพที่ดีในหลากหลายประเด็น แต่ยังขาดประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และขาดรูปแบบการจัดการเพื่อนำไปวางแผนเพื่อพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของชุมชนในอนาคตที่เชื่อมโยงตั้งแต่ภาคการเมือง วิชาการ และภาคประชาสังคม⁶ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เมื่อการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวินทราชนิติ ให้ไปอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่ง รพ.สต. ในจังหวัดขอนแก่น ทุกแห่งทั้งสิ้น 248 แห่ง ได้ถ่ายโอนไป อบจ.ขอนแก่น รวมถึง รพ.สต.ในเขตตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ซึ่งรูปแบบเดิมจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนตั้งแต่ด้านการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนส่งและการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งเป็นการทำหาคำความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทำให้หน่วยงานในท้องถิ่นจะสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนได้ตรงประเด็นเป้าหมายของปัญหาเชิงพื้นที่ภายใต้ความมีธรรมาภิบาล ปัญหามูลฝอยติดเชื้อในชุมชนมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้น การมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ตกค้าง สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎหมายและหลักวิชาการไม่เพียงพอ การขาดความร่วมมือและความตระหนักของประชาชน นโยบายผู้บริหารระดับท้องถิ่น และการมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ และยังไม่มีระบบรองรับการบริการที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล มาใช้ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนและใช้เป็นแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1990)⁷ โดยประยุกต์ใช้วงจรรอบ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีประชากรที่ใช้ในการศึกษา 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ประกอบด้วย คณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ ประกอบด้วย ภาคการเมือง จำนวน 22 คน ภาควิชาการ จำนวน 12 คน และ ภาคประชาสังคม 22 จำนวน คน รวมจำนวน 56 คน

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จาก 16 หมู่บ้าน ๆ ละ 2 คน จำนวนรวม 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขึ้นจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจการวิจัยสำหรับกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูล

ฝอยติดเชื้อ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล มีจำนวน 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ มีค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับความรู้มาก ระดับความรู้ปานกลาง และระดับรู้น้อย แปลความหมายคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้มาก หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60-79.9 และระดับรู้น้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย การแปลผลคือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 และ ระดับการมีส่วนร่วมน้อย หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย การแปลผลคือ ระดับความพึงพอใจมาก หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 และ ระดับความพึงพอใจน้อย หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจการวิจัยสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจการวิจัยสำหรับสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีจำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ มีค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับความรู้มาก ระดับความรู้ปานกลาง และระดับรู้น้อย แปลความหมายคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ระดับความรู้มาก หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60-79.9 และระดับรู้น้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย การแปลผลคือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก หมายถึง

มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 และ ระดับการมีส่วนร่วมน้อย หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย การแปลผลคือ ระดับความพึงพอใจมาก หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 และ ระดับความพึงพอใจน้อย หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยใช้กับกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีจำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มใช้สำหรับคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมของคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลในการเข้าร่วมกระบวนการสมาชิกสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC) ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อทุกข้อ มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ได้ค่าเฉลี่ย 0.88 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการ

ทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการวิจัยใน 4 ขั้นตอน PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกเกิร์ต (Kemmis & McTaggart, 1990)⁸ ร่วมกับกระบวนการสมาชิกสุขภาพตำบล ดังต่อไปนี้

ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1) การศึกษาบริบทชุมชนตำบลโคกสำราญ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

กิจกรรมที่ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ

กิจกรรมที่ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ

ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการแก้ปัญหาของชุมชนดังนี้

กิจกรรมที่ 4) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ในคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ

กิจกรรมที่ 5) โครงการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน แก่ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

กิจกรรมที่ 6) โครงการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ในจัดทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ

ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

กิจกรรมที่ 7) การเยี่ยมติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยการนำ Focus Groups ในคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรมที่ 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน โดยการนำ Focus Groups ในคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนากระบวนการ ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามหนังสือรับรองการอนุมัติเลขที่ 127-169/ 2566 วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. บริบทของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

บริบทของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในพื้นที่ตำบลโคกสำราญ มีการดำเนินการสมัชชาสุขภาพตำบล ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ด้วยการมีส่วนร่วมทางสังคม

อย่างเป็นระบบ ในหลากหลายประเด็น แต่ยังคงขาดประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และขาดรูปแบบการจัดการ เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จากสถานการณ์การลดอัตราของผู้มารับบริการเพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้มแข็ง จึงมีการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลรักษาที่บ้านเรือน เป็นจำนวนมากขึ้น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 82 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 1,838 คน มีอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.5 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน เป็นผลทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม จากปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ที่เกิดจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้ง ยังมีปัญหาจำนวนถังขยะที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ทำให้เกิดปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องในครัวเรือน การกำจัดเองโดยวิธีการเผาในที่โล่ง หรือกำจัดโดยการฝังกลบรวมกับมูลฝอยทั่วไป ทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียนขยะตกค้างล้นถังในพื้นที่

ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วย โดยการนำมูลฝอยติดเชื้อมาส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. บ้านดง, รพ.สต. เล็บเงือก และ รพ.สต. โคกสำราญ ตามเขตรับผิดชอบ เก็บไว้ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จะไปเก็บรวบรวม เพื่อให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัดต่อไป

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ความคิดเห็นว่า

“รพ.สต.ได้รับแจ้งแดงในการเก็บขยะติดเชื้อของผู้รับบริการจากโรงพยาบาลสิรินธร และทุก รพ.สต. จะมีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลจะมากับมูลฝอยติดเชื้ออาทิตย์ละครั้งในทุกวันอาทิตย์”
เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล “เมื่อ รพ.สต. ได้ถ่ายโอน

การทำงานมาที่ อบจ. จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไป จึงจำเป็นต้องหากระบวนการใหม่ในการดำเนินงาน ซึ่งจำเป็นต้องมีการร่วมมือกันในชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ”



ภาพที่ 1 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ ก่อนการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

2. กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล

กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่มีขั้นตอนในการดำเนินงาน 9 ขั้นตอนดังนี้

- 1) การศึกษาบริบทชุมชน ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 2) การวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

4) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

5) โครงการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชน ในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน แก่กลุ่ม อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

6) โครงการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในจัดทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

7) การเฝ้าติดตามผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

8) การประเมินผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน การแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

3. ผลการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล

3.1 คุณลักษณะทางประชากร ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล จำนวน 56 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 66.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.2 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 44.6 เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 51.8 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน ร้อยละ 76.8 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.8 การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0 ความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0

3.2 คุณลักษณะทางประชากร ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จำนวน 32 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 46.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ร้อยละ 66.7 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน ร้อยละ 56.7 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.7 พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0 และความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.6

3.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ข้อมูลของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล จำนวน 56 คน ในส่วนของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ชุดที่ 1 แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม และความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน - หลังพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

3.4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ข้อมูลของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จำนวน 32 คน ในส่วนของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ชุดที่ 2 แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม และความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน - หลังพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมและความพึงพอใจ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ (Wilcoxon sign rank test)

การเปรียบเทียบ	N			Mean rank		Sum of rank		Z	p-value
	Negative	Positive	Ties	Negative	Positive	Negative	Positive		
1. ความรู้	38	46	4	22.74	45.84	1624.00	2292.00	-1.39	0.001
2. พฤติกรรม	33	42	13	26.35	40.11	1323.50	1526.50	-5.36	0.001
3. ความพึงพอใจ	39	44	5	29.44	44.88	1735.50	1750.50	-0.03	0.024

ผลการวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon sign rank พบว่าหลังพัฒนา ด้านความรู้ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (Wilcoxon sign rank ก่อน = 1624.00, หลัง = 2290.00; p-value <0.001) ด้านด้านพฤติกรรม ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (Wilcoxon sign rank ก่อน= 1323.50, หลัง = 1526.50; p-value <0.001) ความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (Wilcoxon sign rank ก่อน = 1735.50, หลัง = 1750.50; p-value = 0.024)

การอภิปรายผล

กระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชน ผู้ป่วย กลุ่มเครือข่าย และชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การกำหนดโครงสร้าง คณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ตามบริบทของพื้นที่ 2) การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) การติดตามประเมินผล และ 4) กระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jang YC.⁹ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ และการรับรู้ของประชาชนในการจัดการของเสียทาง

การแพทย์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทางการแพทย์ในชุมชน เช่นเดียวกับ Cornelius Tsamo, et. al.¹⁰ พบว่าวิธีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยตามกฎเกณฑ์มาตรฐาน เป็นสิ่งสำคัญในการประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และพรพิมล วิกฤษพัฒน์¹¹ ได้ทำการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนชุมชน พบว่า การจัดทำแผนชุมชน การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และการสร้างเครือข่าย ร่วมกับชุมชนอื่น ๆ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรม และชุมชนยังเกิดการตื่นตัวในปัญหาที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ เกิดการปฏิสัมพันธ์ในระหว่างกลุ่มภายในชุมชนมากขึ้น นอกจากนั้น ยังสอดคล้องกับการศึกษารัตริส ตะโกพร¹² ศึกษาเรื่องพฤติกรรม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน พบว่า ภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและมาตรการในการพัฒนาความรู้และข้อควรปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อความปลอดภัยของชุมชน และกฤษฎา เจริญสุข¹³ ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า การกำหนดแนวทางบริหารจัดการและการนำไปใช้

และการประเมินผล กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ เป็นวิธีการที่ใช้แก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการท์ (Kemmis & McTaggart, 1990)⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) ร่วมกับกระบวนการดำเนินงานตามหลักสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพ 2) จัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ และ 6) การบริหารจัดการที่เป็นระบบในชุมชน นับเป็นกระบวนการพัฒนางานในการดำเนินงานมีส่วนร่วม พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชิรญา จันทระปิฎก¹⁴ ศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะประกอบด้วย 10 ปัจจัยคือ ด้านความเข้มแข็งของชุมชน ด้านศักยภาพของประชาชนที่เข้าร่วมเวทีสาธารณะด้าน รูปแบบการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรภายนอก ด้านความร่วมมือของ ประชาชน ด้านลักษณะของชุมชน ด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ ด้านความสนใจของ ผู้บริหารในเรื่องสุขภาพะ ด้านการติดต่อสื่อสารในชุมชนและผู้นำท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อาหามะ เจ๊ะโซ๊ะ¹⁵ ในการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล พบว่า สัมพันธภาพของคณะทำงาน

สมัชชาสุขภาพต่อชุมชนทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนดีขึ้น ด้านความรู้ความเข้าใจของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้รูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน และพจนีย์ ชัดโพธิ์, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วิโรจน์ เชมรัมย์¹⁶ ศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 11 ขั้นตอนคือ 1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) จัดตั้งกลไกสมัชชาสุขภาพ 5) การจัดกลุ่มเครือข่าย 6) ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 7) การสังเกตและประเมินผล 8) สรุปบทเรียน 9) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน 10) สื่อสารตลอดกระบวนการ และ 11) การจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชนผู้ป่วย กลุ่มเครือข่าย และชุมชน ทำให้การดำเนินการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน รวมทั้งมีการวางแผนการดำเนินงานล่วงหน้าและกำหนดกรอบเวลาชัดเจน ส่งผลให้คุณภาพการดำเนินการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ไปปรับใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีบริบทของชุมชนคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งการศึกษาในเป้าหมายของ ประชากร และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และให้ความสำคัญกับการจัดการระบบสุขภาพ

ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานของสมาชิกสุขภาพตำบล และกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ในการเสริมสร้างการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ในการวิจัยครั้งต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ภาพในการติดตาม ประเมินผลกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยสมาชิกสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง

4. ควรสร้างกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผ่านการประชุมอย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วมไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เพื่อสร้างและพัฒนาชุมชนให้เป็น “ตำบลจัดการมูลฝอยติดเชื้อยั่งยืน” ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. บ้านดง, รพ.สต. เล็บเจือก และ รพ.สต. โคกสำราญ เทศบาลตำบลโคกสำราญ และคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ บุคลากรกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมถึงญาติ พี่น้องและสมาชิกทุกคนในครอบครัว และเพื่อนนิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 22 ที่ได้ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. World Health Organization; 2015.
2. Water S, World Health Organization. Safe health-care waste management: policy paper (No. WHO/SDE/WSH/04.12). World Health Organization; 2004.
3. Hakim SA, Mohsen A, Bakr I. Knowledge, attitudes and practices of health-care personnel towards waste disposal management at Ain Shams University Hospitals, Cairo; 2014.
4. กรมอนามัย. เอกสารวิชาการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 2561. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2565]. เข้าได้ถึงจาก: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/00001/00001430.PDF>:1
5. กรมอนามัย. สถานการณ์การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2565]. เข้าได้ถึงจาก: https://env.anamai.moph.go.th/webupload/11xc410600758f76a9b83604e779b2d1de5/filecenter/kpi/66/3.31/total_kpi3.31
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี

- งบประมาณ 2564. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2564.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง. สรุปผลงานการดำเนินงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565. ขอนแก่น: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง; 2565.
 8. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press; 1990.
 9. Jang YC. Infectious/Medical/Hospital Waste: General Characteristics. A2-Nriagu. J.O Encyclopedia of Environmental Health; 2011.
 10. Cornelius T, Arbam T, Poliance DD. Assessment of Medical Waste Management in Health Centers of Maroua-Cameroon. Department of Chemistry, Higher Teachers' Training College, University of Maroua; 2017.
 11. พรพิมล วิกฤษพัฒน์. การจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนชุมชนข้างเคียง จังหวัดเชียงใหม่. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45 วันที่ 30 มกราคม - 2 กุมภาพันธ์ 2550 ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
 12. รติรส ตะโกพร. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
 13. ฤชญา เจริญสุข. พนม ดง รัก โมเดล: การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(6): 1040-1049.
 14. อัญชิรญา จันทรปิฎก. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
 15. อาหามะ เจ๊ะโซ๊ะ. การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 วันที่ 26 มิถุนายน 2558 ณ มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่; 2558.
 16. พจนีย์ ชัดโพธิ์, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วิโรจน์ เชมรัมย์. กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนในตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560; 36(2): 235-242.