

## การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม

### Driving Excellence in Environmental Health Development in Hospitals: A Case Study of Medical Waste Management in Mahasarakham Province

ปาริชาติ ปกิระณะ\* สุกัญญา สารฤทธิคาม\*\*

Parichat Pakirana, Sugunya Sararitthikham

Corresponding author: Email: superpari.pari1@gmail.com

(Received: November 21, 2025; Revised: November 28, 2025; Accepted: December 28, 2025)

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษารูปแบบและผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ในจังหวัดมหาสารคาม

**รูปแบบการวิจัย :** วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จำนวน 13 แห่ง รวม 20 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 เป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ **ระยะที่ 2** ขับเคลื่อนการพัฒนาตามแนวคิด P-A-O-R ของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกตผล (Observation) และ 4) สะท้อนการปฏิบัติการ (Reflection) จำนวน 3 วนรอบ **ระยะที่ 3** ประเมินผล ใช้แบบตรวจประเมินตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์ แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการวิจัย :** รูปแบบการขับเคลื่อนงานประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) สร้างระบบสนับสนุน (4) ใช้กลไกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (5) เตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน (6) เยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงานเฉพาะกิจ (7) เตรียมเอกสารและกระตุ้นการประเมิน (8) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผล และ (9) ถอดบทเรียนและประเมินผล ขั้นตอนข้างต้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คือ มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทายด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8) บรรลุเป้าหมายการพัฒนาของจังหวัดมหาสารคามและกระทรวงสาธารณสุข และมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ปัจจัยความสำเร็จมาจากการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้อง และเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ระบบพี่เลี้ยงและเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เครือข่ายผู้พัฒนางานเข้มแข็ง และควรขยายผลสู่โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและศึกษาเชิงผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายและปริมาณของเสียต่อไป

**คำสำคัญ :** การจัดการของเสียทางการแพทย์; GREEN & CLEAN Hospital Challenge

\*,\*\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

## Abstract

**Purposes :** To examine the model and outcomes of driving the development of environmental health in hospitals toward sector-specific excellence, focusing on medical waste management in Mahasarakham Province.

**Study design :** Action research.

**Materials and Methods :** Key informants were environmental health and medical waste management personnel from 13 hospitals, totaling 20 participants. The study was conducted from January 2023 to October 2025 (B.E. 2566–2568) in three phases: Phase 1 situational analysis; Phase 2 implementation of development activities based on the P-A-O-R framework of Kemmis and McTaggart, comprising four main steps: (1) Planning, (2) Action, (3) Observation, and (4) Reflection, conducted over three cycles; and Phase 3 evaluation. Data collection instruments included standard operating procedure (SOP) checklists, a situational data collection form, focus group discussion guidelines, and a satisfaction assessment questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, median, and range. Qualitative data were analyzed using content analysis.

**Main findings :** The operational driving model comprises nine stages: (1) policy-driven mobilization (2) capacity building of personnel (3) establishment of support systems (4) utilization of effective communication mechanisms (5) preparedness prior to assessment (6) targeted empowerment visits and supervision; (7) documentation preparation and encouraging the assessment process (8) knowledge sharing and scaling up and (9) lesson learned extraction and evaluation. Implementation of these stages resulted in seven hospitals (53.8%) achieving the GCHC “Challenging Level” accreditation in medical waste management, thereby meeting the development targets of Mahasarakham Province and the Ministry of Public Health. Furthermore, the province recorded the highest number of hospitals meeting the criteria within Health Region 7.

**Conclusion and recommendations :** Key success factors included clearly defined goals; aligned and facilitative evaluation criteria; continuous development; mentoring and peer-support systems; knowledge-sharing activities; and a strong network of practitioners. It is recommended that this model be scaled up to hospitals outside the Ministry of Public Health system and that future studies examine outcome indicators related to costs and waste volume reduction.

**Keywords :** Medical Waste Management; GREEN & CLEAN Hospital Challenge

## บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเป็นแหล่งเรียนรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ชุมชน โดยบรรจุการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลภายใต้มาตรฐาน GREEN & CLAN Hospital (GCH) ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม<sup>1</sup> เพื่อให้การพัฒนางานถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการประเมินผลและจัดระดับผลการดำเนินงานเป็น 4 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ดี ดีมาก และดีมาก Plus โดยในระหว่างปี พ.ศ.2560 – 2565 มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 958 แห่ง (ร้อยละ 98.3) มีผลการดำเนินงานในระดับดีมาก และมีโรงพยาบาล ร้อยละ 66.18 ดำเนินงานในระดับดีมาก Plus<sup>2</sup> ขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงาน GCH อยู่ในระดับดีมาก Plus จำนวน 13 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100

ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการยกระดับมาตรฐาน GCH สู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) เพื่อเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ตามมาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย โดยกำหนดประเด็นการพัฒนา จำนวน 4 ด้านคือ ด้านที่ 1) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ด้านที่ 2) การจัดการของเสียทางการแพทย์ ด้านที่ 3) การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และด้านที่ 4) การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2570<sup>2</sup> ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีความมุ่งมั่นสนับสนุนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน เพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

ตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ทุกด้าน ในโรงพยาบาลทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นปีแรกที่เริ่มการขับเคลื่อนพัฒนามาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย จำนวน 4 ด้าน จึงได้วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนด กลยุทธ์การขับเคลื่อนพัฒนางาน โดยมุ่งเน้นสนับสนุนการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนระยะเริ่มต้นก่อน เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งกำเนิดของเสียทางการแพทย์ที่มีความหลากหลายตามกิจกรรมการให้บริการและปัจจัยด้านทรัพยากร จึงควรมีการพัฒนากระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมต่อชุมชน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดการของเสียทางการแพทย์ และมีส่วนร่วมในการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสู่ชั้นบรรยากาศ นอกจากนี้ ยังเป็นกระบวนการพื้นฐานในการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันสภาพอากาศได้อีกด้วย ประกอบกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 13 แห่งในจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์ GCH ในระดับดีมาก Plus ซึ่งแสดงถึงการมีพื้นฐานในการพัฒนาการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่ดีอยู่แล้ว จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนายกระดับต่อไปได้ ขณะเดียวกันก็มีการเตรียมความพร้อมและสนับสนุนการพัฒนาศู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในประเด็นการพัฒนาอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย

กรมอนามัยกำหนดมาตรฐานการพัฒนางาน 10 ขั้นตอนในการประเมินรับรอง GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566<sup>3</sup> และปรับใช้มาตรฐานการพัฒนางานเป็น 9 ขั้นตอนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เป็นต้นมาได้แก่ 1) การกำหนดนโยบาย 2) จัดทำข้อมูลสถานการณ์การจัดการของเสียทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาล 3) การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และบ่งชี้ปัญหา/ประเด็นการพัฒนา 4) กำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์และกรอบแนวทางเพื่อพัฒนากระบวนการ/แนวทาง/แนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ 5) การพัฒนาเทคโนโลยี/นวัตกรรม/วิธีการในการจัดการของเสียทางการแพทย์ 6) การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล 7) รายงานผลการดำเนินงาน

8) การทบทวน ปรับปรุง แก้ไข พัฒนากระบวนการที่มีประสิทธิภาพ และ 9) มีการเผยแพร่/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการลดปริมาณและการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ<sup>4</sup>

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้โรงพยาบาลพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ตามมาตรฐาน GCHC ระดับห้าดาว 4 ด้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลร้อยละ 30 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับห้าดาว ภายในปี พ.ศ. 2570<sup>2</sup> ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขโดยได้กำหนดประเด็นการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์เป็นประเด็นขับเคลื่อนที่มุ่งเน้นในระยะแรก จึงได้ศึกษาการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ในจังหวัดมหาสารคามขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ตามเกณฑ์ GCHC ระดับห้าดาว และศึกษาผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนการพัฒนา

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 2 ปี 10 เดือน แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** (ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566) วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการขับเคลื่อนการพัฒนา

**ระยะที่ 2** (เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568) ขับเคลื่อนการพัฒนาโดยประยุกต์

ตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart<sup>5</sup> ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ร่วมกับสนับสนุนการพัฒนาด้านอื่นที่โรงพยาบาลมีความสนใจ คือ

1. **ขั้นการวางแผน (Planning)** และการปรับปรุงแผน (Re-Planning) เป็นการนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาใช้ในการวางแผน (Planning) และนำข้อมูลจากการสะท้อนผลการปฏิบัติในวงรอบที่ 1 และ 2 มาใช้ในการปรับปรุงแผน (Re-Planning) ในวงรอบที่ 2 และ 3 โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้และระบบพี่เลี้ยงเป็นกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนา

2. **ขั้นปฏิบัติการ (Action)** เป็นการดำเนินการตามแผนพร้อมกับประเมินสถานการณ์ขณะปฏิบัติงานร่วมด้วยเพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมตามเงื่อนไขข้อจำกัด และปัจจัย ณ ขณะปฏิบัติการ

3. **ขั้นสังเกตผล (Observation)** เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการขับเคลื่อนการพัฒนา รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการ รวมทั้งผลที่เกิดขึ้น

4. **ขั้นการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)** ดำเนินการโดยถอดบทเรียน สะท้อนปัญหา โอกาสพัฒนา และผลการขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแผนในวงรอบถัดไป

**ระยะที่ 3** ประเมินผลการขับเคลื่อนการพัฒนา โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และเปรียบเทียบผลดำเนินงานภายในเขตสุขภาพที่ 7

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติงานพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคาม 13 แห่ง รวม 20 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจประเมินตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

(SOP) การจัดการของเสียทางการแพทย์ 10 ขั้นตอน สำหรับใช้ในปี พ.ศ. 2566 และ 9 ขั้นตอน สำหรับใช้ในปี พ.ศ. 2567 และ 2568 เป็นแบบฟอร์มมาตรฐาน สำหรับตรวจสอบความครบถ้วนตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน และบันทึกข้อสังเกต สร้างขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล การแยกประเภทของเสีย การกำจัดของเสีย ปริมาณของเสียที่เกิดขึ้น

3. แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย ระดับความพึงพอใจด้านเนื้อหา ด้านการจัดงาน ด้านภาพรวมของกิจกรรม และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นอื่นๆ ด้าน ประโยชน์ที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม

4. แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการดำเนินงานที่ผ่านมาที่ทำได้ดี ปัญหาอุปสรรค การบรรลุเป้าหมาย สิ่งที่ได้เรียนรู้ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบเก็บข้อมูลสถานการณ์การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่า IOC ในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลสถานการณ์ ใช้แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์จัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจากระบบการนิเทศงานร่วมกับรายงานการประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital และรายงานในระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (E-manifest)

2. ข้อมูลการขับเคลื่อนการพัฒนางาน รวบรวมจากการสังเกตการประเมินมาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย กิจกรรมถอดบทเรียน และการให้คำปรึกษาตามกระบวนการระบบพี่เลี้ยง โดยใช้แบบตรวจประเมินตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) การจัดการของเสีย

ทางการแพทย์ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูลและการวิเคราะห์แก่นสาระ การตรวจสอบ ความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล เป็นการยืนยันว่าข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลมีความเหมาะสม ถูกต้อง เป็นจริง และมีคุณภาพ

#### การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 66/125 ลงวันที่ 13 มกราคม 2566

#### ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคามมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง เมื่อแบ่งตามระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ พบว่า มีโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง ระดับ M2 จำนวน 4 แห่ง ระดับ F1 จำนวน 1 แห่ง ระดับ F2 จำนวน 7 แห่ง และระดับ F3 จำนวน 1 แห่ง โดยโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง (ร้อยละ 100) มีผลการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCH ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระดับดีมาก Plus ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์พบว่า โรงพยาบาลร้อยละ 100 มีการคัดแยกมูลฝอยเป็น 3 ประเภทหลักคือ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยอันตราย มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไปอย่างน้อย 3 ประเภท คือ มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ (รีไซเคิล)

มูลฝอยอินทรีย์ และมูลฝอยทั่วไป และมีผู้รับผิดชอบในการจัดการของเสีย 3 ประเภทหลัก โรงพยาบาลร้อยละ 100 กำจัดมูลฝอยทั่วไปโดยส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปกำจัด ในส่วนของการจัดการมูลฝอยอินทรีย์ พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 38.5) นำไปทำปุ๋ยหมัก และโรงพยาบาล 8 แห่ง (ร้อยละ 61.5) นำไปเลี้ยงสัตว์ โรงพยาบาล ร้อยละ 100 ส่งมูลฝอยอันตรายชุมชนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดส่งกำจัด และโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 76.9) ส่งมูลฝอยอันตรายทางการแพทย์คืนบริษัทผู้ผลิตและให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัดตามวิธี

ที่กฎหมายกำหนด ส่วนโรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 23.1) กำจัดมูลฝอยอันตรายทางการแพทย์ในบ่อกำจัดมูลฝอยของโรงพยาบาล

ปริมาณของเสียทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2566 มีองค์ประกอบของเสียที่เป็นอันตราย ร้อยละ 31.4 และของเสียที่ไม่เป็นอันตรายหรือของเสียทั่วไป ร้อยละ 68.6 โดยมีของเสียที่เป็นอันตรายโดยประมาณ 2,105.9 กิโลกรัมต่อวัน และของเสียทั่วไปหรือของเสียที่ไม่เป็นอันตรายโดยประมาณ 4,605.2 กิโลกรัมต่อวัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การเกิดของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2568

ประเภทมูลฝอย	ปริมาณรวม	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่ามัธยฐาน
<b>1. มูลฝอยติดเชื้อ</b>				
-ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก./วัน)	2,086.5	13.3	1,197.1	54.5
-อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ (กก./เตียง/วัน)		1.04	10.24	1.79
<b>2. ปริมาณมูลฝอยอันตราย (กก./วัน)</b>	19.5	0.01	13.7	0.3
<b>3. มูลฝอยทั่วไป (กก./วัน)</b>	3,963.6	20	1,601	150
<b>4. ปริมาณมูลฝอยอินทรีย์ (กก./วัน)</b>	239	1	50	20
<b>5. ปริมาณมูลฝอยรีไซเคิล (กก./วัน)</b>	402.6	1	175	17.5

ระยะที่ 2 การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

#### วงรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ได้มีการดำเนินการดังนี้

1. ตั้งเป้าหมายการขับเคลื่อนพัฒนางาน โดยพิจารณาจากสถานการณ์การพัฒนาของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCH ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 100 ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญและความท้าทายในการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไปให้ครอบคลุมทุกแห่ง จึงกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์

GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป

1.2 โรงพยาบาลร้อยละ 50 มีการเตรียมความพร้อมการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายอย่างน้อย 1 ด้าน

#### 2. การวางแผนการขับเคลื่อนพัฒนางาน

2.1 ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการประเมินและทบทวนเพื่อทราบสถานการณ์การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขให้ผ่านเกณฑ์รวมถึงมีการเตรียมพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย โดยมีรายละเอียดเกณฑ์ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566<sup>6</sup>

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ประเมินตนเอง ในระบบ GCHC ตามระยะ เวลาที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ระดับ มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีเยี่ยม	เตรียมการ พัฒนาสู่ระดับ ท้าทาย	ผ่านเกณฑ์ระดับ ท้าทาย อย่างน้อย 1 ด้าน

2.2 ใช้กลไกการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย  
ตอบสนองไว สร้างความไว้วางใจ และสม่ำเสมอ

2.3 การให้คำปรึกษา สนับสนุน กระตุ้นและ  
ให้กำลังใจ ตามแนวทาง “ระบบพี่เลี้ยง”

2.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการ  
ของเสียทางการแพทย์

2.5 การเยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงาน  
เฉพาะกิจ หากโรงพยาบาลยังไม่กำหนดเป้าหมาย  
การพัฒนาที่เฉพาะเจาะจง จะสนับสนุนให้เตรียมพัฒนา  
ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ก่อนเป็นหลัก

2.6 กระตุ้นให้โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน  
เพื่อเรียนรู้แนวทางและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ  
เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จากการเข้ารับการประเมิน

2.7 ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะการจัดเตรียม  
เอกสารการรับประเมิน

2.8 เข้าร่วมสังเกตการประเมิน GCHC ระดับ  
ท้าทาย

2.9 การถอดบทเรียนและประเมินผล  
การขับเคลื่อนพัฒนางาน

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)**

ดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

**ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation)**

ในวงรอบที่ 1 พบว่า

1. โรงพยาบาลที่กำจัดมูลฝอยอันตราย  
ทางการแพทย์ในป่อกำจัดมูลฝอยของโรงพยาบาล  
จำนวน 3 แห่ง ปรับเปลี่ยนวิธีจัดการโดยส่งคืนบริษัท  
ผู้ผลิตและส่งให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัดตามวิธีที่กฎหมาย  
กำหนด ภายหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากการลงพื้นที่เยี่ยม  
เสริมพลังและนิเทศงานเฉพาะกิจ

2. โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมด้าน

การจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง  
เข้ารับการประเมิน จำนวน 4 แห่ง ผ่านการประเมิน  
จำนวน 1 แห่ง

3. โรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง นำเสนอไม่ทัน  
เวลา เนื่องจากจัดทำเอกสารนำเสนอเสร็จในระยะเวลา  
กระชั้นชิดและไม่ได้ขออนุญาตนำเสนอ จึงไม่ได้ประเมิน  
และปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับระยะเวลา

4. ผลการสังเกตและรวบรวมข้อเสนอแนะจาก  
คณะกรรมการประเมิน GCCH ระดับท้าทาย ด้านการ  
จัดการของเสียทางการแพทย์ของโรงพยาบาล พบว่า

4.1 จุดเด่นของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน  
รับรอง ดังนี้

1) มีการวิเคราะห์สถานการณ์และระบุ  
ปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการพัฒนาหรือที่ชัดเจนสอดคล้อง  
กับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สถานการณ์

2) การระบุนวัตกรรมหรือกิจกรรมพัฒนา  
ที่เฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์  
ปัญหาหรือสถานการณ์จัดการของเสียทางการแพทย์  
ของโรงพยาบาล มีการกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์  
ในการพัฒนาและมีการวิเคราะห์ผลลัพธ์โดนเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

3) แสดงให้เห็นถึงระบบเฝ้าระวัง  
ตรวจสอบ กำกับติดตาม การคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง  
การวิเคราะห์ทบทวนการปฏิบัติงาน การรายงานผู้บริหาร  
อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4) แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม  
ในการพัฒนาของบุคลากรในหน่วยงาน

5) มีการปรับปรุงกระบวนการพัฒนางาน  
อย่างต่อเนื่อง

4.2 โอกาสพัฒนาสำหรับโรงพยาบาล

ที่ยังไม่ผ่านการรับรอง มีดังนี้

1) ปรับปรุงแนวทางการจัดการของเสียทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทุกประเภท

2) การวางแผนจัดเก็บข้อมูลในระดับหน่วยงานย่อยอย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) การระบุปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการพัฒนาที่ชัดเจนสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สถานการณ์

4) กำหนดนวัตกรรมหรือกิจกรรมการพัฒนาที่สอดคล้องกับข้อค้นพบหรือข้อบ่งชี้ของปัญหาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยกำหนดเป้าหมายและเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการพัฒนากับเป้าหมายที่กำหนด ถอดบทเรียนวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ และประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมและโอกาสการพัฒนา เพื่อให้การพัฒนา ระบบที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

ในวงรอบที่ 1 พบโอกาสในการพัฒนาดังนี้

1. สนับสนุนให้โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับทำทนายเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มโอกาสเรียนรู้จากคณะกรรมการและสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับทำทนายแล้วพัฒนาด้านอื่นเพิ่มเติม

2. สนับสนุนให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับทำทนาย ถ่ายทอดแนวทางการพัฒนาที่สำเร็จแก่เครือข่ายพัฒนางาน

3. จัดกิจกรรมการชื่อนำเสนอก่อนรับการประเมิน GCHC ระดับทำทนาย เพื่อให้โรงพยาบาลได้เตรียมความพร้อมการนำเสนอ และนำคำแนะนำจากการซ่อมไปปรับปรุงก่อนรับการประเมินจริง

4. การให้คำแนะนำการพัฒนาโดยเน้นให้ครอบคลุมตามเกณฑ์การประเมินและประเด็นโอกาสในการพัฒนาจากการถอดบทเรียนจากการสังเกตการประเมิน GCHC ระดับทำทนายที่ผ่านมา

#### วงรอบที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การปรับปรุงแผน (Re - Planning) ในวงรอบที่ 2 มีดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายการพัฒนา เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลพัฒนาสู่ GCHC ระดับทำทนายและโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับทำทนายแล้วมีการพัฒนาประเด็นอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนายอย่างน้อย 1 ด้าน

1.2 โรงพยาบาลร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

#### 2. วางแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

2.1 ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567<sup>7</sup>

0 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ไม่ผ่านเกณฑ์ GCHC	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับดีเยี่ยม	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนาย 1 ด้าน	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนาย 1 ด้าน และ รับการประเมินระดับ ทำทนายด้านอื่น อย่างน้อย 1 ด้าน

2.2 การสนับสนุนการดำเนินงานตามระบบ “ระบบพี่เลี้ยง”

2.3 การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทหายและโรงพยาบาลที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ตามเกณฑ์ GCHC เป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์และแนวทางพัฒนางานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

2.4 การถอดบทเรียนจากกระบวนการประเมินรับรอง GCHC ระดับทำทหาย

2.5 การนิเทศงานในพื้นที่ โดยเน้นในการให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาตามประเด็นถอดบทเรียน

2.6 ให้ข้อเสนอแนะการจัดเตรียมเอกสารนำเสนอรับการประเมินมาตรฐาน GCHC ระดับทำทหาย

2.7 จัดกิจกรรมช้อมนำเสนอม โดยมี ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พี่เลี้ยงจังหวัด และโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน GCHC ระดับทำทหายเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะหลักในการเตรียมความพร้อม

2.8 การถอดบทเรียนและประเมินผลการขับเคลื่อนพัฒนางาน

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน**

**ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ในวงรอบที่ 2 พบว่า**

1. เครือข่ายพัฒนางาน มีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีการระบุประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดกิจกรรมคือ ได้เห็นวิธีการพัฒนางานของหน่วยงานอื่นที่มีผลการพัฒนาที่ดี เป็นทางลัดในการปรับปรุงพัฒนางานได้พบปะเครือข่ายทำให้ได้ปรึกษาและแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนางาน ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม ออกจากจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกปี

2. ในการรับประเมินโรงพยาบาลส่วนหนึ่งปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะจากการช้อมนำเสนอมไม่ทันเนื่องจากกำหนดการจัดกิจกรรมช้อมนำเสนอม กระชั้นชิดกับกำหนดการประเมินของคณะกรรมการ

3. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจาก

คณะกรรมการประเมิน GCHC ระดับทำทหาย ในโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการประเมินต้องปรับปรุงในภาพรวมเหมือนผลจากการสังเกตในวงรอบที่ 1

4. มีโรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับทำทหาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง ผ่านการประเมิน จำนวน 2 แห่ง ส่งผลให้มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทหายจากการขับเคลื่อนการพัฒนางาน 2 วงรอบ รวม 3 แห่ง (ร้อยละ 23.1)

**ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ในวงรอบที่ 2 เพื่อเป็นโอกาสพัฒนา มีดังนี้**

1. กระตุ้นให้มีการเข้าร่วมการประเมินรับรอง GCHC ระดับทำทหายมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยเข้าร่วมรับการประเมิน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์รับประเมิน

2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยครอบคลุมเกณฑ์ GCHC ระดับทำทหาย ทั้ง 4 ด้าน เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ในการพัฒนาด้านอื่นเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลที่มีความสนใจ

3. ขยายระบบการสนับสนุนแบบพี่เลี้ยง โดยให้โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองระดับทำทหายแล้วร่วมเป็นพี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อสนับสนุนเครือข่ายพัฒนางานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. เริ่มเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสู่การพัฒนาด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

5. กำหนดเวลาการช้อมนำเสนอมก่อนรับการประเมิน GCHC ระดับทำทหาย 1 สัปดาห์ เพื่อให้มีระยะเวลาเพียงพอในการปรับปรุงเอกสารก่อนรับการประเมิน

**วงรอบที่ 3**

**ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนแผน (Re - Planning) ได้มีการดำเนินการดังนี้**

1. กำหนดเป้าหมายการพัฒนา มีการกำหนดเป้าหมายในวงรอบนี้ เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลเข้าร่วมการประเมิน GCHC เพิ่มขึ้นเพื่อโอกาสในการเรียนรู้

และพัฒนางาน โดยเฉพาะด้านการจัดการของเสีย  
ทางการแพทย์ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลร้อยละ 100 เข้ารับ  
การประเมิน GCHC ในระดับห้าทนาย

1.2 โรงพยาบาลร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์  
GCHC ระดับห้าทนายอย่างน้อย 1 ด้าน

1.3 โรงพยาบาลร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์  
GCHC ระดับห้าทนาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

## 2. การวางแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

2.1 ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยกำหนด  
เป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ  
ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568<sup>8</sup>

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รับการประเมิน	รับการประเมิน	ระดับห้าทนาย	ผ่านเกณฑ์ระดับ	ผ่านเกณฑ์ระดับห้าทนาย
ระดับห้าทนาย 1	ระดับห้าทนาย 2	1 ประเด็น	ห้าทนาย 1	ด้านการจัดการของเสีย
ประเด็น	ประเด็นขึ้นไป		ประเด็น และรับ	ทางการแพทย์ และผ่าน
(ไม่ผ่านเกณฑ์)	(ไม่ผ่านเกณฑ์)		การประเมิน	ด้านอื่น อย่างน้อย 1 ด้าน
			ระดับห้าทนาย	

2.2 ขยายระบบพี่เลี้ยง โดยมีพี่เลี้ยงเพื่อน  
ช่วยเพื่อน ร่วมสนับสนุนการพัฒนางาน

2.3 จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
โดยเชิญโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับห้าทนาย  
ทั้งภายในและนอกจังหวัดเป็นแหล่งความรู้ในกิจกรรม  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.4 การเยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงาน  
ในพื้นที่โดยเน้นกลุ่มโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ GCHC  
ระดับห้าทนายและกลุ่มที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ด้านการจัดการ  
ของเสียทางการแพทย์ ร่วมกับการเตรียมการพัฒนา  
ด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลง  
สภาพอากาศ

2.5 ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ  
การจัดเตรียมเอกสารนำเสนอ และจัดกิจกรรมการเตรียม  
ความพร้อมโรงพยาบาลก่อนการรับประเมินมาตรฐาน  
GCHC ระดับห้าทนาย 1 สัปดาห์

2.6 การถอดบทเรียนและประเมินผล  
การขับเคลื่อนพัฒนางาน

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)** ดำเนิน  
กิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

**ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation)**  
ในวงรอบที่ 3 พบว่า

1. มีโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน GCHC  
ระดับห้าทนาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์  
จำนวน 9 แห่ง จากโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์นี้ทั้งหมด  
10 แห่ง โดยโรงพยาบาลที่ไม่เข้ารับการประเมิน จำนวน  
1 แห่ง มีสาเหตุมาจากผู้รับผิดชอบหลักเข้ารับการรักษ  
ในโรงพยาบาลระหว่างการประเมินและไม่มีผู้รับผิดชอบ  
งานแทนได้ โดยการประเมินในวงรอบที่ 3 มีโรงพยาบาล  
ผ่านเกณฑ์ จำนวน 4 แห่ง ส่งผลให้มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์  
GCHC ระดับห้าทนาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์  
รวม 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8) ใน 3 วงรอบการพัฒนา

2. มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน  
หลักเนื่องจากเกษียณอายุราชการ จำนวน 1 แห่ง และ  
ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานระหว่างปีงบประมาณ จำนวน 2 แห่ง  
ซึ่งผู้รับผิดชอบงานใหม่ทั้ง 3 แห่ง ไม่เคยมีประสบการณ์  
ทำงานพัฒนามาอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงต้องใช้เวลาในการเรียน  
รู้งาน

**ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)**  
ในวงรอบที่ 3 เพื่อปรับปรุงแนวทางการพัฒนาในปีต่อไป

มีดังนี้

1. เยี่ยมเสริมพลังโดยเน้นกลุ่มโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมิน GCHC ระดับห้าดาว และเน้นย้ำการพัฒนากระบวนการให้มีความยั่งยืน การถ่ายทอดความรู้ภายในองค์กร และการจับคู่ทำงานแบบบัดดี้เพื่อสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้

2. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายโดยมุ่งเน้นการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

**ระยะที่ 3** ประเมินผลการขับเคลื่อนการพัฒนางานการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จังหวัดมหาสารคาม เกิดจากการวิเคราะห์จุดแข็งภายในองค์กรและโอกาสพัฒนาสู่มาตรฐานตามเกณฑ์ GCHC ระดับห้าดาว ทั้ง 4 ด้านที่กรมอนามัยกำหนดให้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อวางแผนและกำหนดประเด็นขับเคลื่อนงานโดยพิจารณาถึงโอกาสที่จะขับเคลื่อนงานได้สำเร็จในระยะเริ่มต้นเพื่อให้เครือข่ายพัฒนางานมีกำลังใจและมีความมั่นใจที่จะพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านอื่นๆ และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้แก่โรงพยาบาลในเครือข่ายต่อไปได้ ซึ่งการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ถูกจัดลำดับให้เป็นประเด็นมุ่งเน้นในการขับเคลื่อนการพัฒนางานในระยะแรก ซึ่งจะดำเนินการไปพร้อมกับสนับสนุนตามเกณฑ์ GCHC ระดับห้าดาวด้านอื่น ตามความสมัครใจของโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart<sup>5</sup> ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning และ re-planning) 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) ร่วมกับการจัดการความรู้และกระบวนการที่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการพัฒนางาน โดยระหว่างการขับเคลื่อนการพัฒนางานได้ขยายกระบวนการพี่เลี้ยงสู่พี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้เพื่อนซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์พัฒนางานได้ประสบผลสำเร็จ ร่วมมือพบปะในการแนะนำ

ให้คำปรึกษา กระตุ้นให้พัฒนาและเป็นการกำลังใจ โดยในขั้นตอนการวางแผนมีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาที่ชัดเจน และมีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอที่สอดคล้องและเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย มีกิจกรรมที่สำคัญระหว่างการขับเคลื่อนพัฒนางาน ได้แก่ การเยี่ยมเสริมพลังและการนิเทศงานในพื้นที่ กิจกรรมเตรียมความพร้อมรับการประเมิน GCHC ระดับห้าดาว กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการพัฒนางาน

สรุปได้ว่า การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน

**ขั้นที่ 1** ขับเคลื่อนเชิงนโยบายกำหนดประเด็นการพัฒนาเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลประเมินและทบทวนสถานการณ์ปรับปรุงให้ผ่านเกณฑ์ และเตรียมยกระดับสู่ GCHC ระดับห้าดาว

**ขั้นที่ 2** พัฒนาศักยภาพบุคลากร ดำเนินการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานและเกณฑ์ที่กำหนด

**ขั้นที่ 3** สร้างระบบสนับสนุน จัดตั้งระบบพี่เลี้ยง เพื่อให้คำปรึกษา สนับสนุน และเสริมพลังใจ และขยายสู่ระบบ “พี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน” โดยให้โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จร่วมถ่ายทอดประสบการณ์

**ขั้นที่ 4** ใช้กลไกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงง่าย ตอบสนองรวดเร็ว สร้างความไว้วางใจ และดำเนินการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ

**ขั้นที่ 5** เตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน จัดกิจกรรมซ้อมนำเสนอผลงานก่อนรับการประเมิน GCHC ระดับห้าดาว เพื่อปรับปรุงเนื้อหาและ Rephrasing ให้มีความเป็นภาษาวิชาการเหมาะสม

**ขั้นที่ 6** เยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงานเฉพาะกิจลงพื้นที่ให้การสนับสนุน กระตุ้นการพัฒนา และช่วยกำหนด

เป้าหมายการดำเนินงาน โดยเน้นการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์เป็นลำดับแรกในโรงพยาบาลที่ยังไม่พร้อม

**ขั้นที่ 7** เตรียมเอกสารและกระตุ้นการประเมินตรวจสอบ ให้คำแนะนำการจัดเตรียมเอกสารและสนับสนุนให้โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับทำทนาย เพื่อเรียนรู้แนวทางและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ

**ขั้นที่ 8** แลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์หรือมี Best Practice ถ่ายทอดประสบการณ์และแนวทางพัฒนางานแก่เครือข่าย

**ขั้นที่ 9** ถอดบทเรียนและประเมินผล ดำเนินการถอดบทเรียนและประเมินผลการขับเคลื่อนงาน เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนางานข้างต้น ไม่เพียงแต่ส่งผลให้การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ของจังหวัดมหาสารคามมีผลลัพธ์ที่ดี โดยมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.0 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์นี้ทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 7 รวม 10 แห่ง แต่ยังคงส่งผลถึงการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านอื่นๆ ที่มีการขับเคลื่อนไปพร้อมกันด้วย โดยจังหวัดมหาสารคามมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนายรวม 3 ด้านผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนายอย่างน้อย 1 ด้านจำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 76.9) และผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนาย 2 ด้าน จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8) โดยผลการขับเคลื่อนพัฒนางานนี้สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568<sup>9-11</sup> ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ผลการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศด้านเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568

ปีงบประมาณ	เป้าหมายการพัฒนา	ผลการดำเนินงาน
พ.ศ. 2566 (วงรอบที่ 1)	<p>กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30 จังหวัดมหาสารคาม</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 50 มีการเตรียมความพร้อมการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนาย อย่างน้อย 1 ด้าน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100</li> <li>2. โรงพยาบาลเตรียมความพร้อมการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 46)</li> <li>3. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับทำทนาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 4 แห่ง ผ่านมาตรฐานจำนวน 1 แห่ง หรือร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน</li> </ol>
พ.ศ. 2567 (วงรอบที่ 2)	<p>กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100</li> <li>2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำทนาย</li> </ol>

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปีงบประมาณ	เป้าหมายการพัฒนา	ผลการดำเนินงาน
	ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ 60 จังหวัดมหาสารคาม	อย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8)
	<input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป	3. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับ ทำลาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง ผ่านมาตรฐาน จำนวน 2 แห่ง หรือร้อยละ 33 ของโรงพยาบาลที่เข้ารับ การประเมิน
	<input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำลายอย่างน้อย 1 ด้าน	
	<input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำลาย ด้าน การจัดการของเสียทางการแพทย์	4. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำลาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ รวม 3 แห่ง (ร้อยละ 23.1)
พ.ศ. 2568 (วงรอบที่ 3)	กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	1. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับ มาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100
	<input checked="" type="checkbox"/> ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90	2. โรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน GCHC ระดับทำลาย จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 84.6)
	<input checked="" type="checkbox"/> ระดับทำลาย ร้อยละ 25	3. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำลาย อย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 76.9)
	จังหวัดมหาสารคาม	4. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับ ทำลาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 9 แห่ง ผ่านมาตรฐาน จำนวน 4 แห่ง หรือร้อยละ 44.4 ของโรงพยาบาลที่เข้ารับ การประเมิน
	<input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 100 เข้ารับการ ประเมิน GCHC ในระดับทำลาย	
	<input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำลาย อย่างน้อย 1 ด้าน	5. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำลาย ด้าน การจัดการของเสียทางการแพทย์ รวม 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8)
	<input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับทำลาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์	

วิจารณ์

ผลการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม  
ในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการ

ของเสียทางการแพทย์ จังหวัดมหาสารคาม สะท้อนให้เห็น  
ว่ากระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาระบบตามแนวทางวิจัยเชิง  
ปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart<sup>5</sup> ร่วมกับการจัดการ

ความรู้ และ ระบบ พี่เลี้ยง และ เพื่อน ช่วย เพื่อน เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเน้นการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning และ Re - Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนผลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น<sup>5</sup> และขณะดำเนินการผู้วิจัยสามารถปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลาเพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน<sup>12</sup> และการจัดการความรู้จะช่วยลดขั้นตอนในการทำงาน ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ได้แนวคิดและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและควรจะเป็นแก่ผู้ปฏิบัติงานและทำให้เกิดแหล่งเรียนรู้ในองค์กร<sup>13</sup> โดยการจัดการความรู้ด้วยระบบพี่เลี้ยงได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาบุคลากรและส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในองค์กร ที่มีจุดประสงค์พื้นฐานในการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการระหว่างพี่เลี้ยง (Mentor) กับน้องเลี้ยง (Mentee) ในการช่วยเหลือ สนับสนุน กระตุ้น ให้คำปรึกษาและสร้างการเรียนรู้ โดยถ่ายทอดความรู้ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อที่จะขยายขีดความสามารถในการพัฒนาสู่การบรรลุเป้าหมาย<sup>14</sup> และการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Teaching) ช่วยให้ผู้เรียนรู้ได้รวดเร็วขึ้นจากเพื่อนหรือโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์พัฒนางานประสบผลสำเร็จ เป็นการเพิ่มทรัพยากรหรือแหล่งข้อมูลความรู้จากเดิมที่มีเพียงพี่เลี้ยงจังหวัด ทำให้เครือข่ายพัฒนางานมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากขึ้น อันเกิดจากการพูดคุยสนทนา และการป้อนข้อมูลย้อนกลับ ทบทวนเฉพาะเจาะจงตามความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนางานมากขึ้น<sup>15</sup> และเป็นการพัฒนาศักยภาพด้านการเป็นพี่เลี้ยงไปพร้อมกันด้วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนการพัฒนา

อนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ของจังหวัดมหาสารคามมาจาก 1) การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจน 2) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ มีเกณฑ์ที่สอดคล้องและเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย 3) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) เครือข่ายผู้พัฒนางานเข้มแข็ง มุ่งมั่นพัฒนาและทำงานเป็นทีม 5) ระบบพี่เลี้ยง และเพื่อนช่วยเพื่อน 6) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) ระบบการสื่อสารที่สม่ำเสมอ เข้าถึงง่าย ตอบสนองไว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนางานที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา<sup>16</sup> ซึ่งพบว่า การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูงซึ่งเทียบได้กับการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการศึกษานี้ กลุ่มพี่เลี้ยงและบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน รวมทั้งการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน และการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน GCHC โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม<sup>17</sup> โดยรูปแบบ Y-A-N-G-H-O-S Model และการศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงาน โรงพยาบาล GCH ของโรงพยาบาลน้ำซุ่น อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี<sup>18</sup> ซึ่งใช้รูปแบบการดำเนินงาน NAMKHUN Model ที่ระบุว่า การมีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนางาน รวมทั้งการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดเพชรบุรี<sup>19</sup> โดยใช้กิจกรรมส่วนหนึ่งคือ E: Empowerment คือ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้รับผิดชอบ S: Supporting คือ การสนับสนุนช่วยเหลือและคอยเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำอย่างต่อเนื่อง S: Supervision คือ การนิเทศติดตามช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาที่ดี

**จุดเด่นของงานวิจัย** คือ การกำหนดประเด็นมุ่งเน้นในการพัฒนาที่มีโอกาสสำเร็จได้สูงในระยะเริ่มต้นในการขับเคลื่อนนโยบายโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับระบบพี่เลี้ยงและการจัดการความรู้ ทำให้หน่วยงานที่พัฒนาผ่านเกณฑ์มีกำลังใจที่จะพัฒนา

ต่อในด้านอื่นๆ และมีความมั่นใจที่จะเป็นแหล่งเรียนรู้ เพื่อถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ให้แก่เครือข่ายผ่านระบบที่เลี้ยง จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในภาพรวม

**ข้อจำกัดของงานวิจัย** คือ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบในการขับเคลื่อนพัฒนางานโดยมีผลลัพธ์คือการผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายเพื่อเป็นแนวทางการขับเคลื่อนงาน GCHC ระดับท้าทายของหน่วยงานในระดับจังหวัด แต่ไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์เชิงปริมาณ เช่น อัตราการเกิดของเสียหรือค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงไปจากการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอาจเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างแรงจูงใจแก่โรงพยาบาลให้มีการพัฒนาด้านนี้มากยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.1 ควรกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจนและแนวทางการขับเคลื่อนที่สอดคล้องและเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย
- 1.2 ควรมีการเสริมพลังทีมที่เลี้ยงและร่วมรับประโยชน์จากผลลัพธ์ที่ดี

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ขยายผลไปสู่โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคาม
- 2.2 ศึกษาผลลัพธ์จากการจัดการของเสียทางการแพทย์ เช่น ด้านอัตราการเกิดของเสีย ค่าใช้จ่ายในการจัดการ ความสามารถในการลดการปลดปล่อยคาร์บอน เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมที่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานวิจัยเรื่องนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561. นนทบุรี; 2561.

2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัท มินนี่ จำกัด; 2566.
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์ สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์ Standard Operating Procedure: OP Medical Waste Management for Hospital สำหรับโรงพยาบาล (ระดับท้าทาย). นนทบุรี; 2567.
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. Victoria (Australia): Deakin University; 1988.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2566.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2568.
9. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567; 2566.
11. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง

- สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
12. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2528;2(1):29-49.
  13. นันทรัตน์ เจริญกุล. การจัดการความรู้. วารสารศึกษาศาสตร์. 2553;21(1):13-26.
  14. กิตติศักดิ์ แก้วบุตรดี, อัจฉรา กิจเดช. พัฒนาองค์กรด้วยระบบพีเอชเอ็ม (มีอาชีพ). Mahidol R2R e-Journal. 2561;5(1):1-8.
  15. สายสุดา ปันตระกูล. การจัดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนของผู้เรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและผู้เรียนปกติ. วารสารร่มพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก. 2563;38(2):35-48.
  16. ปรียานุช เชิดชูเหล่า, อัญญารัตน์ ภมรมานพ, วุฒิพงษ์ ยอดคำ, พฤษี ชัยดรุณ. การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2565;12:1-16.
  17. ธัญญาภาศ เทพสาร, ภิญญา พิณีจกลาง, จันทร์เพ็ญสว่างไธสง, กาญจนา จันทะนุย. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(4):89-98.
  18. ศรีญรัตน์ ธาณี, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. การพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำซุ่น อำเภอน้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2566;12(1):5-14.
  19. สำราญ เจริญผล. การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2566;42(3):417-30.