



กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด
จังหวัดขอนแก่น

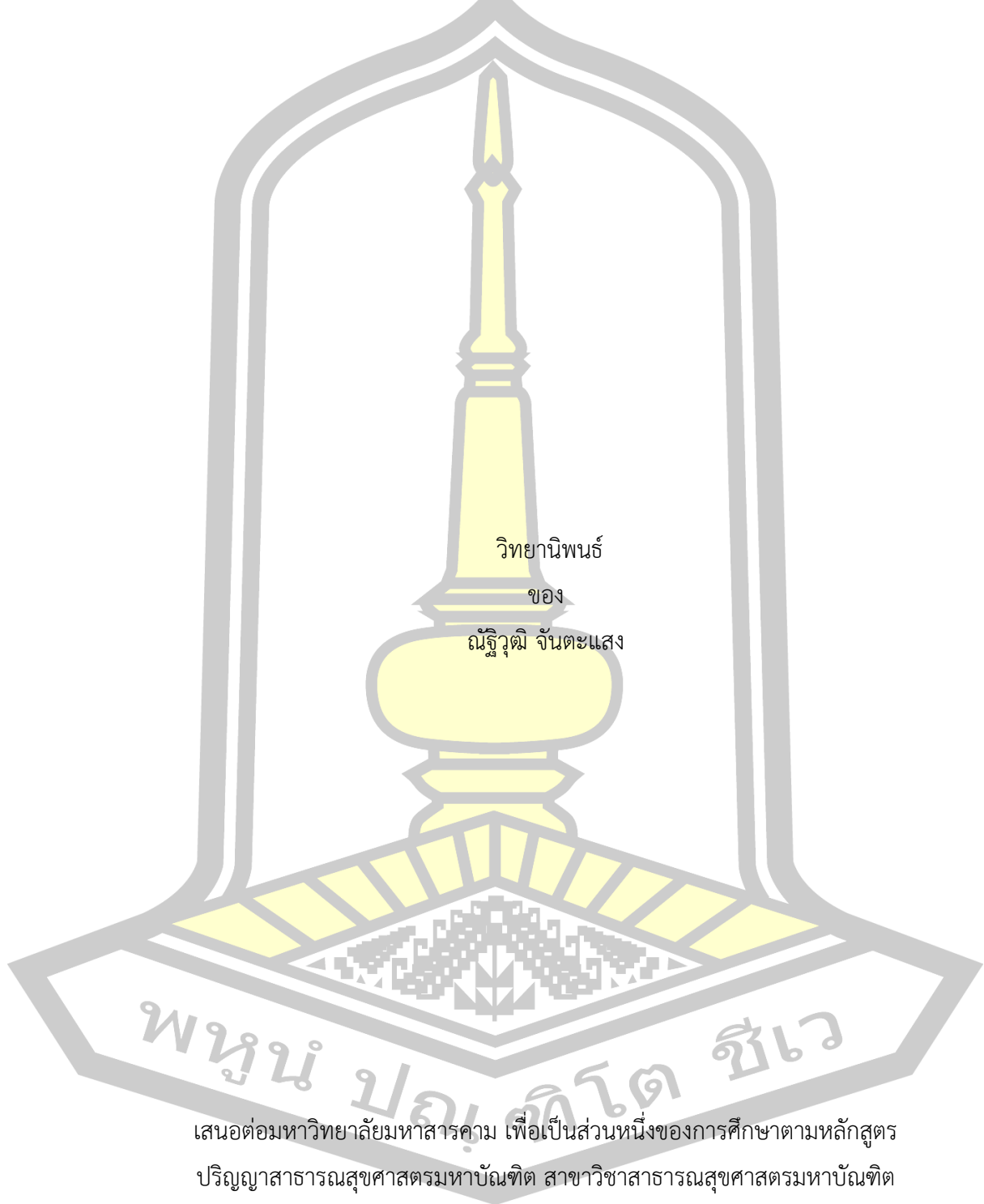
วิทยานิพนธ์
ของ
ณัฐวุฒิ จันทร์แสง

พหุฯ ปนุฑิต ธิเว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กรกฎาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด
จังหวัดขอนแก่น

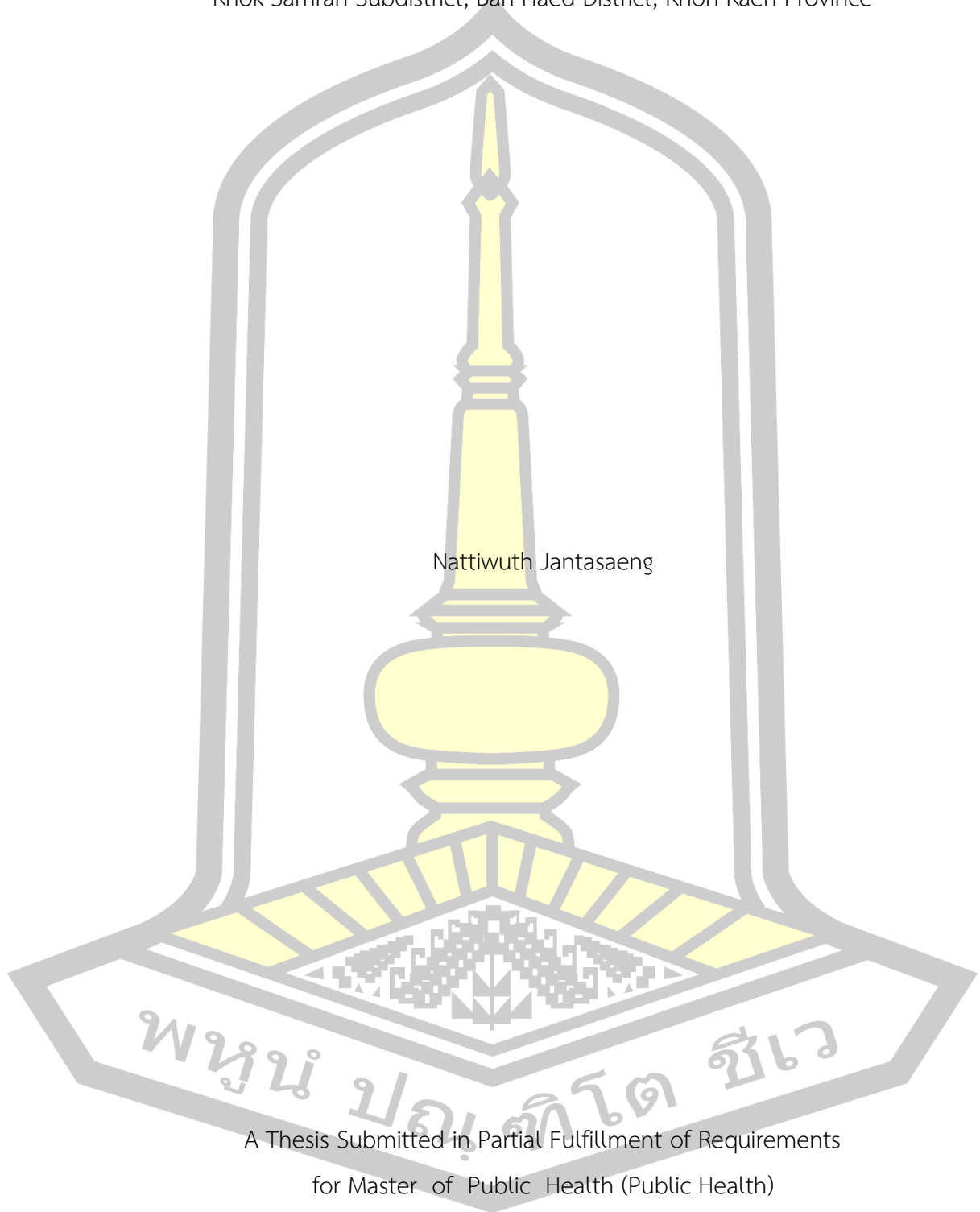


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กรกฎาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Process Of Managing Infectious Waste By The Sub-District Health Assembly In
Khok Samran Subdistrict, Ban Haed District, Khon Kaen Province



Nattiwuth Jantasaeng

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

July 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายณัฐวุฒิ จันทะแสง แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ณัชชลิตา ยุคะลิ่ง)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. คมสันต์ ธงชัย)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

..... (รศ. ดร. สุภัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

..... (รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคก สำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น		
ผู้วิจัย	ณัฐวุฒิ จันทะแสง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) กลุ่มคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ จำนวน 56 คน ประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม และ 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จำนวน 32 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนากระบวนการ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผลของการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนมี 8 ขั้นตอน 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 ผลการประเมินกระบวนการกลุ่มเป้าหมายความรู้ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล โคกสำราญ เรียกว่า “SPEC” ประกอบด้วย 1) Structure: การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพตำบล ตามบริบทของพื้นที่ 2) Participation: การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) Evaluation: การประเมินผลกระบวนการแก้ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 4) Communication: การสื่อสารในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เพื่อการพัฒนาชุมชนให้เป็น “ตำบลจัดการมูลฝอยติดเชื้อยั่งยืน” ต่อไป

คำสำคัญ : สมาชิกสุขภาพตำบล, การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน



TITLE	The Process Of Managing Infectious Waste By The Sub-District Health Assembly In Khok Samran Subdistrict, Ban Haed District, Khon Kaen Province		
AUTHOR	Nattiwuth Jantasaeng		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D. Surasak Thiabrithi , Dr.P.H.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

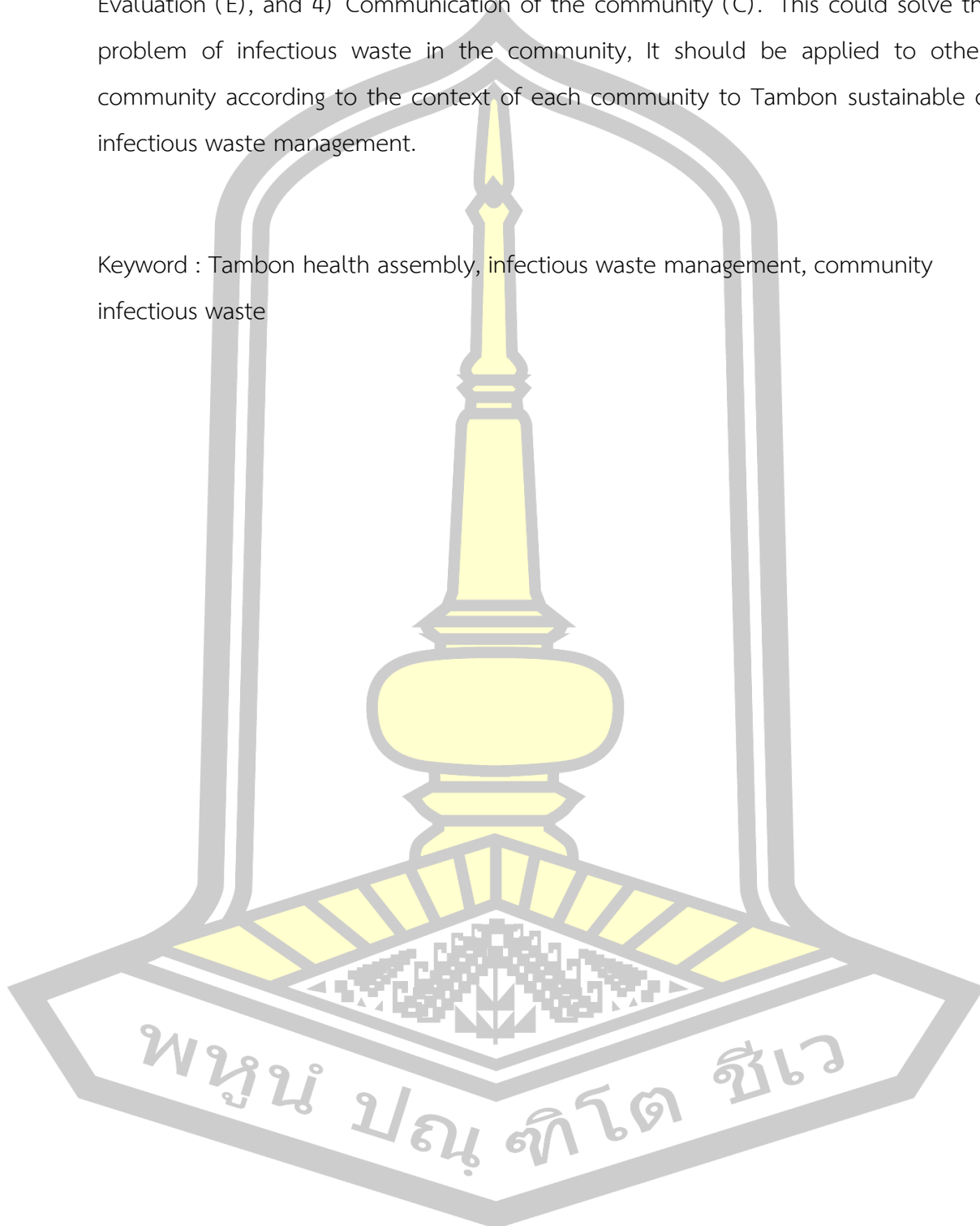
ABSTRACT

This action research aims to study the process of infectious waste management by Tambon Health Assembly in Khok Samran Sub-district, Ban Haet District, Khon Kaen Province. The 82 participants were purposive selected from 2 target groups as 1) 56 members of Tambon Health Assembly from three sectors included politics, academia and civil society and 2) 32 patient caregivers who got involved in the community's treatment of infectious trash. The research was conducted between March and May 2023. Data was collected by used test and questionnaires and the quantitative data was analyzed by descriptive statistics and compare before and after development using the Mann-Whitney U test and the qualitative data was using content analysis.

This study showed that Khok Samran sub-district has an eight-step of Tambon Health Assembly that guides the management of infectious waste in the community includes Situation Analysis, Community Planning, Knowledge, Awareness, Health Assembly, Follow-up, Evaluation, and Lesson learned. Therefore, this study processes evaluation suggested that the knowledge, satisfaction, and participation scores have been significantly increased of $p < 0.05$. and found that the key success factor were 4 factors "SPEC" which consisted of 1) Structure of the Tambon Health

Assembly (S), 2) Participatory management of infectious waste in community (P), 3) Evaluation (E), and 4) Communication of the community (C). This could solve the problem of infectious waste in the community, It should be applied to others community according to the context of each community to Tambon sustainable of infectious waste management.

Keyword : Tambon health assembly, infectious waste management, community infectious waste



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ได้สำเร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างสูง จาก อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้การปรึกษาแนะนำทางวิชาการ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์อดิเรก เร่งมานะวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอบ้านแฮด อาจารย์ดวงฤดี โชติกลาง วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และอาจารย์วรุฒิ ลนไพรี รองปลัดเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของการวิจัย และให้คำแนะนำต่างๆ เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ทุนอุดหนุนการวิจัย และคณาจารย์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ความเข้าใจ ในด้านวิชาการแก่ผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและประสานงานให้งานวิจัยสำเร็จด้วยดี ขอขอบพระคุณ หัวหน้าจำเนียร มูลเทพ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และพี่น้อง ในกลุ่มงานฯ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสำราญ ที่ช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 22 ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือและเรียนรู้ร่วมกัน และที่สำคัญยิ่งขอขอบพระคุณ ครอบครัวจันทะแสง มีบิดา(คุณพ่อทวีป ผู้ล่วงลับ) ผู้ซึ่งเป็นครูให้กับลูกๆทุกคน และมารดา(คุณแม่ศิริรัตน์) ที่คอยเสริมพลังใจให้การสนับสนุน ลูกๆ และพี่น้องทุกคน คอยเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัย ได้สำเร็จการศึกษา ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพบูชา จงดลบันดาลประทานพรให้ทุกท่านประสบความสำเร็จยิ่งขึ้นไป

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

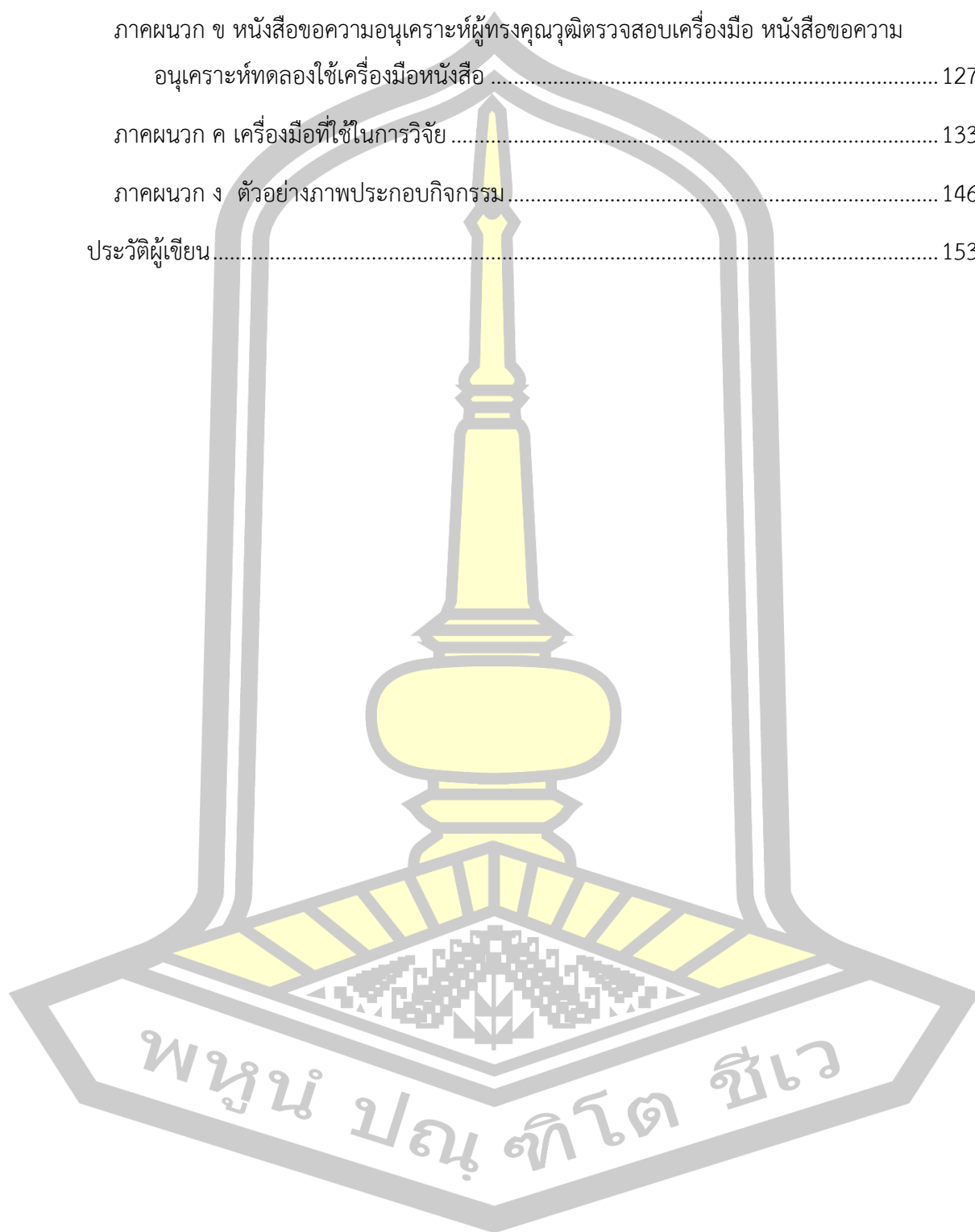
ณัฐวุฒิ จันทะแสง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการศึกษา.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการศึกษา.....	5
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 ความหมายของมูลฝอยติดเชื้อ.....	7
2.2 กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545.....	13
2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อมีผลกระทบต่อสุขภาพ.....	17
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ.....	19
2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	41
2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	43
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
3.1 รูปแบบของการวิจัย.....	54
3.2 กลุ่มเป้าหมาย.....	54
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจคุณภาพของเครื่องมือ.....	61
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	62
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	64
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	71
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	73
4.1 บริบทของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัด ขอนแก่น.....	73
4.2 ขั้นตอนการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น.....	74
4.3 ผลการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบล โคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น.....	79
4.4 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบล โคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น.....	109
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	111
5.1 สรุปผล.....	111
5.2 อภิปรายผล.....	114
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	116
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	124

ภาคผนวก ก จริยธรรมวิจัยในมนุษย์	125
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ หนังสือขอความ อนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือหนังสือ	127
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	133
ภาคผนวก ง ตัวอย่างภาพประกอบกิจกรรม	146
ประวัติผู้เขียน	153



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 กลุ่มเป้าหมายภาคการเมือง ที่ใช้ในการศึกษา.....	55
ตาราง 2 กลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ ที่ใช้ในการศึกษา	55
ตาราง 3 กลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมที่ใช้ในการศึกษา	56
ตาราง 4 คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่เป็น กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา.....	56
ตาราง 5 กลุ่มเป้าหมายกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ใช้ในการศึกษา	58
ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่ม สมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	79
ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ความรู้ ก่อน-หลังการพัฒนา ตอบคำถามรายข้อถูกต้องในการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัด ขอนแก่น (N=56).....	81
ตาราง 8 จำนวน และร้อยละ ของความถี่คะแนนก่อนและหลังการพัฒนา ในการจัดการมูลฝอยติด เชื้อในชุมชนตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	82
ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	83
ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วม ในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบล โคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	84
ตาราง 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วมใน กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคก สำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	86
ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ก่อน และหลังการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	88

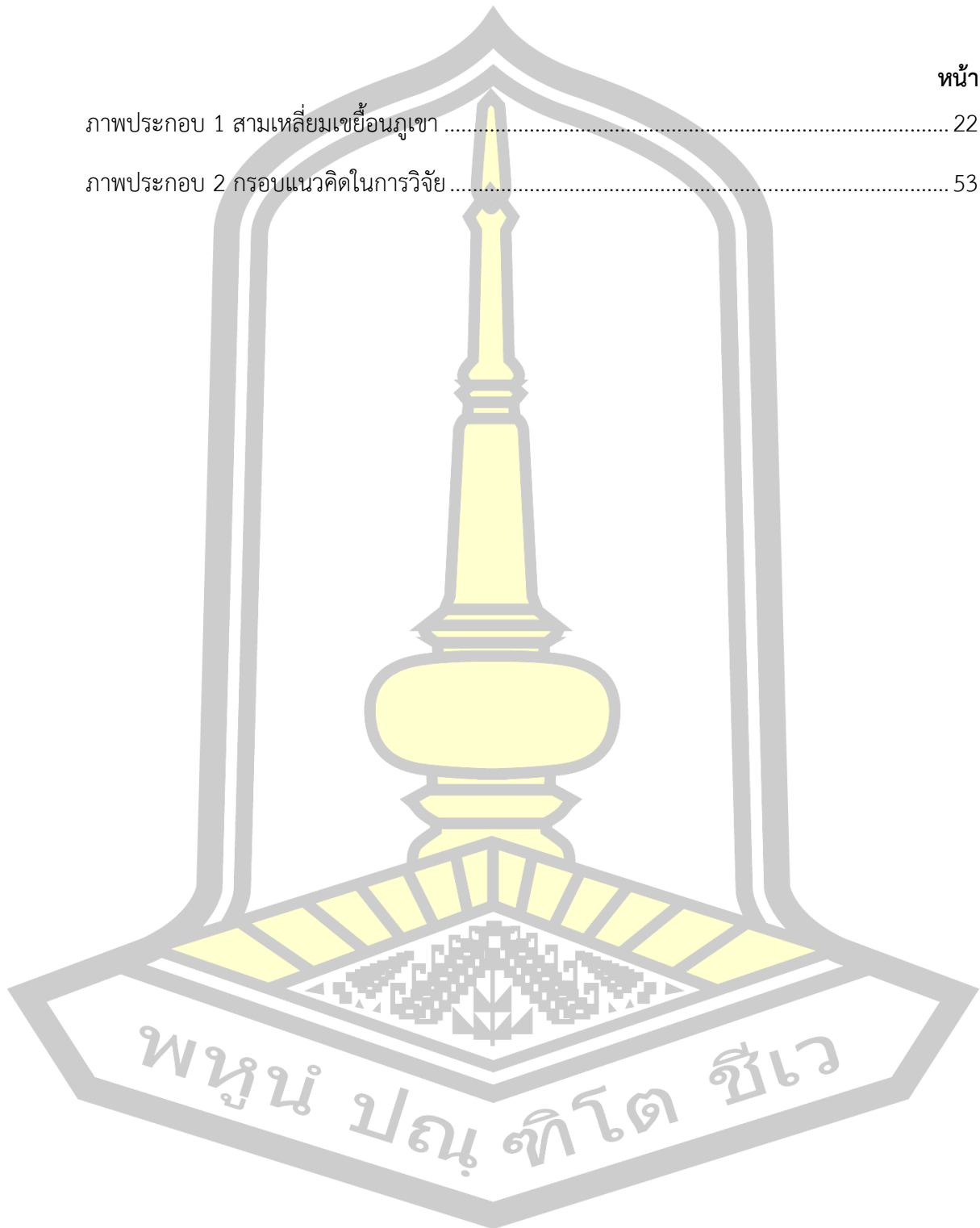
ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	88
ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	91
ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ก่อน และหลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลของกลุ่มสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56).....	93
ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	94
ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ความรู้ ก่อน-หลัง ตอบรายข้อในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	95
ตาราง 18 จำนวน และร้อยละ ของความถี่คะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	97
ตาราง 19 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	98
ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	99
ตาราง 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	101

ตาราง 22 จำนวน และร้อยละ ด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนา (n=32).....	103
ตาราง 23 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบล โคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	104
ตาราง 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคก สำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	106
ตาราง 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคก สำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32).....	107
ตาราง 25 จำนวน และร้อยละ ความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)	107
ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความพึง พอใจของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อน-หลังการพัฒนา (n=32).....	108



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา	22
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	53



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับโลกด้านสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญประการหนึ่งคือ ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เนื่องจากปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่มีเพิ่มมากขึ้น (WHO, 2015) มูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพนั้น รวมถึง เข็ม, ของเหลวในร่างกาย, ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย, ยา, กัมมันตภาพรังสี วัสดุและยาซึ่งเกิดจากการดูแลสุขภาพ ในสถานบริการสาธารณสุข, ห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการวิจัยด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงของเสียที่เกิดจากกิจกรรมในการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การล้างไตและการฉีดยาอินซูลิน (WHO, 2011) มูลฝอยติดเชื้อถือเป็นปัญหา สาธารณสุขปัญหาหนึ่ง ที่ควรได้รับการติดตามและดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพราะถ้าหากไม่มีการจัดการที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม

มูลฝอยที่เกิดจากสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกเอกชน มีลักษณะที่แตกต่างจากมูลฝอยทั่วไปชนิดอื่น ๆ เนื่องจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยนี้ มีกิจกรรมที่หลากหลายในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องปฏิบัติการ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นต้น จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ทำให้มีปริมาณของมูลฝอยติดเชื้อ เพิ่มสูงขึ้นจากแหล่งกำเนิดที่ได้ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลและความช่วยเหลือของภาคประชาชน เช่น โรงพยาบาลสนาม สถานบริการสาธารณสุขผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ศูนย์ฉีดวัคซีน (Vaccine Pop-Up) การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการแยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยมูลฝอยติดเชื้อ ที่พบมากในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น หน้ากากอนามัย ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) และแผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield) นอกจากนี้ ในกรณีผู้ป่วยได้ส่งอาหารแบบบริการจัดส่งถึงที่มารับประทานที่สถานที่กักตัว ภาชนะบรรจุอาหารหรือวัสดุที่ใช้แล้ว ก็มีโอกาสจะได้รับการปนเปื้อนเชื้อและกลายเป็นมูลฝอยติดเชื้อ จึงเกิดปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ในบ้านเรือนขึ้น ยังพบว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง หากไม่ได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อมได้

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย พบว่ามีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 50,481 ตันต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.5 ต่อปี (กรมอนามัย, 2561) และข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากสำนักสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย พบว่า จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัด

ขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 2,362 ตัน ต่อปี ในระยะเวลา 3 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 ทั้งสิ้นประมาณ 225, 329 และ 837 ตัน ต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดที่มีการเกิดมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด ใน 4 จังหวัดนี้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. 2562) สอดคล้องกับปริมาณมูลฝอยของประเทศไทยที่มีจำนวนมาก จังหวัดขอนแก่น ยังเผชิญกับปัญหาปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก อีกทั้งปัจจุบันได้มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยบางกรณีในบ้านเรือนมากขึ้น โดยมีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอัตราสูง จะส่งต่อผู้ป่วยให้กลับไปดูแลรักษาตัวที่บ้าน ในพื้นที่ที่ห่างไกลโรงพยาบาล หรือการเดินทางเข้าสู่สถานบริการที่ลำบากและไม่สะดวก ดังนั้นการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเรือนก่อให้เกิดของเสีย และไม่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ จึงเกิดปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ในบ้านเรือนขึ้น

จากสถานการณ์ปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่ผ่านมา รัฐบาลได้กำหนดแผนและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินการบูรณาการร่วมกันจากกระทรวงต่างๆ ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงการคลัง แต่ยังคงพบว่าปัญหามูลฝอยติดเชื้อมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุซึ่งเกิดจากหลายประเด็น การมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ตกค้างอยู่เป็นจำนวนมาก สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎหมายและหลักวิชาการมีไม่เพียงพอ เกิดกรณีปัญหาในการคัดค้านของประชาชน ที่ไม่ต้องการให้สร้างสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อใกล้บ้านเรือนและเขตชุมชนของตนเอง การขาดความร่วมมือและความตระหนักของประชาชน นโยบายผู้บริหารระดับท้องถิ่นยังไม่ให้ความสำคัญในระเบียบข้อบังคับในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ และยังไม่มีการรับรองบริการบริการที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากมีโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป และมีพื้นที่อยู่ในเขตความเจริญมีโรงงานอุตสาหกรรมเป็นจำนวนมาก ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเพิ่มขึ้น และในอำเภอบ้านแฮด มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 7 แห่ง โดยเฉพาะในตำบลโคกสำราญ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสำราญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลี้ยวเจือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง ซึ่งมีการลดอัตราของผู้มารับบริการ เพื่อเพิ่มความ

สะดวกแก่ผู้รับบริการ คือมีการส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลรักษาที่บ้านเรือนในชุมชนเป็นจำนวนมากขึ้น จากจำนวนประชากรทั้งหมด ในตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น 8,501 คน มีจำนวนผู้ป่วยติดเตียง 76 คน จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 1,820 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2564) ทำให้เกิดปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ หากมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนที่ไม่ถูกต้อง จะนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในชุมชน และสิ่งแวดล้อมในวงกว้าง จากข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของอำเภอบ้านแฮด พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 51,139 กิโลกรัม (สำนักงานแม่ข่ายสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2564) ซึ่งมูลฝอยติดเชื้อ ของสถานบริการสาธารณสุขตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด ได้นำไปรวบรวม ณ โรงพยาบาลสิรินธร โดยมีการจัดการในรูปแบบของการจ้างบริษัทเอกชนนำไปกำจัด ที่ตำบลหนองกรด อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ (กรมอนามัย, 2564) นอกจากนี้ในการจัดเก็บขยะแบบระบบวนในชุมชนวันละครั้ง ซึ่งมีจำนวนถังขยะที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และเกิดการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ที่ไม่ถูกต้องในครัวเรือน โดยมีการจัดการขยะมูลฝอยกันเอง อาจจะใช้วิธีเผาหรือนำไปทิ้งตามแม่น้ำ ลำคลอง ข้างถนน ยังไม่มีการแยกทิ้งตามลักษณะประเภทของขยะ ทำให้พนักงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อมีความเสี่ยงทางสุขภาพที่ต้องสัมผัสมูลฝอยตลอดระยะเวลาปฏิบัติงาน มีโอกาสได้รับการสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค และเกิดปัญหาเหตุร้องเรียนขยะตกค้างล้นถัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2564 ที่ผ่านมา

อย่างไรก็ดี ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการการขับเคลื่อนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผ่านการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยการเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือการสร้างสุขภาวะของชุมชน ในหลากหลายประเด็น แต่ยังคงขาดประเด็นจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และขาดรูปแบบการจัดการเพื่อนำไปวางแผนเพื่อพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของชุมชนในอนาคต ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ภาคราชการ วิชาการ และภาคประชาสังคม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง, 2565) ในปีงบประมาณ 2566 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เมื่อการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรชนามวินทราชินี ให้ไปอยู่กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่ง รพ.สต. ในจังหวัดขอนแก่น ทุกแห่งจำนวน 248 แห่ง ได้ถ่ายโอนไป อบจ. ขอนแก่น ซึ่งรวมถึง รพ.สต. ทั้ง 3 แห่งในเขตตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งรูปแบบเดิมจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนตั้งแต่ด้านการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนส่งและการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งเป็นการทำหายความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เมื่อหน่วยงานในท้องถิ่น จะสามารถ

ตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชน ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนได้ตรงจุด ภายใต้ความมีธรรมาภิบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล มาใช้ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนและใช้เป็นแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน พื้นที่อื่นต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอ บ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของตำบลโคกสำราญ อำเภอ บ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

1.3.2.2 ขั้นตอนการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

1.3.2.3 ผลการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

1.3.2.4 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

1.4 ขอบเขตการศึกษา

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ ด้วยกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนคือ 1) การศึกษาบริบทชุมชน ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 2) การวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูล

ฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 4) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 5) โครงการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชน ในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน แก่กลุ่ม อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 6) โครงการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในจัดทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 7) การเยี่ยมติดตามผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 8) การประเมินผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน การแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยครั้งนี้ มีประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1.4.2.1 กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล โดยเป็นคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ ประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาควิชาการ และ ภาคประชาสังคม จำนวนรวม 56 คน

1.4.2.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จาก 16 หมู่บ้าน ๑ ละ 2 คน จำนวนรวม 32 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 16 หมู่บ้าน

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ทำการศึกษาเริ่มตั้งแต่ มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการศึกษา

กระบวนการสมัชชาสุขภาพ หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของภาคราชการ วิชาการ และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์และมีส่วนร่วม โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างกลไกการจัดสมัชชา 2) จัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ และ 6) การบริหารจัดการที่เป็นระบบในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล หมายถึง การดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยการมีส่วนร่วมมาจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผ่านการประชุมอย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วม นำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของตำบลโคกสำราญ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง การดำเนินการตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามขั้นตอน คือ การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนส่งและการกำจัด อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยบุคลากรที่มีความรู้หรือเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้าน เพื่อการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพ

มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง สิ่งของ เครื่องใช้ หรือมูลฝอยที่ไม่ต้องการ ที่มีเชื้อโรค ปะปนอยู่ในปริมาณมากพอที่ทำให้ผู้ที่สัมผัสหรือใกล้ชิดเกิดโรคได้ เช่น หน้ากากอนามัย ผ้าก๊อซ สำลี สายยางท่อให้อาหาร เป็นต้น ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง รวมถึงเข็มฉีดยาที่ได้จากการฉีดยาของมูลฝอยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนของชุมชน ตำบลโคกสำราญ

การมีส่วนร่วมชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนการปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการดำเนินงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การนำแนวคิด/ กิจกรรม/ โครงการ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชน จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม เริ่มตั้งแต่ขั้นตอน 1. การวางแผน (Planning) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. การสังเกต (Observation) และ 4. การสะท้อนผล (Reflection)

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.6.1 ด้านประชาชน สามารถนำกระบวนการและผลการวิจัยไปปรับใช้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และสามารถส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.6.2 ด้านชุมชน สามารถนำผลการวิจัยคืนสู่ชุมชนในเขตรับผิดชอบ และเสนอไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมกันวางยุทธศาสตร์ และเกิดกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่มีความเหมาะสม ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดเป็นชุมชนต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

1.6.3 ด้านวิชาการ ได้ต้นแบบในการใช้ “สมัชชาสุขภาพตำบล” ในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้กับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษาต่อไปได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

- 2.1 ความหมายของมูลฝอยติดเชื้อ
- 2.2 กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
- 2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความหมายของมูลฝอยติดเชื้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

1. คำจำกัดความของมูลฝอยติดเชื้อ กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ให้คำจำกัดความหมาย มูลฝอยติดเชื้อ ว่าเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณ หรือมีความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้ว สามารถทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งหมายรวมถึงมูลฝอยที่เกิดขึ้น หรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค การตรวจชันสูตรศพ หรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อด้วย อันได้แก่ (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2545)

1.1 ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์และการใช้สัตว์ทดลอง

1.2 วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว สไลด์และแผ่นกระจกปิดสไลด์

1.3 วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือดผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์หรือวัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สำลี ผ้า ก๊อช ผ้าต่างๆ และท่อยาง

1.4 มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง

2. ประเภทและลักษณะมูลฝอยจากสถานบริการสาธารณสุขและคลินิก แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

2.1 มูลฝอยทั่วไป ได้แก่ มูลฝอยที่มีแหล่งกำเนิดมาจากอาคารในส่วนสำนักงานที่พักอาศัยของแพทย์พยาบาล ที่นอนของสัตว์ไม่ติดเชื้อ เป็นมูลฝอยเกิดจากการใช้ชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับมูลฝอยชุมชน หรือมูลฝอยที่เกิดจากแหล่งพักอาศัยทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ถุงพลาสติกกระดาด เศษไม้ เศษผ้าเศษอาหารเปลือกผลไม้ มูลฝอยจากสนาม ไบโอมัสและกิ่งไม้แห้ง ซึ่งไม่ต้องมีการจัดการเป็นพิเศษ

2.2 มูลฝอยรีไซเคิล ส่วนใหญ่เป็นมูลฝอยที่ส่งไปจำหน่ายยังร้านรับซื้อของเก่าได้ เช่น กระดาด ถุงพลาสติก บรรจุก้อนพลาสติกและโลหะ (กระป๋องน้ำอัดลม กระป๋องนม บรรจุก้อน อุปกรณ์ทางการแพทย์) สำหรับมูลฝอยจากสาธารณสุข และคลินิกบางประเภทต้องผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อก่อน

2.3 มูลฝอยอันตราย หมายถึง มูลฝอยที่มีองค์ประกอบทั้งหมดหรือเพียงบางส่วนที่อาจทำให้เกิดอันตราย ทั้งจากปริมาณความเข้มข้น คุณสมบัติทางเคมี ตลอดจนคุณสมบัติทางกายภาพของมูลฝอยนั้น หรือเป็นมูลฝอยที่มีส่วนประกอบหรือปนเปื้อนด้วยสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ต้องการวิธีกำจัดเช่นเดียวกับของเสียจากการอุตสาหกรรม เช่น น้ำมัน หลอดไฟฟ้า ถ่านไฟฉายที่หมดอายุ เทอร์โมมิเตอร์แตก ยาหมดอายุ สารเคมีที่ทิ้งแล้ว ภาชนะบรรจุ ยารักษามะเร็ง ภาชนะที่มีแรงดัน เช่น กระป๋องสเปรย์ ยาฆ่าแมลง ของมีคม เป็นต้น

2.4 มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การให้ภูมิคุ้มกัน การทดลองเกี่ยวกับโรคและการชันสูตรศพ หรือซากสัตว์ การศึกษาวิจัย ซึ่งมีหรืออาจมีเชื้อโรคปะปน ถ้ามีการสัมผัสจะทำให้เกิดโรค ได้แก่ สำลี ท่อยาง ผ้าพันแผลที่สัมผัสกับเลือดหรือสารน้ำ ซากร่างกายมนุษย์ หรือสัตว์ รวมทั้งชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์ ที่เกิดจากการผ่าตัดการตรวจชันสูตรศพ หรือซากสัตว์ และการใช้สัตว์ทดลองการเลี้ยงเชื้อและของมีคมต่าง ๆ เป็นต้น (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2551: 44)

3. ชนิดของมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยติดเชื้อที่เป็นผลมาจากกระบวนการให้การพยาบาล การบำบัดรักษา การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาวิจัยที่ดำเนินการทั้งในมนุษย์และสัตว์ ซึ่งมีเหตุอันสมควรสงสัยว่ามีหรืออาจมีเชื้อโรค สามารถแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ ได้

3.1 วัสดุซากชิ้นส่วนของมนุษย์และสัตว์ที่ได้และเป็นผลมาจากการผ่าตัดการตรวจชันสูตรศพ การใช้สัตว์ทดลองที่ทดลองเกี่ยวกับโรคติดต่อ รวมทั้งวัสดุที่ได้จากร่างกายของมนุษย์และสัตว์ที่เป็นโรค ตัวอย่างเช่น ชิ้นเนื้อและอวัยวะ เป็นต้น

3.2 วัสดุที่ใช้ในการบริการทางการแพทย์ เช่น สำลี ผ้าก๊อซ ผ้าต่าง ๆ ทุกอย่าง ฯลฯ ซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด เช่น น้ำเหลือง เม็ดเลือดต่าง ๆ และผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกาย เช่น ปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย น้ำเหลือง น้ำคร่ำ น้ำจากปอด เป็นต้น

3.3 ขงมีคมที่ใช้ในกิจกรรมดังกล่าว เช่น เข็ม ไบโอมิเตอร์บอกชนิดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว สไลด์ แผ่นกระจกปิดสไลด์ ทั้งที่ใช้ในการบริการการวิจัยและในห้องปฏิบัติการ

3.4 เชื้อ อาหารเลี้ยงเชื้อ และวัสดุที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ หรือใช้ในการตรวจวินิจฉัยที่สัมผัสกับเชื้อทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ เชื้อโรค ชีววัตถุต่าง ๆ อาหารเลี้ยงเชื้อ จานเลี้ยงเชื้อที่ใช้แล้ว ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการถ่ายเชื้อหรือกวนเชื้อ

3.5 วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิตและภาชนะบรรจุ ได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรคโปลิโอ หัด หัดเยอรมัน โรคคางทูม วัคซีนโรคไขกระดูกน้อยชนิดรับประทาน เป็นต้น

3.6 มูลฝอยทุกประเภทที่มาจากห้องติดเชื้อร้ายแรง เช่น ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรงที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายสูง ห้องไตเทียม เป็นต้น สำหรับเชื้อโรคที่มีอยู่ในมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดในสถานเอนามัยและคลินิก จะมีอยู่จำนวนมากและหลายชนิด เนื่องจากเป็นมูลฝอยติดเชื้อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การทำให้เกิดโรคต่าง ๆ อันเป็นเหตุจากเชื้อโรคทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค ชนิดของเชื้อโรคทำให้มีมูลฝอยที่ปะปนเชื้อโรค แตกต่างกันทั้งชนิดและปริมาณ ตามสภาพของผู้ป่วย (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และเทพนิมิต จูแดง, 2539)

4. การแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อจากมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยติดเชื้อจากสถานเอนามัยและคลินิก เป็นมูลฝอยที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค สามารถแพร่กระจายเชื้อโรค และก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ดังนี้

4.1 การแพร่กระจายของเชื้อโรคโดยตรง เป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อโดยตรง เช่น การหยิบจับมูลฝอยติดเชื้อโดยไม่สวมถุงมือ ซึ่งพบว่า มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนงานซึ่งมีหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและพนักงานขนมูลฝอยติดเชื้อ

4.2 การแพร่กระจายของเชื้อโรคโดยอ้อม เป็นการแพร่กระจายเชื้อจากมูลฝอยติดเชื้อโดยอาศัยสื่อ หรือพาหะนำ เช่น หนูแมลงวัน น้ำเสียจากกองมูลฝอย หรือการฟุ้งกระจายของเชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไปในอากาศ (อัสนี มหาพัฒน์ไทย, 2543) มูลฝอยติดเชื้อจากสถานเอนามัยและคลินิกเป็นมูลฝอยที่มีการปนเปื้อนกับเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อโรค และก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ซึ่งการติดเชื้อจากมูลฝอยติดเชื้อในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับเชื้อและเกิดโรคติดเชื้อจากมูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุ

5. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ให้ความหมายของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข หมายความว่ารวมถึง การคัดแยก การบรรจุ การกักเก็บ และการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น ในสถานบริการสาธารณสุข ก่อนที่จะส่งไปกำจัดภายนอก

6. ขั้นตอนการดำเนินงาน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีดังนี้

6.1 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อก่อนการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ควรดำเนินการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อทันทีที่เกิดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิด จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้ออันเป็นหลักการสำคัญในการจัดการมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งใช้เงินลงทุนและค่าดำเนินการต่ำ โดยแยกภาชนะที่รองรับอย่างชัดเจน ดังนี้

6.1.1 ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ และการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในได้ มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม เช่น เข็มฉีดยา ไบโอมิดโกน ไบโอมิดผ่าตัดเก็บบรรจุในภาชนะประเภทกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุ และสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก โดยผู้ขนย้ายไม่มีการสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ

6.1.2 ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบ แสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ไม่รั่วและไม่ดูดซึม มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ มีข้อความสีดำขนาดใหญ่ที่อ่านได้ชัดเจน “มูลฝอยติดเชื้อ” “ห้ามเปิด” “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และรูปหัวกะโหลกไขว้คู่กับตราสัญลักษณ์ที่ไ้ระหว่างประเทศ

6.2 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อแล้ว ขั้นตอนมาก็ดำเนินการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ โดยการบรรจุและเก็บมูลฝอยติดเชื้อเพื่อป้องกันผู้ปฏิบัติงานไปสัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งอาจก่อให้เกิดบาดแผลและสัมผัสตัวเชื้อโรค ดังนั้น การเก็บรวบรวมและการบรรจุที่ดี ต้องสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ได้แก่ การจับสัมผัส การเก็บพักและการขนถ่าย

6.2.1 วิธีการเก็บรวบรวมและบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ

6.2.1.1 มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม การบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุไม่มีคมในถุงแดง มีการบรรจุไม่เต็มถุงโดยบรรจุประมาณ 2 ใน 3 ของถุงเพื่อเหลือเนื้อที่ไว้จับยก และมัดปากถุงให้แน่นด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น จากนั้นนำไปเก็บไว้ยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อทันที

6.2.1.2 มวลฝอยติดเชื้อประเภทไวรัสคูมีคมบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง เพื่อเหลือที่ไว้ปิดฝาภาชนะและป้องกันการหกหล่น หรือแทงทะลุขณะปิดฝาภาชนะ จากนั้นนำไปเก็บไว้ยังที่พักรวมมวลฝอยติดเชื้อทันที

6.2.1.3 ภาชนะสำหรับการบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ ประเภทถุงแดงและกล่องใส่มวลฝอยติดเชื้อ เมื่อใช้งานแล้วจะต้องทำลายพร้อมกับการกำจัดมวลฝอยติดเชื้อ โดยไม่มีการนำกลับมาใช้งานอีก

6.2.1.4 กล่องหรือภาชนะบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ ต้องสามารถเก็บรักษามวลฝอยติดเชื้อได้อย่างดีในขณะที่อยู่ในที่พักรวมฝอยและการขนถ่ายมวลฝอย

6.2.1.5 กรณีที่ไม่สามารถขนมวลฝอยติดเชื้อไปไว้ที่พักรวมมวลฝอยติดเชื้อได้ทันที ต้องจัดให้มีมุ้งห้องหรือที่สำหรับรวมมวลฝอยดังกล่าวไว้ก่อน แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เก็บเอาไว้เกินกว่า 1 วัน โดยในการรวบรวมภาชนะบรรจุมวลฝอยติดเชื้อดังกล่าว อาจจะต้องจัดให้มีภาชนะรองรับน้ำหนักด้วย วัสดุแข็งแรง ไม่รั่วซึม ทำความสะอาดได้ง่าย เช่น ถังพลาสติก เป็นต้น ซึ่งภาชนะนี้อาจใช้ได้หลายครั้งแต่ต้องดูแลรักษาความสะอาดอยู่เสมอ

6.2.2 วิธีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมวลฝอยติดเชื้อไปที่พักรวม

6.2.2.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้และผ่านการอบรมหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างการเคลื่อนย้าย ต้องสวมชุดปฏิบัติงานที่ป้องกันอันตรายจากมวลฝอยติดเชื้อได้ เช่น ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดจมูก รองเท้ายางหุ้มแข้ง เป็นต้น และหลังเสร็จภารกิจต้องทำความสะอาดร่างกายเสมอ

6.2.2.2 การเคลื่อนย้ายต้องใช้รถเข็น ต้องขนย้ายในเส้นทางที่กำหนด ตามตารางเวลาที่กำหนด ซึ่งกำหนดโดยผู้มีหน้าที่ควบคุมหรือรับผิดชอบดูแลเรื่องนี้ของสถานบริการสาธารณสุขนั้น ห้ามมิให้แฉะพักระหว่างทาง และห้ามโยนหรือลากภาชนะบรรจุโดยไม่ระมัดระวัง ในกรณีที่มีมวลฝอยติดเชื้อตกหล่นในระหว่างการเคลื่อนย้าย กำหนดให้ต้องใช้อุปกรณ์คีบจับหรือหยิบมวลฝอยติดเชื้อนั้นด้วยถุงมือยางหนา ลงในภาชนะบรรจุใหม่ แล้วใช้สารเคมีฆ่าเชื้อโรคก่อนทำความสะอาดตามปกติ

6.2.2.3 คุณลักษณะของรถเข็นที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ ต้องทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่าย ไม่มีแฉะมุ่มเป็นที่หมักหมมของสิ่งสกปรก มีผนังปิดทึบ และมีฝาปิด มีอุปกรณ์ทำความสะอาดกรณีมวลฝอยติดเชื้อตกหล่น และต้องมีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “รถเข็นมวลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น” รถและอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว ต้องทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และห้ามไปใช้ในกิจการอื่น

6.2.2.4 ภาชนะสำหรับบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ มีได้หลายขนาดตามความเหมาะสมของการเก็บรวบรวม และการขน แต่ในกรณีที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นสมควร เพื่อความสะดวกใน

การเก็บ การขน จะกำหนดขนาดของภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อสำหรับใช้ในสถานบริการ สาธารณสุขใด หรือสำหรับใช้ในห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายใดก็ได้

6.2.3 ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

6.2.3.1 กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยพักค้างคืน หรือสถานพยาบาลสัตว์ที่มีสัตว์พักค้างตามชนิดและจำนวนที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด ต้องจัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้ กรณีสถานพยาบาลคลินิก ที่ไม่มีการพักค้างคืน ก็ไม่ต้องจัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

6.2.3.2 ลักษณะของที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อต้องเป็นอาคารหรือห้องแยกเฉพาะ มีขนาดความกว้างพอที่จะรับรองมูลฝอยได้ไม่น้อยกว่า 2 วัน มีลักษณะโปร่ง ไม่อับทึบ พื้นผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย มีประตูปิดล็อกได้ ป้องกันสัตว์ พาหนะนำโรคได้ มีลานสำหรับล้างรถเข็นด้วย และมีข้อความเตือนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ด้วย ทั้งนี้ในกรณีที่ห้องรวมมูลฝอยติดเชื้อมีการเก็บมูลฝอยติดเชื้อมากกว่า 7 วันจะต้องเป็นห้องที่สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ที่ 10 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่านั้นได้

6.2.3.3 ขนมูลฝอยติดเชื้อออกจากที่พักรวมแล้ว ต้องทำความสะอาด ซัดถูที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อโดยเฉพาะบริเวณที่เป็นจุดหมักหมม เป็นประจำเสมอด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

6.3 การขนมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง การขนมูลฝอยติดเชื้อจากสถานอนามัยและคลินิก หรือสถานที่ที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออื่น ๆ ไปยังแหล่งที่มีระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งกฎกระทรวงฯได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการไว้ดังนี้

6.3.1 การจัดให้มีสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือ

6.3.1.1 กำหนดให้ราชการส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับอนุญาตทำการเก็บขนโดยทำเป็นธุรกิจ ต้องจัดให้มียานพาหนะขนที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เพียงพอต่อการให้บริการ

6.3.1.2 คุณลักษณะของยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีตัวถังปิดทึบภายในด้วยวัสดุทนทาน ทำความสะอาดง่าย ในกรณีที่ยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อที่เก็บมานานกว่า 7 วันรถนั้นต้องสามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ที่ 10 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่านั้นได้ โดยติดเทอร์โมมิเตอร์ที่รถด้วย และต้องจัดให้มีอุปกรณ์เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย รวมทั้งอุปกรณ์ทำความสะอาดกรณีตกหล่นหรือรั่วไหลของมูลฝอยติดเชื้อ และอุปกรณ์สื่อสารประจำรถกรณีเกิดอุบัติเหตุยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อต้องพิมพ์ข้อความแสดง ขนาดที่มองเห็นได้ชัดเจนที่ตัวถังรถ “ใช้เฉพาะขนมูลฝอยติดเชื้อ” กรณีที่เป็นยานพาหนะของราชการส่วนท้องถิ่น ต้องพิมพ์ด้วยชื่อราชการส่วนท้องถิ่นด้วย

6.3.2 วิธีการขนมูลฝอยติดเชื้อ

6.3.2.1 ต้องขนโดยสม่ำเสมอตามวันและเวลาที่กำหนด

6.3.2.2 ผู้ปฏิบัติงานในการเก็บขน ได้แก่ ผู้ขับขีและผู้ปฏิบัติงานประจำรถขน ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขและต้องสวมชุดที่สามารถป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน

6.3.2.3 ต้องขนโดยระมัดระวังมิให้เกิดการตกหล่น และต้องขนสม่ำเสมอตามวันและเวลาที่กำหนดโดยคำนึงถึงปริมาณของมูลฝอยติดเชื้อและสถานที่จัดเก็บ เว้นแต่จะมีเหตุจำเป็น ห้ามใช้ยานพาหนะไปใช้ในกิจการอื่นใด และต้องทำความสะอาดยานพาหนะ สัปดาห์ละครั้ง เว้นแต่กรณีที่มีการแตกหรือรั่วไหลของภาชนะบรรจุฯ ต้องทำความสะอาดทันทีที่สามารถทำได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

กล่าวโดยสรุป จากการให้นิยามของมูลฝอยติดเชื้อ ในแต่ละหน่วยงาน ที่ได้กำหนดขึ้น ส่วนใหญ่มีความหมายที่คล้ายคลึงกัน แต่บางส่วนก็มีความแตกต่างกัน ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ให้เกิดผลกระทบตามมา ปัจจุบันการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการดำเนินการดูแลและควบคุม เนื่องจากประชาชนตระหนักถึงอันตราย ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น และจากแนวคิดขั้นตอนการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีขั้นตอนตั้งแต่การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ และการขนมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งถือได้ว่าในทุกขั้นตอนมีความสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากมูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปนเปื้อนอยู่ด้วย ซึ่งสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อมได้ จึงกล่าวได้ว่า มูลฝอยติดเชื้อ ที่เกิดจากสถานพยาบาล คลินิก รวมถึงในชุมชน หากไม่มีการจัดการที่ถูกต้องหรือไม่ มีประสิทธิภาพ หรือถ้าขาดความตระหนักในปัญหาจากมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ได้มากขึ้นด้วยเช่นกัน

2.2 กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการยกร่างกฎกระทรวง โดยอาศัยอำนาจตามความพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดรายละเอียดคำจำกัดความ หลักเกณฑ์วิธีการเก็บ การเคลื่อนย้าย การรวบรวม การขนส่ง การทำลาย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งการกำหนดอัตราค่าบริการเก็บขนเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติควบคุมมูลฝอยติดเชื้อสำหรับราชการส่วนท้องถิ่น ในการควบคุมดูแลกิจการที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นสถานบริการสาธารณสุข สถานพยาบาล สถานพยาบาลสัตว์ คลินิก ห้องปฏิบัติการทางชีวภาพหรือทางการแพทย์ทั้งของรัฐและเอกชน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2545 (กรมควบคุมมลพิษ, 2552) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่

หมวด 1 บททั่วไป

หมวด 2 การเก็บมูลฝอยติดเชื้อ

หมวด 3 การขนมูลฝอยติดเชื้อ

หมวด 4 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

หมวด 5 ค่าบริการการเก็บขนหรือกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

2.6.2.1 บททั่วไป

(1) ความหมายของมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปน ในปริมาณ หรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้รวมถึงมูลฝอยที่เกิดหรือใช้ในการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันการทดลองเกี่ยวกับโรค การชันสูตร ได้แก่ ซากหรือชิ้นส่วนอวัยวะของมนุษย์และสัตว์ วัสดุของมีคมที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายและมูลฝอยทุกชนิดจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง

2.6.2.2 คำนิยาม

(1) “ห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง” หมายถึง ห้องรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อร้ายแรง ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นเชื้อร้ายแรง

(2) “สถานบริการสาธารณสุข” หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายรวมถึงสถานบริการของทางราชการ และสถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมาย รวมถึงสถานพยาบาลสัตว์ของทางราชการ

(3) “สถานพยาบาลของทางราชการ” หมายถึง สถานพยาบาลของราชการ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น สภากาชาดไทย และสถานพยาบาลของหน่วยงานอื่นของรัฐตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(4) “ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย” หมายถึง ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายที่ไม่ได้ตั้งอยู่ในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์สารเคมีและจุลินทรีย์ในวัตถุตัวอย่างจากร่างกายมนุษย์หรือสัตว์ที่อาจก่อให้เกิดเชื้ออันตราย และห้องปฏิบัติการทดสอบด้านสาธารณสุขที่ทำการตรวจวิเคราะห์คุณภาพ ส่วนประกอบ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจก่อให้เกิดเชื้ออันตรายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

2.6.2.3 กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายกระทรวงฯ

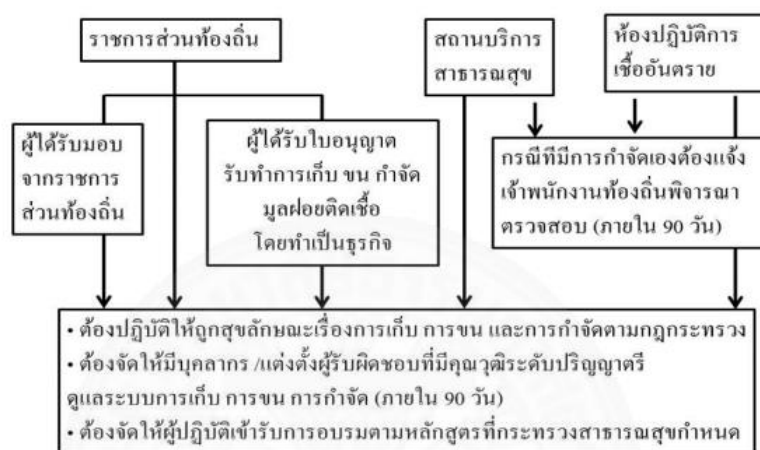
(1) ราชการส่วนท้องถิ่น

(2) ผู้ที่ได้รับมอบจากราชการส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ

(3) ผู้ที่ได้รับอนุญาตทำการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจ

- (4) สถานบริการสาธารณสุข
- (5) ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย
- (6) ประชาชนผู้ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อ

สรุปการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวง ดังแสดงในภาพ



2.6.1.4 การควบคุมดูแลการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของราชการส่วนท้องถิ่น

- (1) จัดสถานที่ทิ้งในที่สาธารณะและกำหนดวิธีการกำจัดในท้องถิ่น
- (2) มีผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน
- (3) ดำเนินการเก็บขนและกำจัดตามหลักเกณฑ์ในกฎกระทรวงฯ
- (4) ควบคุมดูแลสถานบริการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายให้ปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ
- (5) ควบคุมดูแลผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ
- (6) หลายท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการร่วมกันได้

2.6.1.5 การดำเนินการของสถานบริการและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย

- (1) การเก็บและขน ต้องจัดให้มีบุคลากรวุฒิปริญญาตรีบัณฑิต อย่างน้อย 1 คน
- (2) การกำจัด ต้องจัดให้มีบุคลากรวุฒิปริญญาตรีบัณฑิตหรือวิศวกรรมศาสตรบัณฑิต อย่างน้อย 1-2 คนแล้วแต่กรณี
- (3) การเก็บและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ต้องเก็บให้ถูกต้องตามสุขลักษณะตามกฎกระทรวงฯ
- (4) ต้องมีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ (ถ้าเก็บไว้นานเกิน 7 วัน ที่พักต้องควบคุมอุณหภูมิได้)

(5) กรณีที่แหล่งกำเนิดมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อเอง ต้องแจ้งเจ้าพนักงานท้องถิ่น เพื่อได้รับความเห็นชอบก่อนดำเนินการ

2.6.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื่อ

2.6.3.1 ภาชนะบรรจุ แบ่งเป็น 2 ประเภท

(1) แบบกล่อง ใช้สำหรับของมีคม เช่น เข็ม ไขมีด การบรรจุต้องไม่มากกว่า 3/4 ของภาชนะที่บรรจุมูลฝอยติดเชื่อ

(2) แบบถุง ใช้สำหรับมูลฝอยติดเชื่อที่ไม่ใช่ของมีคม การบรรจุต้องไม่มากกว่า 2/3 ของถุงที่บรรจุมูลฝอยติดเชื่อ

2.6.3.2 การเก็บรวบรวม ให้เก็บทันที ณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื่อ และไม่ปนกับมูลฝอยอื่น โดยจัดให้มีที่เก็บ บริเวณมุมห้องได้ แต่ไม่เกิน 1 วัน ในกรณีที่พักมูลฝอยติดเชื่อค้างคืน ควรแยกอาคารหรือห้องที่พักมูลฝอยติดเชื่ออย่างชัดเจน พื้นผนังเรียบ ขนาดกว้างเพียงพอที่จะรองรับมูลฝอยติดเชื่อไม่น้อยกว่า 2 วัน ลักษณะที่พักมูลฝอยติดเชื่อโปร่ง ไม่อับทึบและป้องกันสัตว์นำโรค และมีลานล้างรถเข็น พร้อมวางระบายน้ำลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

2.6.3.3 การเคลื่อนย้าย ทำได้โดยผู้ที่ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายต้องมีความรู้และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อต้องใช้รถเข็นและเข็นไปตามเส้นทางที่กำหนด ไม่แวะพักที่ใดขณะที่เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อ กรณีที่มูลฝอยติดเชื่อตกหล่นระหว่างการเคลื่อนย้ายต้องใช้อุปกรณ์ในการเก็บและทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคทุกครั้ง

2.6.4 การขนมูลฝอยติดเชื่อ

2.6.4.1 พาหนะ อุปกรณ์และสถานที่ ต้องมียานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื่อในจำนวนที่เพียงพอ โดยลักษณะของพาหนะขนมูลฝอยติดเชื่อ มีลักษณะตัวถังปิดทึบ ภายในบุด้วยวัสดุที่ทนทาน สามารถทำความสะอาดได้ง่าย กรณีที่มีการเก็บขนมูลฝอยติดเชื่อที่มีการเก็บไว้นานเกิน 7 วัน ตัวถังต้องสามารถควบคุมอุณหภูมิได้ (ต่ำกว่า 10 องศาเซลเซียส) มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย และอุปกรณ์สื่อสารที่พร้อมใช้งาน ด้านนอกตัวถัง ต้องติดข้อความไว้ว่า “ใช้เฉพาะขนมูลฝอยติดเชื่อ” รวมทั้ง ต้องจัดให้มี ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื่อและบริเวณที่จอดรถขนมูลฝอยติดเชื่อ

2.6.4.2 การขนมูลฝอยติดเชื่อ

(1) ผู้ขับขี่และผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้และสวมชุดป้องกันส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงานทุกครั้ง

(2) การขนต้องขนโดยพาหนะขนมูลฝอยติดเชื่อเท่านั้น

(3) ต้องขนอย่างสม่ำเสมอตามวันและเวลาที่กำหนด

(4) กรณีมูลฝอยติดเชื่อ ตกหล่นระหว่างการขนต้องใช้อุปกรณ์เก็บและทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง

(5) ห้ามนำยานพาหนะที่ใช้ขนมูลฝอยติดเชื้อไปใช้ในกิจการอื่นๆ

2.6.5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

2.6.5.1 สถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือ

(1) จัดให้มีที่พักรวม ขนาดกว้างเพียงพอ เพื่อรอการกำจัด โดยติดป้ายข้อความสีแดงว่า “ที่เก็บกักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ”

(2) จัดให้มีเครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ

(3) มีอุปกรณ์ เครื่องมือป้องกันอัคคีภัย และอุบัติเหตุ

2.6.5.2 การกำจัด

(1) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อต้องมีความรู้ และสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน

(2) วิธีการกำจัด ได้แก่ การเผาในเตาเผา การทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ การทำลายเชื้อด้วยความร้อนและวิธีอื่นตามประกาศของกระทรวง

(3) ต้องกำจัดมูลฝอยติดเชื้อภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ขนมาจากที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อรวม

(4) การกำจัดโดยใช้เตาเผา ต้องได้มาตรฐาน คือ มี 2 ห้องเผา ห้อง 1 เผามูลฝอยติดเชื้อ (อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 760 องศาเซลเซียส) ห้อง 2 เผาคาร์บอน (อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 1000 องศาเซลเซียส) และต้องได้มาตรฐานคุณภาพอากาศ ก่อนปล่อยออกจากเตาเผา ตามกระทรวงกำหนด

(5) การกำจัดที่ใช้วิธีอื่น ต้องให้ได้มาตรฐานทางชีวภาพ คือ ต้องทำลายเชื้อโรคได้หมด ตรวจสอบได้ด้วยวิธีการตรวจวิเคราะห์เชื้อสะเทียโรเธอร์โมฟิลัส หรือบะซิลลัสซับทิลิส กรณีสถานบริการสาธารณสุข และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ผู้ที่ได้รับอนุญาตต้องทำการตรวจสอบเป็นประจำและรายงานผลการตรวจสอบให้ท้องถิ่นทราบ

กล่าวโดยสรุป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง การดำเนินการตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามขั้นตอน คือ การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนส่งและการกำจัด อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยบุคลากรที่มีความรู้หรือเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้าน เพื่อการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพ

2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อมีผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลกระทบที่เกิดจากขยะมูลฝอยต่อสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์หลายประการ ดังต่อไปนี้คือ (เทศบาลเมืองทุ่งสง, 2553)

1. เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลง และพาหะของโรค เนื่องจากเชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนมากับขยะมูลฝอยมีโอกาสที่จะขยายพันธุ์เพิ่มจำนวนมากยิ่งขึ้นได้ เพราะขยะมูลฝอยมีทั้งความชื้นและสารอินทรีย์ที่จุลินทรีย์ใช้เป็นอาหาร ขยะพวกอินทรีย์สารที่ทิ้งค้างไว้จะเกิดการเน่าเปื่อยกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงวัน นอกจากนั้นพวกขยะที่ปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ จะเป็นที่อยู่อาศัยของหนูโดยหนูจะเข้ามาทำรังขยายพันธุ์ เพราะมีทั้งอาหารและที่หลบซ่อน ดังนั้นขยะที่ขาดการเก็บรวบรวม และการกำจัด จึงทำให้เกิดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่สำคัญของเชื้อโรค แมลงวัน หนู แมลงสาบ ซึ่งเป็นพาหะนำโรคมารู้อัน

2. เป็นบ่อเกิดของโรค เนื่องจากการเก็บรวบรวมและการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ดีหรือปล่อยปละละเลยทำให้มีขยะมูลฝอยเหลือทิ้งค้างไว้ในชุมชน จะเป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคต่าง ๆ เช่น วัณโรค อหิวาต์ เชื้อไทฟอยด์ เชื้อโรคเฮตส์ ฯลฯ เป็นแหล่งกำเนิดและอาหารของสัตว์ต่าง ๆ ที่เป็นพาหะนำโรคมารู้อัน เช่น แมลงวัน แมลงสาบ และหนู เป็นต้น

3. ก่อให้เกิดความรำคาญ ขยะมูลฝอย การเก็บรวบรวมได้ไม่หมดก็จะเกิดเป็นกลิ่นรบกวนกระจายอยู่ทั่วไปในชุมชน นอกจากนั้นฝุ่นละอองที่เกิดจากการเก็บรวบรวมการขนถ่าย และการกำจัดขยะ ก็ยังคงเป็นเหตุรำคาญ ที่มักจะได้รับคำร้องเรียนจากประชาชนในชุมชนอยู่เสมอ อีกทั้งอุจาดตายน่าขยะแขยง

4. ก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม ขยะมูลฝอยเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้เกิดมลพิษของน้ำ มลพิษของดิน และมลพิษของอากาศ เนื่องจากขยะส่วนที่ขาดการเก็บรวบรวม หรือไม่นำมากำจัดให้ถูกวิธี ปล่อยทิ้งค้างไว้ในพื้นที่ของชุมชน เมื่อมีฝนตกลงมาจะไหลชะ นำความสกปรก เชื้อโรค สารพิษจากขยะไหลลงสู่แหล่งน้ำ ทำให้แหล่งน้ำเกิดเน่าเสียได้ และนอกจากนี้ขยะมูลฝอยยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพดิน ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของขยะมูลฝอย ถ้าขยะมีซาก ถ่านไฟฉาย ซากแบตเตอรี่ ซากหลอดฟลูออเรสเซนต์มาก ก็จะส่งผลกระทบต่อปริมาณโลหะหนักพวกปรอท แคดเมียม ตะกั่ว ในดินมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศน์ในดิน และสารอินทรีย์ในขยะมูลฝอยเมื่อมีการย่อยสลาย จะทำให้เกิดสภาพความเป็นกรดในดิน และเมื่อฝนตกมาชะกองขยะมูลฝอย จะทำให้น้ำเสียจากกองขยะมูลฝอยไหล ปนเปื้อนดินบริเวณรอบ ๆ ทำให้เกิดมลพิษของดินได้การปนเปื้อนของดินยังเกิดจากการนำมูลฝอยไปฝังกลบ หรือการยกยอกนำไปทิ้งทำให้ของเสียอันตรายปนเปื้อนในดิน ถ้ามีการเผาขยะมูลฝอยกลางแจ้ง ทำให้เกิดควันมีสารพิษทำให้คุณภาพของอากาศเสีย ส่วนมลพิษทางอากาศจากขยะมูลฝอยนั้น อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากมวลสารที่มีอยู่ในขยะและพวกแก๊สหรือไอระเหย ที่สำคัญก็คือ กลิ่นเหม็นที่เกิดจากการเน่าเปื่อยและสลายตัวของอินทรีย์สารเป็นส่วนใหญ่

5. ทำให้เกิดการเสี่ยงต่อสุขภาพ ขยะมูลฝอยที่ทิ้งและรวบรวมโดยขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขยะมูลฝอยพวกของเสียอันตราย ถ้าขาดการจัดการที่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิด

ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ง่าย เช่น โรคทางเดินอาหารที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่มีแมลงวันเป็นพาหะ หรือได้รับสารพิษที่มากับของเสียอันตราย

6. เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ขยะมูลฝอยปริมาณมาก ๆ ย่อมต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดการเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผลกระทบจากขยะมูลฝอยไม่ว่าจะป็นน้ำเสีย อากาศเสียดินปนเปื้อนเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ

7. ทำให้ขาดความสวยงาม การเก็บขนและกำจัดที่ดี จะช่วยให้ชุมชนเกิดความสวยงาม มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย อันสื่อแสดงถึงความเจริญและวัฒนธรรมของชุมชน ฉะนั้นหากเก็บขนไม่ดี ไม่หมด กำจัดไม่ดี ย่อมก่อให้เกิดความไม่น่าดู ขาดความสวยงาม บ้านเมืองสกปรก และความไม่เป็นระเบียบส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ

การเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 บนฐานคิดสำคัญคือ เน้นการป้องกันโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพ ปรับระบบคิดและระบบโครงสร้างการทำงานให้เป็นองค์รวม กระจายบทบาทและเสริมสร้างศักยภาพให้กับประชาชน ชุมชน และ ได้ร่วมกันรับผิดชอบ ดูแลสุขภาพตั้งแต่ระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล ไปจนถึงระดับการร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และร่วมบริหาร ระบบสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่น และระดับประเทศ โดยคณะรัฐมนตรีได้มอบหมายให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) จัดการประสานงานกับทุกภาคส่วนในสังคม โดยมีเป้าหมายระยะสั้น ในการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งภารกิจของ สปรส. ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของประชาคมร่วมกับภาครัฐและเอกชน จนทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม Participatory Healthy Public Policy: PHPP) หรือที่เรียกว่าสมัชชาสุขภาพขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

สมัชชาสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) สมัชชาสุขภาพเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้รับการออกแบบให้เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมใน กระบวนการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายและทิศทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพะ ของคนและสังคม โดยได้กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็น กลไกเชื่อมประสานให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพร้อมกัน การจัดประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญ กับกระบวนการทำงาน ด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่มุ่งเน้นการสร้าง ความสมดุด้วย การสานพลังของพลังทาง

ปัญญา พลังทางสังคม และพลังทางภาครัฐ-การเมือง มาร่วมกันขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดพลังผลักดัน ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อนให้สำเร็จ

2.4.1 ความเป็นมาสมัชชาสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า สมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ขับเคลื่อนโดย คปรส. สปรส. และภาคีทั่วประเทศ ซึ่งสมัชชาสุขภาพได้กลายเป็นเครื่องมือหลักที่เชื่อมร้อยการเคลื่อนไหว ทั้งในการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและผลักดันกฎหมายการเคลื่อนไหว เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพ การสื่อสารสาธารณะ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการมีส่วนร่วม กำหนดนโยบายสาธารณะ อาจกล่าวได้ว่า สมัชชาสุขภาพ ในประเทศไทย เริ่มมีครั้งแรกในปี พ.ศ. 2531 แต่ยังไม่ได้เรียกชื่อ ว่า สมัชชาสุขภาพ เมื่อคณะกรรมการระดับชาติได้ร่วมกับหลายหน่วยงานจัดเวที “สมัชชา สาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้นและมีการเสนอแนวคิดในการจัดตั้ง “สภา สาธารณสุข” ขึ้นเพื่อเป็นองค์กร ประสานระหว่างสาขาและกระทรวงต่าง ๆ มาร่วมกันในการท างานพัฒนาสุขภาพ แต่ยังไม่ประสบ ความสำเร็จ จนกระทั่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543 คณะรัฐมนตรีได้มอบหมายให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ภายใต้คณะกรรมการปฏิรูป ระบบสุขภาพ (คปรส.) จัดการประสานงานกับทุกภาคส่วนของสังคม จัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งภารกิจของ สปรส. ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของ ประชาคมร่วมกับภาครัฐและ ภาคเอกชน จนให้เกิดแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy: PHPP) หรือที่เรียกว่า “สมัชชาสุขภาพ” ขึ้นเมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎร และผ่านออกมา เป็นกฎหมายในปี พ.ศ. 2550 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่หลักในการให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรเลขา ทั้งนี้ ยังกำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะ พื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง สำหรับในประเทศไทยแล้ว “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” คือเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่ประเทศไทยไม่ใช่ ประเทศเดียวที่มีการนำเครื่องมือนี้มาขับเคลื่อนงาน เพราะอย่างน้อยประเทศบราซิลและประเทศ ยูกันดา ก็มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อเนื่องมานานเช่นกัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ, 2559)

2.4.2 ความหมายของสมัชชาสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมาย “สมัชชาสุขภาพ” หมายถึง กระบวนการ ที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้ อย่าง

สมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดให้สมัชชาสุขภาพ มี 3 รูปแบบ ดังนี้

2.4.2.1 สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยการใช้อาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

2.4.2.2 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยการใช้ประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

2.4.2.3 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในระดับชาติ โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ทั้งในระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น หรือระดับประเทศ ซึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ทั้งสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเป็นหนึ่งในกลไกหลัก การจัดสมัชชาสุขภาพ จึงจะต้องดำเนินการเป็นระบบมากขึ้น

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นต้นไป จะต้องมีการดำเนินการที่เป็นระบบเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2.4.3 หลักการสำคัญและคุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์

2.4.3.1 หลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

หลักการสำคัญที่เป็นพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ

1) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคม ในการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกันถกแถลงปรึกษาหารือเพื่อกำหนดทิศทางแนวนโยบาย ร่วมดำเนินการ

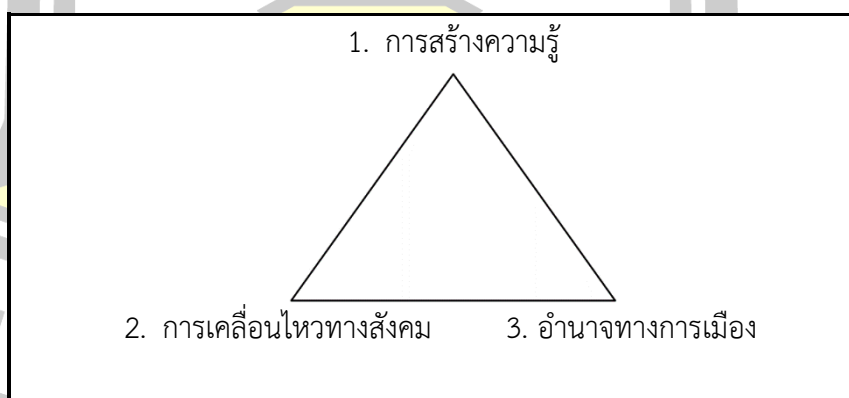
ร่วมติดตาม ร่วมปรับปรุงแก้ไขและร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทุกฝ่ายในสังคมรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะ นั้นร่วมกัน

2) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

3) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อน โดยพึ่งพาพลัง 3 ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทาง ปัญญา พลังทางสังคมและพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2547) ได้ให้หลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” สำหรับใช้เปลี่ยนแปลงสิ่งที่ยาก ว่าจะต้องดำเนินการ 3 เรื่องไปพร้อม ๆ กัน คือ การสร้างความรู้ การนำความรู้ไปเคลื่อนไหวสังคม และเชื่อมโยงความรู้และการเคลื่อนไหวสังคมกับการดำเนินการทางการเมือง เพื่อเคลื่อนไหวในเชิงระบบเชิงกติกาสังคม (กฎหมาย) หรือ เชิงโครงสร้าง ในสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้น มุมบนสุด ซึ่งสำคัญที่สุด และเป็นพลังหลัก แต่ดำเนินการยากที่สุด คือ การสร้างความรู้

“ภูเขา” หมายถึง สิ่งยากที่ดูเหมือนเขยื้อนไม่ได้ สามารถจัดการให้เขยื้อนได้โดยโครงสร้างสามเหลี่ยม หรือ สามมุมเชื่อมกันดังรูป ข้างล่าง ดังนั้น สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก็หมายถึง การจัดการความรู้เพื่อเคลื่อนสิ่งยาก โดยการจัดการให้มีการสร้างความรู้และจัดการให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ที่เรียกว่า “การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ” ในกรณีนี้ต้องมี “หน่วยจัดการความรู้ที่เป็นอิสระ” ที่จัดกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้นที่ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝงของใคร นอกจากผลประโยชน์ของ ส่วนรวมเท่านั้น ซึ่งสามมุมอธิบายภาพได้ดังนี้ แสดงดังภาพประกอบ 1



ที่มา : ประเวศ วะสี (2547)

ภาพประกอบ 1 สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

มุมมองที่ 1 การสร้างความรู้ ด้วยการวิจัยเพื่อหาความรู้ในการแก้ปัญหาสังคมที่ต้องการการวิจัย มี 3 รูปแบบใหญ่ๆ ได้แก่

- 1) การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ได้แก่ การศึกษาปัญหาเชิงบรรยาย จากข้อมูลที่ได้มา นำมาประมวลเป็นข้อมูลทางสถิติ เพื่อเข้าใจปัญหาได้มากขึ้น
- 2) การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Research) ได้แก่ การนำข้อมูลเชิงสถิติ จากการวิจัยเชิงพรรณนา ข้อ 1.1 มาวิเคราะห์ หาเหตุ-หาผลเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหา และ
- 3) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ได้แก่ การนำเหตุ-ผล จากการวิจัยเชิงวิเคราะห์ข้อ 1.2 มาทำการทดลอง ว่าเป็นไปตามที่วิเคราะห์หรือไม่ ผลที่ได้จะนำมาใช้ดำเนินการแก้ปัญหา ซึ่งต้องดำเนินการตามวงจรคุณภาพของเดมมิง (PDCA: P-Plan, D-Do, C-Check, A-Act)

มุมมองที่ 2 การเคลื่อนไหวทางสังคม หมายถึง การที่สังคมเข้ามาร่วมเรียนรู้ ร่วมบอกความต้องการ นี่คือการจัดการเรียนรู้ ซึ่งต้องแปรความรู้ในมุมมองที่ 1 ให้อยู่ในรูปแบบที่สังคม จะเข้าใจได้ง่าย เข้าร่วมได้ เรียกว่าความรู้เพิ่มอำนาจให้สาธารณะ (Empowerment) ถ้าปราศจากความรู้ที่ถูกต้อง สังคมจะ เคลื่อนไปได้ยาก ไม่มีพลัง หรือเคลื่อนแล้วเพี้ยนไปทางอื่น โดยมีการรวมตัวกันของผู้มีความรู้ ตามมุมมองที่ 1 ของ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" นั้น ขึ้นเป็นกลุ่มคน โดยมีผู้นำกลุ่มที่มีความสามารถ นำความรู้ที่ได้ออกมาเป็นการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้

มุมมองที่ 3 อำนาจอรัฐ หรือ อำนาจทางการเมือง เป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้ เพราะเป็นผู้ใช้อำนาจอรัฐ บริหารการใช้ทรัพยากรของรัฐ และเป็นผู้ออกกฎหมายมาบังคับใช้ให้เป็นไปตามความรู้นั้นๆ

สามเหลี่ยมทั้ง 3 มุม จะต้องประกอบกัน ไม่อ่อนมุมใดมุมหนึ่ง แม้มีนักการเมืองที่ดีเป็นมุมมองที่ 3 แต่ปราศจากมุมมองที่ 1 และมุมมองที่ 2 ก็ไม่สามารถแก้ปัญหาใดๆ ได้

การประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ภายใต้สถานการณ์ที่มีความแตกต่างกัน จะเริ่มจากยุทธศาสตร์ มุมใดก่อนก็ได้ แต่จะขาดเสียมุมใดมุมหนึ่งไม่ได้ จะต้องครบทั้ง 3 มุม จึงจะทำให้เกิดกลไกและกระบวนการที่เสริมพลังซึ่งกันและกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

รูปแบบของ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” สามารถนำไปใช้ในปัญหาเรื่องและระดับต่างๆ ได้ไม่ว่าระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับหน่วยงาน ระดับครอบครัว และระดับส่วนบุคคล

2.4.3.2 สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์มีหลักการและคุณลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ คือ

- 1) กลไกจัดการเป็นกลไกพหุภาคี สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยใช้พลังจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งอาจจะจัดกลุ่มเป็น 3 ภาคส่วนสำคัญ คือ ภาคประชาชน (ชุมชน ประชาสังคม รวมถึงภาคเอกชน สื่อสารมวลชน) ภาครัฐ (ทั้ง

หน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และภาคการเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่น) และ ภาควิชาการ (วิชาชีพ รวมถึง ผู้รู้ ประชาชนที่อยู่ในชุมชน) หัวใจสำคัญ คือ การเชื่อมประสานผู้คนในภาคส่วนต่างๆ ให้มา รวมพลังทำงานร่วมกัน จึงจำเป็นต้องมีกลไกที่ทำหน้าที่ออกแบบ วางแผน ประสานและการดำเนินงาน ที่มีความรู้และเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ กลไกดังกล่าวอาจจะเป็นรูปแบบของคณะทำงาน คณะกรรมการหรือมีการรวมตัวกันเป็นทีมทำงาน ทั้งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ แต่ควรจะมีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน

2) มีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ กระบวนสมัชชาสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงการจัดเวทีวิชาการหรือเวทีสาธารณะทั่ว ๆ ไป แต่เป็นกระบวนการจัดการที่เป็นระบบ ที่มีขั้นมีตอน ตั้งแต่การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย กำหนดทางเลือก การตัดสินใจทางนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินกระบวนการทุกขั้นตอน เน้นการจัดการข้อมูลความรู้ เน้นการจัดการกลุ่ม เพื่อการทำงานแบบมีส่วนร่วม เน้นการจัดการที่สมานฉันท์เพื่อหาฉันทมติร่วมกัน

3) ใช้ฐานความรู้ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ ซึ่งหมายถึงการใช้ข้อมูล วิชาการและความรู้ หรืออาจเรียกว่า “ปัญญา” เป็นฐานในการพูดคุยแลกเปลี่ยน เรียนรู้กัน ไม่ได้ใช้อารมณ์ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง นอกจากนั้นยังเป็นกระบวนการที่ไม่รังเกียจเดียดฉันท์กัน ไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวก ยึดความสมานฉันท์ หรืออาจเรียกว่า “ความรักสมัครสมาน” เป็นกรอบใน การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันด้วย ฉะนั้น สมัชชาสุขภาพจึงต้องมีความประณีตในการออกแบบและจัดการ เพราะเป็นกระบวนการที่ใช้ความรัก ใช้ปัญญา ใช้ความรู้ ใช้ความสมานฉันท์ เป็นฐานในการทำงาน

4) ทุกฝ่ายที่เข้ามาร่วมกันเป็นไปอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่กัน สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ที่หมายถึง เป็นกระบวนการของประชาชน เพื่อประชาชนและโดยประชาชน ที่คำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกภาคส่วนที่เข้ามาร่วมกันทำงานและทำงานกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ โดยมุ่งไปที่เป้าหมายในการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

5) มีประเด็นชัดเจน เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าสมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ฉะนั้นในการทำงานจึงจำเป็นต้องมีประเด็นเชิงนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งไม่จำเป็นต้องประเด็นที่ใหญ่ก็ได้ ควรเริ่มจากประเด็นเล็ก ๆ และใกล้ตัว โดยประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดขึ้น ต้องมีกระบวนการค้นหาร่วมกัน และนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายโดยอาศัยข้อมูล วิชาการ และ องค์ความรู้รองรับร่วมกัน

6) มีโอกาสผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง ผลสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพ ไม่ได้จบลงที่การมีมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายเท่านั้น แต่ต้องมีกระบวนการ

ขับเคลื่อน และผลักดันมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติ และถือเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกฝ่ายที่จะนำมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้น ไปทำงานตามบทบาทหน้าที่ตน โดยไม่ปล่อยให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นผู้ดำเนินการแต่เพียงลำพัง

2.4.4 แนวทางการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 40 การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนด

ในกรณีสมัชชาสุขภาพตามวรรคหนึ่ง มีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไป พิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สามารถขอรับสนับสนุนการจัดจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หรือรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเองก็ได้ ทั้งนี้ผู้ที่ขอรับสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ควรดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนด ดังนี้

1. กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการออกแบบกลไกการจัดเป็นกลไกพหุภาคีที่มีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ทั้งภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคราชการ โดยตั้งเป็นคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือ เฉพาะประเด็น และมีฝ่ายเลขานุการที่คอยสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งมีการกำหนดแนวทางหรือ วิธีการทำงานร่วมกัน โดยมีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้

1.1 คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1.1.1 รูปแบบคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การจัดตั้งอย่างเป็นทางการ ในรูปของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานก็ได้ตามความเหมาะสม โดยมีคำสั่งแต่งตั้งที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเป็นที่นิยมในการดำเนินงาน เพราะบุคคลที่เข้ามาร่วมเป็นกรรมการ อนุกรรมการ

หรือผู้ทำงาน สามารถใช้เป็นเอกสารอ้างอิงกับหน่วยงานต้นสังกัดได้ ในการออกคำสั่งแต่งตั้ง ผู้ที่จะเป็นผู้ลงนาม แต่งตั้งอาจดำเนินการได้หลายกรณี เช่น

กรณีที่ 1 แต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ได้รับมอบหมาย ซึ่งการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในระดับจังหวัด จะใช้กรณีนี้เป็นส่วนใหญ่ เช่น ที่จังหวัดสมุทรปราการ นครศรีธรรมราช พิจิตร แพร่ และเชียงราย ที่มีการออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อทำหน้าที่จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในปี 2552 เป็นต้น

กรณีที่ 2 แต่งตั้งโดย เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสามารถแต่งตั้งได้ทั้งกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดตราดและนครศรีธรรมราช ในปี 2551 เป็นต้น

กรณีที่ 3 แต่งตั้งโดย ประธานคณะกรรมการที่จัดตั้ง โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เช่น ในปี 2552 มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ในงานมหกรรมสมุนไพรมหาชาติ ครั้งที่ 6 มีการแต่งตั้งกลไกจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยประธานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ลงนามในคำสั่งแต่งตั้ง เป็นต้น

กรณีที่ 4 แต่งตั้งโดยผู้บริหารหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

รูปแบบที่ 2 การจัดตั้งแบบไม่เป็นทางการ เป็นการรวมตัวเป็นทีมทำงาน แบบหลวม ๆ เพื่อมาทำงานร่วมกันโดยไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั้งสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น จังหวัดตรังและจังหวัดเลย มีการรวมตัวของกลุ่มบุคคลจากภาคส่วนต่าง ๆ เป็นคณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพในปี 2552 เป็นต้น หรือกรณีที่มีการรวมตัวของบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันมาทำงานร่วมกัน เช่น ในเรื่องการจัดการลุ่มน้ำ ซึ่งมีกลุ่มบุคคลจากองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีต่าง ๆ ที่หลากหลายมารวมตัวกัน เป็นกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องการจัดการลุ่มน้ำ เป็นต้น กลไกแบบนี้จะมีการจัดสรรบทบาท ให้แต่ละคนตามที่ได้มีการตกลงหรือปรึกษาหารือกัน

ทั้งนี้ ภายใต้คณะกรรมการหรือคณะทำงานทั้ง 2 รูปแบบข้างต้น อาจจะมีการจัดให้มีคณะทำงานย่อย ๆ รับผิดชอบงานในแต่ละด้านอีกก็ได้ เช่น ทีมงานวิชาการ ทีมดำเนินการประชุม ทีมสื่อสารสาธารณะ ทีมติดตามและประเมินผล เป็นต้น

1.1.2 องค์ประกอบของคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการกำหนดองค์ประกอบเป็นแบบพหุภาคีที่สมดุล ระหว่างภาคการเมืองหรือหน่วยงานของรัฐ ภาควิชาชีพหรือวิชาการ และภาคประชาสังคมหรือภาคประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2552 มีองค์ประกอบจากกลุ่ม

เครือข่ายเชิงพื้นที่ 5 คน จากกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนและเอกชน 7 คน จากกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพและวิชาการ 6 คน และจากกลุ่มเครือข่ายภาครัฐราชการและภาคการเมือง 7 คน เป็นต้น

ทั้งนี้ อาจมีการแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องเป็นที่ปรึกษาของคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพิ่มเติมก็ได้

นอกจากนั้น เพื่อให้การทำงานร่วมกันของคณะทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรจัดให้มีกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องสมัชชาสุขภาพและเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในระยะเริ่มต้นของการทำงาน รวมทั้งจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอระหว่างกันก็จะทำให้กลไกนี้เป็นกลไกที่มีศักยภาพในการทำงานต่อไปได้

1.1.3 บทบาทหน้าที่ของคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ซึ่งบทบาทที่สำคัญของกลไกนี้ได้แก่

- 1) วางแผนการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชา สุขภาพเฉพาะประเด็น
- 2) อำนวยการ ติดตาม และกำกับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เรียบร้อย
- 3) เชื่อมประสานระหว่างกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเกื้อกูลการทำงานระหว่างกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 4) แต่งตั้งกลไกย่อย ๆ เพื่อดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

1.1.4 วาระของคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้การ ดำเนินงานสมัชชาสุขภาพเกิดการพัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ไม่ถูกมองเป็นของผู้ใด ผู้หนึ่ง คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ จึงควรมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกัน โดยควรมีวาระในการทำงาน ประมาณ 1 – 2 ปี เพื่อมิให้เกิดการผูกขาดอยู่ที่กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

1.2 ฝ่ายเลขานุการ

ฝ่ายเลขานุการนับเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพราะเป็นผู้ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีประเด็นที่ควรพิจารณา คือ

1.2.1 องค์ประกอบของฝ่ายเลขานุการ

ฝ่ายเลขานุการ ควรประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความรู้และเข้าใจในเรื่องของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจากฝ่ายเลขานุการ ควรประกอบด้วยคณะบุคคลที่สามารถทำงานในบทบาทหลัก 6 ประการ คือ

1) บทบาทของผู้ทำงานด้านยุทธศาสตร์ ควรเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ ในการคาดการณ์ในอนาคต บนฐานของบริบทปัจจุบัน สามารถกำหนดยุทธศาสตร์และกลวิธีในการ ขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้อย่างเป็นระบบ

2) บทบาทของผู้ทำงานด้านวิชาการ เป็นบุคคลที่มีความรู้ หรือเชี่ยวชาญ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการ เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

3) บทบาทของผู้ทำงานด้านการขับเคลื่อนเป็นบุคคลที่มีทักษะ ในการ เคลื่อนไหวสังคม จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสำคัญในการปฏิบัติการต่าง ๆ ในพื้นที่ ในเชิงร่วมคิด ติดตาม ผลักดันแบบกตัตตในประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้น

4) บทบาทของผู้ทำงานด้านการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้าง ความรู้ความ เข้าใจกับประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบาย สาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในช่องทางรูปแบบที่เหมาะสม

5) บทบาทของผู้ทำงานด้านการประสานจัดการ เป็นบุคคลที่เก่ง และ เชี่ยวชาญในเชิงการประสานงานกับกลุ่มบุคคล องค์กร เครือข่ายต่าง ๆ และทำหน้าที่บริหารจัดการ ด้านต่าง ๆ ซึ่งเปรียบเสมือนแม่บ้านที่เป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินการนั่นเอง

6) บทบาทของผู้ทำงานด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะ เป็น บุคคล ที่มีความรู้และเข้าใจในเรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี

1.2.2 บทบาทหน้าที่ของฝ่ายเลขานุการ

- 1) ประสานสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านกระบวนการสมัชชา สุขภาพ
- 2) ประสานเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนการจัดกระบวนการสมัชชา สุขภาพ
- 3) ประสานการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรม
- 4) ประสานงานกับองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องกับประเด็น เชิงนโยบายที่รับผิดชอบเพื่อหาความคิดเห็นร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่การพิจารณา ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และนามติที่เกิดขึ้นมาผลักดันสู่การปฏิบัติ
- 5) ประสานงานอื่น ๆ กับองค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อการทำงานร่วมกัน
- 6) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการบริหารจัดการ
- 7) อื่น ๆ

1.3 แนวทางหรือหลักเกณฑ์การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ คณะทำงานควรมีการกำหนดวิธีการทำงาน ร่วมกัน ทั้งการวางแผนการดำเนินงาน และการจัดทำแนวทางการดำเนินงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือประเด็น เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์ระบบ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดทำแผนทางการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ ขึ้น เพื่อให้คณะทำงานได้เข้าใจกระบวนการตรงกัน และนำไปสู่ผลสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพในที่สุด

2. การจัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นการเปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ ฉะนั้น การจัดกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมและครบถ้วนทุกภาคส่วน โดยมีประเด็นพิจารณา ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการจัดกลุ่มเครือข่าย มีขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) เพื่อให้เห็นภาพรวมของกลุ่มคน องค์กร เครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งควรใช้กรอบการวิเคราะห์ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือครอบคลุมทั้งภาคประชาชนและเอกชน ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาครัฐราชการและการเมืองโดยอาจแบ่งประเภทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ 2 มิติ คือ

ก. มิติเชิงพื้นที่ เป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้เขตพื้นที่เป็นกรอบในการวิเคราะห์ โดยยึดกรอบการวิเคราะห์ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เช่น หากเป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในระดับจังหวัด อาจใช้พื้นที่ระดับอำเภอ หรือระดับตำบล เป็นกรอบในการวิเคราะห์ แต่หากเป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับเล็กลงไป เป็นระดับอำเภอ หรือระดับตำบล ก็อาจใช้พื้นที่หมู่บ้าน หรือชุมชน เป็นกรอบในการวิเคราะห์ก็ได้ ในทำนองเดียวกันหากเป็นการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับประเด็นสำหรับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น อาจจะใช้พื้นที่ของจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด เป็นกรอบในการวิเคราะห์ แต่หากเป็นประเด็นเชิงนโยบายในระดับที่เล็กลงไป เช่น ระดับภาคหรือระดับเขต ก็อาจใช้พื้นที่ระดับจังหวัด หรือพื้นที่ระดับอำเภอ ที่อยู่ภายในภาคหรือเขตนั้นเป็นกรอบในการวิเคราะห์ก็ได้

ข. มิติเชิงองค์กร หน่วยงานและเครือข่าย จำแนกเป็น

1) ภาคประชาชนและเอกชน ได้แก่ มูลนิธิ สมาคม สถาบันที่จัดตั้งขึ้น เพื่อประโยชน์สาธารณะไม่หวังผลกำไร และรวมไปถึงเครือข่ายภาคีที่รวมตัวกันแบบไม่เป็นทางการ เช่น สภามอเมืองของเครือข่ายหมอพื้นบ้านในภาคเหนือ เครือข่ายแรงงานนอกระบบ เป็นต้น

2) ภาควิชาชีพและวิชาการ ได้แก่ สภาวิชาชีพตามที่กฎหมายกำหนด อาทิสภากา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สำหรับภาควิชาการ ได้แก่ สถาบันการศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยทั้งของรัฐบาลและเอกชน โรงเรียน และรวมไปถึงผู้ทรงคุณวุฒิสมาชิกต่าง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับ โดยอาจเรียกชื่อเป็นอย่างอื่น เช่น ประชาชนชาวบ้าน เป็นต้น

3) ภาคราชการหรือการเมือง ได้แก่ หน่วยงานราชการส่วนกลาง ส่วน ภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น และรวมไปถึง

4) องค์กรมหาชน องค์กรอิสระ และสาขาพรรคการเมือง ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดเป็นกลุ่มเครือข่าย เมื่อได้รายชื่อของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งมิติเชิงพื้นที่และมิติเชิงองค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายแล้ว ควรนำมาจัดเป็นกลุ่มเครือข่าย เช่น ในจังหวัดสมุทรปราการ มีการจัดกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำแนกเป็น 58 กลุ่มเครือข่าย ประกอบด้วย 1) กลุ่มเครือข่ายตามมิติเชิงพื้นที่ จำนวน 6 กลุ่มเครือข่าย โดยยึดพื้นที่ระดับอำเภอ เป็นหนึ่งกลุ่มเครือข่าย 2) กลุ่มเครือข่ายจากภาคประชาชนและเอกชน จำนวน 20 กลุ่มเครือข่าย 3) กลุ่ม เครือข่ายจากภาควิชาชีพและวิชาการ จำนวน 6 กลุ่มเครือข่าย และ 4) กลุ่มเครือข่ายจากภาคราชการ และการเมือง จำนวน 26 กลุ่มเครือข่าย เป็นต้น

2.2 บทบาทหน้าที่ของกลุ่มเครือข่าย

เหตุผลสำคัญที่ต้องมีการจัดกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก็เพื่อให้เกิดการทำงานในรูปของเครือข่าย มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำไปสู่ความเข้มแข็งของกลุ่มเครือข่าย ในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้กลุ่มเครือข่าย ควรมี

บทบาทในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ดังนี้

1) คัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดจากการตกลงร่วมกันของสมาชิกในกลุ่มเครือข่ายตน เพื่อเสนอเป็นประเด็นเชิงนโยบายต่อกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ พิจารณา กำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

2) เข้าร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของกลุ่มเครือข่ายตน

3) จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มเครือข่ายตน ต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

4) คัดเลือกตัวแทนกลุ่มเครือข่ายตนเพื่อเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่จัดขึ้น และเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่ายตนในการสะท้อนความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพในแต่ละครั้ง

5) ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพ เฉพาะประเด็นที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง

6) เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นไปสู่การปฏิบัติ สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายที่กลุ่มเครือข่ายตนเป็นผู้เสนอ

7) ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ต่อกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้เห็นความเคลื่อนไหวและเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งในและนอกกลุ่มเครือข่ายตน

3. การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย 2) การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย 3) การแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย 4) การขับเคลื่อนข้อเสนอสู่การปฏิบัติ 5) การติดตามและประเมินผล โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

3.1 การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย ที่ควรพิจารณา คือ

3.1.1 ที่มาของประเด็น อาจมาจาก

1) สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่หรือประเด็นซึ่งสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลจาก ก) ข้อมูลทางวิชาการ ผลงานวิจัย หรือการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ ข้อมูลวิชาการเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการกำหนดประเด็นเชิงนโยบายได้เช่นกัน เช่น จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศของประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2551) สำรวจเมื่อปี 2549 พบว่า “ร้อยละ 80 ของวัยรุ่นเพศชาย อายุ 18 - 24 ปี และร้อยละ 63 ของวัยรุ่นหญิง อายุ 18 - 24 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว” สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไป เป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นไทย เป็นต้น

ข) ข่าวสารที่นำเสนอทางสื่อสาธารณะ ในแต่ละวันจะมีการนำเสนอข่าวสารต่าง ๆ ผ่านทางสื่อสาธารณะมากมายไม่ว่าจะเป็น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต หรือสิ่งพิมพ์รูปแบบอื่นๆ ซึ่งข่าวสารเหล่านี้ก็สามารถนำไปใช้เป็นประเด็นเชิงนโยบายได้ เช่น ข่าวการเกิดไฟไหม้ส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ 2552 ที่ซานดิเอโก ก็สามารถนำมาใช้เป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องจัดการความปลอดภัยในสถานบันเทิง เป็นต้น

2) สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่การเลือกประเด็นจากเรื่องดี ๆ สิ่งดี ๆ กิจกรรมดี ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นการเลือกประเด็นในเชิงบวก ที่เกิดมาจากความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่นำมาขยายผลให้มากยิ่งขึ้น ผ่านการเคลื่อนไหวในเชิงนโยบายของกลุ่มองค์กรเครือข่ายการหิบบประเด็น ในลักษณะนี้ อาจต้องพิจารณาในมิติของบริบทต่าง ๆ ในแต่ละพื้นที่ที่สำคัญต้องเข้าใจว่า การหิบบ

ประเด็นเหล่านี้ต้องอาศัยความเข้าใจในเชิงหลักการแนวคิดและแนวปฏิบัติ ซึ่งจะต้องนำไปประยุกต์ใช้ในการเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสม

3) ความสนใจร่วมของของสังคม หมายถึง ประเด็นเชิงนโยบายนั้นอาจมาจากคนสนใจร่วมของคนในพื้นที่ ชุมชนหรือสังคมนั้น เช่น ความสนใจในการจัดสวัสดิการชุมชนหรือการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นต้น

4) นโยบายของรัฐ ในการบริหารบ้านเมืองจะมีคณะรัฐมนตรีเป็นกลไก บริหารบ้านเมือง ซึ่งก่อนจะมีการทำงานคณะรัฐมนตรีจะมีการแถลงนโยบายต่อรัฐสภา ข้อแถลงเหล่านั้นสามารถนำไปเป็นประเด็นเชิงนโยบายในการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายได้ นอกจากข้อแถลงของคณะรัฐมนตรีแล้ว ยังมีนโยบายในระดับกระทรวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ อีก ซึ่งก็สามารถนำไปเป็นประเด็นนโยบายได้เช่นเดียวกัน

5) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2552 ประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อ โดยแต่ละข้อ สามารถนำไปใช้ในการกำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมได้ เช่น การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องมาตรการภาษีเพื่อการป้องกันและควบคุม โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ข้อ 40 ที่บัญญัติไว้ว่า “ให้รัฐนำมาตรการทางภาษี มาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีการนำเข้าวัตถุหรือของเสียอันตราย” เป็นต้น

6) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านฉันทมติจาก สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในแต่ละเรื่องยังมีข้อเสนอเชิงนโยบายย่อย ๆ อีกหลายข้อ และข้อเสนอเชิงนโยบายเหล่านั้นสามารถนำมากำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้อีก เช่น การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องกองทุนสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชนและครอบครัว ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในข้อ 1.1 ของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551 ตามมติ 1.9 ที่ระบุไว้ว่า “ให้หน่วยงานของรัฐ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในทุกภาคส่วนทุกระดับ พิจารณาผลักดันกองทุนในการผลิตสื่อ สร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชนและครอบครัว โดยการจัดตั้งกองทุนขึ้นใหม่จากการใช้เงินกองทุนที่มีอยู่แล้ว หรือการใช้มาตรการทางนโยบายเพื่อระดมเงินทุนโดยรัฐจัดให้ มีการรวบรวมข้อเสนอเรื่องแนวทางและรูปแบบของกองทุนที่มีความเป็นไปได้” เป็นต้น

3.1.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบาย

จากรายละเอียดเรื่องที่มาของประเด็นเชิงนโยบายข้างต้น จะพบว่า มีประเด็นที่สามารถนำไปเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างมากมาย แต่ก็เชื่อว่า จะสามารถนำทุกประเด็นไปกำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายได้ ฉะนั้น จึงควรมีการกำหนดเกณฑ์ที่

เหมาะสมในการคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบาย ซึ่งต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของเกณฑ์ที่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น

(1) เกณฑ์ความสำคัญ โดยอาจดูจาก 1) ความสอดคล้องกับ สถานการณ์ หรือ วิกฤตการณ์ของพื้นที่หรือของสังคม 2) การมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ 3) การมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ทั้งในระดับพื้นที่และชาติ 4) มีความซับซ้อน ต้องร่วมกันแก้ปัญหาโดยหลายภาคส่วนที่ไม่สามารถ แก้ปัญหาด้วยองค์กรเดียว และ 5) มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวในระดับโลก

(2) เกณฑ์ความรุนแรง โดยอาจดูจาก 1) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ 2) เป็น สาเหตุการตายที่สำคัญ 3) เป็นภาระโรคที่สำคัญ 4) เป็นพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ และ 5) มีความรุนแรงในมิติอื่น

(3) เกณฑ์ความสนใจของสาธารณะ โดยอาจดูจาก 1) จำนวนองค์กร หน่วยงาน และเครือข่ายภาคีที่เสนอประเด็น และ 2) สอดคล้องกับกระแสที่นำเสนอผ่านทางสื่อสาร สาธารณะ

(4) เกณฑ์ความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื้อให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี โดยอาจดูจาก 1) ความพร้อมทางวิชาการ 2) ความเป็นไปได้ในการประสานให้เกิด ส่วนร่วมเพื่อให้ประเด็นนั้นเกิดความสำเร็จ และ 3) การมีองค์กรเจ้าภาพในการขับเคลื่อนและติดตามผล อย่างต่อเนื่อง

3.1.3 การได้มาซึ่งประเด็นเชิงนโยบาย อาจจำแนกได้ 2 วิธี คือ

(1) กำหนดขึ้นโดยกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยใช้กระบวนการปรึกษาหารือกันระหว่างองค์ประกอบของกลไกตามเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่กำหนดขึ้น เช่น ในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการจัดงานวันผู้สูงอายุ ได้กำหนดประเด็นในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุในประเด็น “การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ในปี พ.ศ. 2553 คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2551 คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช กำหนดประเด็นในสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ รวม 3 ประเด็น คือ เรื่องเกษตรและอาหาร การจัดการทรัพยากรชายฝั่งโดยชุมชน และอาสาสมัครสร้างสุขชุมชน เป็นต้น

(2) กำหนดโดยการมีส่วนร่วมจากกลุ่มเครือข่ายโดยการแจ้งเวียนไปยังองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องให้เสนอประเด็นเชิงนโยบายเข้ามา เช่น ในปี พ.ศ. 2552 คณะอนุกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ได้แจ้งให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายเสนอประเด็นเชิงนโยบายในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในงานมหกรรมสมุนไพรรักษาชาติ ครั้งที่ 6 ปรากฏว่ามีองค์กรภาคีเสนอประเด็นเชิงนโยบายมาทั้งสิ้น 28 องค์กร มีกลุ่มประเด็นทั้งหมด 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนา ยาไทย และสมุนไพรรักษาชาติ 2) การส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน 3) การจัดตั้ง

โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ 4) การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

3.2 การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

หลักการสำคัญของการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายก็คือ การใช้ข้อมูลทางวิชาการเป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งจะทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความเป็นเหตุเป็นผล และมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ สังเคราะห์และประมวลเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ถือเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญที่ต้องอาศัยนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในการจัดทำ โดยอาศัยข้อมูลทางวิชาการจากแหล่งต่างๆ เช่น ผลการศึกษาวิจัย การสำรวจ การระดมสมอง เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้า (Input) ที่สำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่จะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกสมัชชาสุขภาพ โดยร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์และประมวลผลแล้ว ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

(1) ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์ของปัญหาในพื้นที่หรือของประเด็นนั้น และแนวนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในรูปของกฎหมาย ระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี แผนยุทธศาสตร์ เป็นต้น ทั้งในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งเอกสารฉบับนี้อาจเรียกว่า “เอกสารหลัก” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด

(2) ร่างมติเป็นเอกสารที่สรุปทางเลือกต่าง ๆ อันนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาหรือเป้าหมายที่ต้องการ โดยควรมีการระบุว่าร่างมติในแต่ละข้อจะเรียกร้องให้องค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มเครือข่ายใดเป็นเจ้าภาพในการนำไปสู่การปฏิบัติ เอกสารชุดนี้อาจเรียกว่า “เอกสารร่างมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด

(3) ภาคผนวก (ถ้ามี) เป็นเอกสารที่เสนอข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสาร นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและเอกสารร่างมติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ เอกสารชุดนี้อาจเรียกว่า “เอกสารภาคผนวก” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การรับฟังความเห็นจากกลุ่มเครือข่าย เมื่อได้เอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรจัดให้กระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ ซึ่งรูปแบบการจัดอาจดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น จัดส่งเอกสาร ไปให้กลุ่มเครือข่ายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเอง หรืออาจจะมีการจัดสมัชชาสุขภาพย่อย เพื่อให้การ

พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายมีความครอบคลุม มีความชัดเจน มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และมีทางเลือกต่าง ๆ ที่หลากหลายมากขึ้น ก็ได้

ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบายหลังจากได้จัดกระบวนการรับฟังความเห็นจากสมาชิกกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแล้ว กลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพควรนำความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย และใช้เป็นเอกสารนำเข้าในการประชุมสมัชชาสุขภาพ เพื่อแสวงหาฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกันในลำดับถัดไป

3.3 การแสวงหาฉันทามติต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในวันประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกันของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ ที่มาจากกลุ่มเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จัดทำขึ้น

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ควรมีการพิจารณาและดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้

3.3.1 ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) สมาชิกสมัชชาสุขภาพ หมายถึง ผู้เข้าร่วมประชุม ตามจำนวนที่คณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด ซึ่งมาจากตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าก็ได้

2) ผู้สังเกตการณ์ หมายถึง ผู้ที่คณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเชิญหรืออนุญาตให้เข้าร่วมประชุม ซึ่งอาจจะเป็นผู้ที่ไม่ได้เป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ หรืออาจจะเป็นสมาชิกของกลุ่มเครือข่ายที่เกินจำนวนที่กำหนด ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการลงทะเบียนล่วงหน้าก่อนหรือไม่ก็ได้

3) ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่คณะกรรมการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เชิญเข้าร่วมประชุมเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในประเด็นที่บรรจุไว้ในระเบียบวาระการประชุม

3.3.2 การกำหนดบทบาทของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อมีการกำหนดประเภทของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแล้ว ต้องมีการกำหนดบทบาทของผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละกลุ่มให้ชัดเจนไว้ด้วย อาทิ บทบาทในการเสนอความคิดเห็นจะทำได้เฉพาะสมาชิกสมัชชาสุขภาพเท่านั้น โดยผู้สังเกตการณ์ไม่มีสิทธิเสนอความคิดเห็น เป็นต้น

3.3.3 การกำหนดระเบียบวาระการประชุมในการประชุมสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกัน ต้องมีการกำหนดระเบียบวาระการประชุมที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเข้าร่วมประชุมตามระเบียบวาระได้อย่าง

ไม่สับสน ตัวอย่างการกำหนดระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพของจังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2551

3.3.4 การดำเนินการประชุมในการประชุมสมัชชาสุขภาพเพื่อแสวงหาฉันทามติ
ร่วมกัน อาจจัดวิธีการประชุม ได้ใน 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การประชุมสมัชชาสุขภาพอย่างเป็นทางการ เป็นการดำเนินการประชุมที่มีความเป็นระบบและมีกติกาการประชุมที่ชัดเจน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การบริหารการประชุม ควรมีการตั้งกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทำหน้าที่ประธานและรองประธานการประชุม มีฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ ทำหน้าที่ดำเนินการประชุม

2) ทีมวิชาการ ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลกับที่ประชุม และปรับเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายตามมติที่ประชุม

3) ทีมกระบวนการ ทำหน้าที่บริหารจัดการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่น การจัดทำลำดับคิวผู้เสนอ และการอำนวยความสะดวกๆ ในห้องประชุม

4) กติกาการประชุม ในการประชุมเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของ สมาชิกสมัชชาสุขภาพ จะมีการกำหนดกติกาหรือข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้การประชุมมีความเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากกลุ่มเครือข่ายอย่างทั่วถึง เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดกติกา ดังนี้

“ผู้ที่ขอแสดงความเห็นจะต้องเสนอในนามผู้แทนกลุ่มเท่านั้น และ จะต้องมีกลุ่มเครือข่ายอื่น ๆ รับรองอย่างน้อย 5 กลุ่ม หากมีผู้คัดค้าน ประธานจะเรียกให้ผู้คัดค้าน และ หรือ ผู้สนับสนุนให้ความเห็นตามกรณี และหากการพิจารณาร่างมติในระเบียบวาระใดที่สมาชิกมีความเห็นแตกต่างกันมากและไม่สามารถหาข้อยุติได้ อาจมีการจัดตั้งคณะทำงานพิจารณาร่างมติเฉพาะระเบียบวาระขึ้น เพื่อไปดำเนินการพิจารณาในห้องประชุมย่อยต่างหาก โดยนำเสนอผลการประชุมต่อสมาชิกสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง ตามระยะเวลาที่คณะกรรมการดำเนินการ ประชุมกำหนด”

5) วิธีการประชุม อาจเริ่มด้วยการมีผู้นำเสนอร่างข้อเสนอเชิง นโยบาย โดยเฉพาะร่างมติ ต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพ โดยเรียงลำดับระเบียบวาระตามกำหนดการ และเปิดโอกาสให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มาจากกลุ่มเครือข่ายที่ประสงค์จะแสดงความคิดเห็นแสดงเจตจำนง เพื่อแสดงความคิดเห็น และควรกำหนดระยะเวลาการนำเสนอที่แน่นอน เพื่อให้การนำเสนอมีความกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ เช่น ต้องเสนอความเห็นภายใน 3 นาที เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการกำชับให้มีการแสดงความคิดเห็นในนามกลุ่มเครือข่ายตามลำดับด้วย และเมื่อได้นำเสนอความเห็นต่อที่ประชุม

แล้ว ควรขอความกรุณาให้จัดส่งเอกสารความเห็นซึ่งพิมพ์หรือเขียนด้วยลายมือให้กับฝ่ายเลขานุการ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำบันทึกความเห็นและรายงานการประชุมต่อไป

6) การรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการภายหลัง จากที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายตนแล้ว และที่มิวิชาการได้มีการปรับเอกสารให้เป็นไปตามมติของที่ประชุมแล้ว จะจัดให้มีการรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพในช่วงท้ายสุด โดยยึดความเป็นฉันทามติที่ไม่มีกรโต้แย้งแล้ว ซึ่งหากมีการโต้แย้งควรจัดให้มีการตกลงนอกห้องประชุม ระหว่างสมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันก่อน

รูปแบบที่ 2 การประชุมสมัชชาสุขภาพแบบไม่เป็นทางการ การจัดสมัชชาสุขภาพในลักษณะนี้จะไม่เน้นเรื่องความเป็นทางการมากนัก อาจมีกติกาหรือข้อตกลงที่เน้นความเป็นธรรมชาติ เพื่อสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ได้มากที่สุด

1) การบริหารการประชุม การประชุมในลักษณะนี้โดยส่วนใหญ่คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการเองตลอดกระบวนการ หรืออาจมีการเชิญวิทยากรกระบวนการมาช่วยดำเนินการในบางช่วง

2) ทีมวิชาการ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็น ผู้ดำเนินการเอง เช่นกัน หรืออาจมีการมอบหมายผู้ที่มีความสามารถตามความเหมาะสม

3) ทีมกระบวนการ คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่น และการอำนวยความสะดวกๆ ในห้อง ประชุม

4) กติกาการประชุม ในการประชุมเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของ สมาชิกสมัชชาสุขภาพในลักษณะนี้ จะไม่มีการกำหนดกติกาที่เคร่งครัดนัก โดยเฉพาะเวลาของการ นำเสนอความเห็น กล่าวคือ มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุด

5) วิธีการประชุม อาจใช้วิธีการประชุมในห้องใหญ่ที่ละประเด็น หรือการแยกประชุมในกลุ่มย่อยตามประเด็นต่าง ๆ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน ตัวอย่างเช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2551 ที่ใช้เวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรับรองข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกัน จนเกิดเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่ององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ หรือที่ชาวสงขลาเรียกกันว่า “คำประกาศสมิหลา” เป็นต้น

6) การรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการภายหลัง จากที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายแล้ว หลังจากนั้นจึงจะจัดให้มีการ รับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพในช่วงท้ายสุดโดยยึดความเป็นฉันทามติที่ไม่มีกรโต้แย้งแล้ว นั่นคือ การจัดสมัชชาสุขภาพทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ ผลที่ได้จะเป็นเช่นเดียวกัน คือ การได้มาซึ่งฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ

3.4 การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ท้าทายต่อการดำเนินงาน ซึ่งอาจจะนำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการทำงานตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้ ฉะนั้น ขั้นตอนการขับเคลื่อนมติจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นไปสู่การปฏิบัติ มีประเด็นพิจารณา ดังนี้

3.4.1 หลักการทำงานการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ เป็นเรื่องของความสามารถที่จะผลักดันให้การทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งหมด สามารถบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ จำเป็นต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการทำงานควบคู่ไปกับการสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน จึงควรกำหนดหลักการสำคัญในการทำงานเอาไว้ 4 ประการ คือ

1) มุ่งผลักดันสู่การปฏิบัติ (Action) อย่างมียุทธศาสตร์ เนื่องจากแต่ละมติมีเนื้อหาและผู้เกี่ยวข้องที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องทำงานอย่างมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาและองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละมติ

2) คำนี้ถึง “การมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์” และการเชื่อมประสานที่ดี โดยยึดหลักการตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วมทั้งภาควิชาการ ภาครัฐและการเมือง รวมทั้งภาคประชาสังคมและประชาชน

3) มีการบริหารจัดการอย่างมีศิลปะ (SMART Management)

4) มีกระบวนการสนับสนุน ติดตามผลที่เหมาะสม

3.4.2 ช่องทางการขับเคลื่อน ในการขับเคลื่อนมติจากสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่หรือประเด็น มีช่องทางในการขับเคลื่อน ได้หลายช่องทาง ดังนี้

1) เสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่มติสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นนั้นมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ก็สามารถจัดทำเรื่องถึงสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป ซึ่งเป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2) การประสานการทำงานกับองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นมติจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น

3) ทำงานร่วมกับองค์กร หน่วยงานหรือเครือข่ายภาคีที่เป็นผู้พัฒนา ข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่การพิจารณาของสมาชิกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรที่มีพันธกิจ ตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นโดยตรง

4) ทำงานด้วยกระบวนการพิเศษ โดยเฉพาะมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็นที่ยังไม่มีองค์กรหรือหน่วยงานใดเป็นเจ้าของที่ชัดเจนหรือมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น ที่มีความเกี่ยวข้องกับงานของหน่วยงาน องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย กิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น การจัดเวทีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพในแต่ละเรื่องเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันและมอบหมายงานกันรับผิดชอบ ซึ่งมีการดำเนินในหลายรูปแบบ อาทิ การตั้งกลไกขับเคลื่อน ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานเป็นการเฉพาะ การรวมตัวกันทำงานแบบเครือข่าย เป็นต้น

5) เชื่อมประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็น และกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่ข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นมีความ ต้องการขยายไปเป็นนโยบายระดับชาติและต้องการความคิดเห็นร่วมจากองค์กร หน่วยงานและเครือข่ายภาคี นอกเหนือจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น

6) การทำงานผ่านช่องทางสาธารณะ เพื่อสร้างการรับรู้และความ เข้าใจของ สาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะ ประเด็น และทำหน้าที่ติดตามการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานที่มีพันธกิจที่สอดคล้องกับ มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นนั้นๆ ด้วย ช่องทางที่สามารถดำเนินการได้ เช่น การจัด แลกง่าว การนำเสนอผ่านเวทีสาธารณะ การประสานความร่วมมือกับสื่อทีวี วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

3.5 การติดตามและประเมินผล

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการติดตามประเมินผลนโยบาย โดยอาจ ใช้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการในการติดตามและประเมินผลการนำมติสมัชชาสุขภาพในปีก่อนๆ มานำเสนอในเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นได้ โดยอาจจัดเป็น ระเบียบวาระแยกออกจากระเบียบวาระเพื่อการหาฉันทมติต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย หรืออาจจัดเป็น สมัชชาสุขภาพเพื่อการติดตามและประเมินผลด้วยก็ได้ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดสมัชชา สุขภาพเพื่อการหาฉันทมติไปใช้ได้

4. การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น ควรมีการสรุป บทเรียนเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง ทั้งด้านการจัดการความรู้และการประเมินผล

4.1 การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เช่น

4.1.1 การเรียนรู้จากเพื่อน หรือ Peer Assist: PA เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของ คณะทำงานสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น และผู้ปรึกษาจากภายนอก ซึ่งในการจัด สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หลายจังหวัดได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการนี้ เช่น การจัดประชุมเชิง

ปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี สมัชชาสุขภาพจังหวัด
ตรัง สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุโขทัย เป็นต้น

4.1.2 การเรียนรู้หลังการปฏิบัติงาน หรือ After Action Review: AAR เป็นการ
เรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติงานโครงการ หลังจากเสร็จกิจกรรมเป็นครั้งๆ ไป

4.1.3 การเรียนรู้หลังการดำเนินงาน หรือ Retrospect เป็นการสรุปทเรียน
หลังจากการดำเนินกิจกรรมโครงการเสร็จแล้ว และการวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

4.1.4 การถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า หรือ Story Telling เป็นการสกัดความรู้
ต่างๆ มาเป็นเรื่องเล่า เช่น หนังสือก้าวอย่างและทางเดินเล่ม 1 และ 2 ซึ่งเป็นรวมเรื่องเล่าสมัชชา
สุขภาพ ของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น

5. การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ

การจัดสมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมี
ส่วนร่วม จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารกับสังคม โดยจัดให้มีการสื่อสารสาธารณะด้วยรูปแบบและ
ช่องทางต่าง ๆ ที่เหมาะสมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกฝ่าย
ในสังคมร่วมรับรู้และมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมด้วย เพราะฉะนั้นในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
หรือเฉพาะประเด็น ควรมีการสื่อสารทางสังคมผ่านช่องทางต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการจัดผ่าน
ช่องทางต่าง ๆ เช่น วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้จัดอาจขอรับการสนับสนุนเพื่อ
เผยแพร่กิจกรรมจาก สถานีโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ หรือเว็บไซต์สมัชชาสุขภาพจากสำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

6. การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีการบริหารจัดการที่เป็นระบบ โปร่งใส
ตรวจสอบได้ ตามหลักการบริหารจัดการที่ดีหรือตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ตลอด
กระบวนการ และควรมีการบริหารโครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดย
สมัชชาสุขภาพตำบล ว่าการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยการมีส่วนร่วมมาจาก 3 ภาคส่วน
ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง ในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้
ผ่านการประชุมอย่างเป็นระบบ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์และมีส่วนร่วม โดยจัดให้มี
การประชุมอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างกลไกการจัดสมัชชา 2) จัดกลุ่ม
เครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อ
การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ และ 6) การบริหารจัดการที่
เป็นระบบในชุมชน และมีส่วนร่วมนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในการจัดการ

มูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของตำบล

2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.5.1 นิยามและความหมาย

การมีส่วนร่วม นับเป็นแนวคิดที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาในสภาพสังคมปัจจุบันซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลักซึ่งหลายหน่วยงานพยายามให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (2552) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ในลักษณะของการร่วม รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผลและตรวจสอบ

กรมชลประทาน (2555) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจและร่วม กระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

สุภาภรณ์ ประเสริฐสุข (2559) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งในด้านการให้และการรับรู้ข่าวสาร การให้ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ การร่วมตัดสินใจ ทั้งในขั้นตอนการริเริ่มนโยบาย การจัดทำแผนโครงการหรือกิจกรรมที่ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาแผนเศรษฐกิจสังคม การจัดการ สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ หรือทั้งการปฏิบัติ การติดตาม และประเมินผลตามนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรมนั้น

มงคล ศรีมันตะ (2559) การมีส่วนร่วม หมายถึง ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมมือและรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และได้มีโอกาส เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา และดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาหรือการที่ ประชาชนได้เพิ่มศักยภาพในการ ควบคุมทรัพยากร และสถาบันต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งสามารถทำให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของ ประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้นผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาพัฒนาชุมชนว่ามนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (2559) การแบบมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน การตัดสินใจ ทางการบริหาร และการดำเนินงานของภาคราชการ และการประเมินผล

การดำเนินงาน ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยมีการจัดระบบงาน วิธีการทำงาน การจัดโครงสร้าง และการสร้าง วัฒนธรรมการทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

2.5.2 หลักการและกระบวนการของการมีส่วนร่วม

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2549) หลักการของการมีส่วนร่วม ในความหมายของการบริหารจัดการจะมีการเชื่อมโยง อย่างใกล้ชิด “การตัดสินใจ” นั่นคือ การมีส่วนร่วม จะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่าง ชอบธรรมและต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Meaningful Participations) ไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่าได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้ว ดังนี้ คือ

1. การระดมความคิด คือ การคิดค้นและวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน ในลักษณะของการร่วมคิดมิใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว บนพื้นฐานความศรัทธาว่าทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมนั้นมีศักยภาพ
2. การวางแผน คือ นำสิ่งที่ร่วมกันคิดมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกันด้วยการระดมทรัพยากรจากทุกฝ่าย (คน สิ่งของ งบประมาณ เวลา ฯลฯ)
3. การลงมือทำ คือ การนำแผนงานที่ได้ไปร่วมกันทำหรือแบ่งงานกัน รับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมายที่วางไว้
4. การติดตามประเมินผล คือ ร่วมกันติดตามผลงานที่ทำ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ร่วมกันคิดพัฒนาปรับปรุงให้งานดีขึ้น

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (2559) มีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ต่อการปฏิรูปประเทศ ดังนี้

1. ช่วยสนับสนุนการสร้างความสำเร็จในการพัฒนาประเทศ เพราะการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการ ถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการสร้างความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบาย แผนโครงการต่างๆ ของภาครัฐในปัจจุบันที่เน้นให้ประชาชนเข้ามาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ และ ร่วมประเมินผลในเรื่องต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อ ประชาชนโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาประเทศที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา
2. ช่วยสนับสนุนและมีความสอดคล้องกับการปกครองที่ใช้หลักธรรมาภิบาลที่ให้ความสำคัญกับความโปร่งใสและการตรวจสอบได้ จากทุกภาคส่วนของสังคม ซึ่งเป็นการบริหารราชการที่รับผิดชอบต่อสาธารณะและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนโดยรวม
3. ช่วยสนับสนุนและสามารถตอบสนองต่อการปกครองในระบอบประชาธิปไตยที่เน้นการให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยมองว่ามนุษย์มีคุณค่าและสามารถตัดสินใจเลือก วิถีชีวิตที่ตนเองต้องการได้ ซึ่งจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารราชการจะทำให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อชีวิตตน

ในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนการปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการดำเนินงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.6.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นางพรรณ พิริยานุพงศ์ (2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างไปจากการแก้ปัญหาประจำวันเพราะมีการใช้วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ และกระบวนการแก้ปัญหาก็ใช้หลักทฤษฎีเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันในการที่จะทำให้คนเห็นปัญหา และวางแผนเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกัน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้รับบริการ เน้นให้เห็นความสำคัญของการ เรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์ เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการ ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานนั้น ๆ

Holloway (2010) ได้ให้ความหมายของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวง จะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ นักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี

Kemmis และ McTaggart (1990) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การรวบรวมปัญหาหรือ คำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ในสังคมใดสังคมหนึ่งเพื่อ ต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางนำไปใช้ใน การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติงานให้มีความสอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องด้วย

กล่าวโดยสรุป ได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหา ซึ่งมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลง โดยบุคลากรในระบบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือกลุ่มบุคคลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับนักวิจัย เข้ามามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมบุคลากรในระบบ ในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ มองเห็นสภาพปัญหาของตนเอง และหาทางออกในการพัฒนา เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ ไม่มีการแยก กลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง โดยวิเคราะห์สถานการณ์ อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างความรู้ใหม่ เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและมีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบหรือแนวทางที่ดีขึ้น โดยวิธีการลงมือปฏิบัติร่วมกัน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จาก กระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

การวางแผน (Planning) คือ การกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีต ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่จะศึกษา โดยการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น และสามารถนำมาปรับเปลี่ยน ให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือการดำเนินงาน ตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนที่วางเอาไว้ ซึ่งแผนที่กำหนดมีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไข และข้อจำกัดของสถานการณ์นั้น ๆ

การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งการสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ลักษณะอย่างไรซึ่งการสังเกตที่ดี จะต้องมีการวางแผนการเอาไว้ล่วงหน้า โดยไม่มีขอบเขตที่จำกัดมากจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทาง สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการ และผลการปฏิบัติงาน

การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำ ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์ กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยและอุปสรรคในการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค

ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูง หรือมีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น มุ่งเน้นโดยตรงไปที่ผลของการวิจัย แต่ในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติการวิจัยเอง เป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม ในกระบวนการปรับปรุงการวิจัย สามารถตรวจสอบความเที่ยงตรง และการกระทำให้มี

ความละเอียดมากยิ่งขึ้น สามารถพิจารณาจากทฤษฎี นำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงานหรือเรียกง่าย ๆ ว่านำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ

การดำเนินการโดยผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงาน กับผู้เกี่ยวข้องช่วยกันกำหนดปัญหาเป็นเหตุ ให้เกิดการลองใช้วิธีการต่าง ๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงการกำหนดปัญหาเกิดขึ้น หลังจากการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติประเภทนี้ แสวงหาหนทางเลือกเกิดการปรับปรุง การปฏิบัติงานโดยใช้สติปัญญาของผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ โดยมีเป้าหมายสำคัญของผู้วิจัยคือ เข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ช่วยพัฒนาการทางด้านวิชาชีพ ทำให้เกิดสิ่งดีดีกับผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วม

การวิจัยประเภทนี้ส่งเสริมให้เกิดการ มีส่วนร่วมระหว่างผู้ปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึกผลักดันให้องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการคือ ทำให้เกิดความใกล้ชิดกันมากที่สุดระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้น กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ไขปัญหา และทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนด และตั้งฐานข้อมูลเบื้องต้นของปัญหาออกมา โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตัวของผู้ปฏิบัติงานเอง

ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การจำแนกปัญหาที่จะศึกษา โดยศึกษารายละเอียดของปัญหาอย่างแท้จริงและชัดเจน โดยแสวงหาหลักการและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเลือกปัญหาสำคัญที่เหมาะสมแก่การศึกษาและวิจัย โดยอาศัยพื้นฐานจากหลักการและทฤษฎี มาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของปัญหา สร้างวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของความข้อความ ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา และหลักการทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การเลือกเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ที่สามารถให้คำตอบของปัญหา ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเครื่องมือมีด้วยกัน 2 ลักษณะคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การบันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียด โดยเก็บบันทึกเป็นข้อๆ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงวงจรในการปฏิบัติในรอบถัดไป และเพื่อสามารถเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์คำตอบของสมมติฐานได้

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่รวบรวมเอาไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และมั่นใจในความแม่นยำตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มวิจัย ได้ร่วมกันพิจารณาเพื่อสรุปหาคำตอบ ที่เป็นสาเหตุวิธีการแก้ปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การนำแนวคิด/กิจกรรม/โครงการ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชน จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน เริ่มตั้งแต่ขั้นตอน 1. การวางแผน (Planning) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. การสังเกต (Observation) และ 4. การสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยได้นำระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ได้ศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม ดังนี้

2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

จาง, วาย. ซี. (Jang, Y. C., 2011) ได้ทำการศึกษาลักษณะทั่วไปของมูลติดเชื้อทางการแพทย์ในชุมชน พบว่า มีความหลากหลายของชนิดที่เกิดขึ้น และมีสารพิษปะปน บางประเทศของเสียทางการแพทย์ทั้งที่เกิดในโรงพยาบาลและในชุมชน ถูกทิ้งปะปนกับของเสียทั่วไป และมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีสาเหตุมาจากขาดการบังคับใช้กฎหมาย ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ และการรับรู้ของประชาชนในการจัดการของเสียทางการแพทย์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น การพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการความเสี่ยงของพนักงานบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและประชาชน ที่จะติดเชื้อ สารเคมีที่เป็นพิษ และอันตรายจากอุบัติเหตุเช่นเดียวกับการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม รวมถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คอร์นีเลียส ทัสโม และคณะ (Cornelius Tsamo, ET. al., 2017) ได้ทำการศึกษาระเบียบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของศูนย์สาธารณสุขของ Maroua-Cameroon พบว่า มูลฝอยทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาถูกละเลยอย่างมาก เนื่องจากขาดบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม ขาดเงินทุนในการใช้เทคโนโลยีสำหรับการจัดการมูลฝอยอย่างเหมาะสม ในแคเมอรูน มีศูนย์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากรัฐบาล น้อยกว่าศูนย์บริการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความรู้ที่น้อยเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการมูลฝอยทางการแพทย์ เนื่องจากไม่ได้รับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งโดยทั่วไปไม่มีวิธีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอย เช่นการคัดแยก การเก็บ การเคลื่อนย้ายและการ กำจัดที่เรียบง่าย ไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์มาตรฐาน และไม่มีการควบคุมการจัดการมูลฝอยในศูนย์ สุขภาพ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายบังคับ

พรพิมล วิกฤษพัฒน (2550) ได้ทำศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน ชุมชนข้างเคียง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ โดยการจัดการจากแหล่งผลิต โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นครัวเรือนในชุมชนข้างเคียง จำนวน 200 ครัวเรือน ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การเก็บข้อมูลเบื้องต้นใช้วิธีการเก็บข้อมูลทางเอกสารและการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม (Questionnaires) ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนข้างเคียง จำนวนสามในสี่ คิดว่าตนเองมีความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อภายในครัวเรือนเกินกว่าสามในห้า แม่บ้านเป็นผู้ทำหน้าที่เก็บใส่ถุงแล้วนำไปทิ้งนอกบ้าน และมูลฝอยติดเชื้อที่นำไปทิ้งเหล่านั้น จำนวนกว่าครึ่งไม่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อแต่อย่างใด ขณะเดียวกันเมื่อสำรวจความคิดเห็นพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนเกินกว่าครึ่งเห็นว่ามูลฝอยติดเชื้อทำให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและทุกคนควรร่วมรับผิดชอบ แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างก็ยังคงคิดว่าหน่วยงานของรัฐต้องเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจัดการ แต่หลังจากการดำเนินกิจกรรมและโครงการต่างๆ ในการให้ความรู้การจัดทำแผนชุมชน การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และการสร้างเครือข่าย ร่วมกับชุมชนอื่น ๆ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรม และชุมชนยังเกิดการตื่นตัวในปัญหาที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ เกิดการปฏิสัมพันธ์ในระหว่างกลุ่ม ภายในชุมชนมากขึ้น

รติรส ตะโกพร (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ในบ้านเรือนของพื้นที่ศึกษา จำนวน 155 ครัวเรือน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จำแนกออกเป็น ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล คิดเป็น ร้อยละ 52.9 31.0 และ 16.1 ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ตามลำดับ และส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.5) มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 59 ปี (ร้อยละ 56.1) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (ร้อยละ 58.1) และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 46.5) และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5 มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.7 และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับที่ถูกต้อง ระดับปานกลาง และระดับที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 7.1 39.4 และ 53.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาผลการศึกษาโดยภาพรวมทั้งหมด พบว่า ผู้อยู่อาศัยที่มีความเกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในบ้านเรือนในพื้นที่ศึกษา ยังขาดความรู้และยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้สาธารณสุขอำเภอ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและมาตรการในการพัฒนาความรู้และข้อควรปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อความปลอดภัยของชุมชน

กฤษฎา เจริญสุข (2564) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ วิธีการศึกษา ประกอบด้วย (1) การออกแบบและสร้างที่พักมูลฝอยติดเชื้อ (2) การสร้างแบบพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ (3) การกำหนดแนวทางบริหารจัดการและการนำไปใช้ (4) การประเมินผล กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยวิธีเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า (1) มีที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ขนาดกว้าง 65 เซนติเมตร ยาว 135 เซนติเมตร สูง 180 เซนติเมตร (2) มีพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นแบบสามล้อเอนกประสงค์ที่ประหยัดค่าใช้จ่าย (3) มีแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่การเก็บรวบรวม การขนส่ง และการกำจัดที่ได้มาตรฐานและถูกหลักสุขาภิบาล และได้รับการอบรม (4) เจ้าหน้าที่ และคนใช้ติดเชื้อมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด สรุปได้ว่ารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ เป็นวิธีการที่ใช้แก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ

จอมจันทร์ นทีวัฒนา (2555) ได้ศึกษาผลการสำรวจความรู้ และปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และ รวบรวมแนวทางแก้ไขปัญหาในสถานพยาบาลภาครัฐของนิสิตสาธารณสุข ต่อเนื่อง ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยพะเยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุทำงาน 1-3 ปี และมีความรู้ เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐ ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่วนด้านการปฏิบัติ ตามเกณฑ์มาตรฐานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล พบว่า ขั้นตอนการคัดแยก รวบรวม จัดเก็บ การเก็บขน และการบำบัด กำจัดมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องร้อยละ 68.9 73.3 64.4 และ 66.7 ตามลำดับ แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมนอกเหนือจากการของบประมาณสนับสนุน เพิ่มเติมควรสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในทุกขั้นตอนของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

สุกษา คำเขียน (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร ในโรงพยาบาลพิจิตร การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ บุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของบุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตรและศึกษาปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร

ในโรงพยาบาลพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล พิจิตรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วย สถิติทดสอบไคสแควร์กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการบรรยาย สรุปผลการวิจัย พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 245 คน (ร้อยละ 81.67) มีอายุเฉลี่ย 39.73ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 163 คน (ร้อยละ 54.33) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 24,583.86 บาท สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 157 คน (ร้อยละ 52.33) มีตำแหน่งทางด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 243 คน (ร้อยละ 81.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ราชการและประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 15.08 ปีเคยเข้าร่วมการอบรม/ สัมมนา/ ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 182 คน (ร้อยละ 60.67) และเคยได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 259 คน (ร้อยละ 86.33) บุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตรมีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 69.33, 58.00 และ 59.67 ตามลำดับ) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ตำแหน่งงาน การได้รับการอบรม/ สัมมนา/ ประชุมชี้แจงและการได้รับ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาล พิจิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติ มีทัศนคติและพฤติกรรมไม่ถูกต้อง การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารค่อนข้างน้อย บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ และสถานที่ไม่เพียงพอ ไม่สะดวก การติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลงานไม่ต่อเนื่องและขาดแรงจูงใจ ข้อเสนอแนะ คือ ควรประกาศเป็นนโยบาย กำหนดมาตรการและข้อตกลงร่วมกัน จัดอบรมให้คำแนะนำณรงค์เผยแพร่ความรู้ข่าวสารส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติ พฤติกรรม และมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้องและเหมาะสมทุกขั้นตอน สนับสนุนบุคลากรวัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะจัดสภาพแวดล้อมและสถานที่ให้เหมาะสมและเพียงพอ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประกวดผลงาน/นวัตกรรม สร้างแรงจูงใจ ตรวจสอบสุขภาพบุคลากรติดตามนิเทศ ควบคุม กำกับ สุ่มตรวจสอบและประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง

2.7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการโดยสมัชชาสุขภาพตำบล

อัญชิรญา จันทรปฏิภา (2555) ได้ทำการศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำพูน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะทำงานกลางสมัชชาสุขภาพ จังหวัดลำพูน และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ 3 ตำบล ประชากรที่ให้การสัมภาษณ์

ประกอบด้วย 3 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าว คือ ภาคการเมืองราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย 10 ปัจจัย คือ ด้านความเข้มแข็งของชุมชน ด้านศักยภาพของประชาชนที่เข้าร่วมเวที สาธารณะด้าน รูปแบบการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรภายนอก ด้าน ความร่วมมือของ ประชาชน ด้านลักษณะของชุมชน ด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ ด้าน ความสนใจของ ผู้บริหารในเรื่องสุขภาวะ ด้านการติดต่อสื่อสารในชุมชนและผู้นำท้องถิ่นมีความ เข้มแข็ง

อาหามะ เจ๊ะโสะ (2558) ได้ทำการศึกษา การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้ กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพใน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 45 คน จาก 15 ตำบล ระยะเวลาเก็บข้อมูล มิถุนายน พ.ศ. 2554 – มีนาคม พ.ศ. 2556 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร บันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ผลการศึกษา พบว่า มีการประยุกต์ใช้ กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 4 ตำบล ส่วนตำบลยาปี ตำบลนาเกตุและตำบลดอน สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบลได้บางขั้นตอน สามารถอธิบายว่า นอกจากแกนนำชุมชน และหน่วยงานในตำบลมี ความตั้งใจพร้อมที่เรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ ที่จะให้ชุมชนมีสุขภาวะที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพ ของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพต่อชุมชน ทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนดีขึ้น ด้านความรู้ ความเข้าใจของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้รูปแบบการประยุกต์ใช้ กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน

พจนีย์ ชัดโพธิ์, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วิโรจน์ เชมรัมย์ (2560) ได้ทำการศึกษา กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ในตำบลนา คาย อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะ ยาวของชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมายประกอบด้วย 1) เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ จำนวน 80 คน เข้าร่วมขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 2) ผู้สูงอายุ จำนวน 190 คน พบว่า กระบวนการ สมัชชาสุขภาพในครั้งนี้ เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) จัดตั้งกลไกสมัชชา สุขภาพ 5) การจัดกลุ่มเครือข่าย 6) ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 7) การสังเกตและ ประเมินผล 8) สรุปบทเรียน 9) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน 10) สื่อสารตลอดกระบวนการ

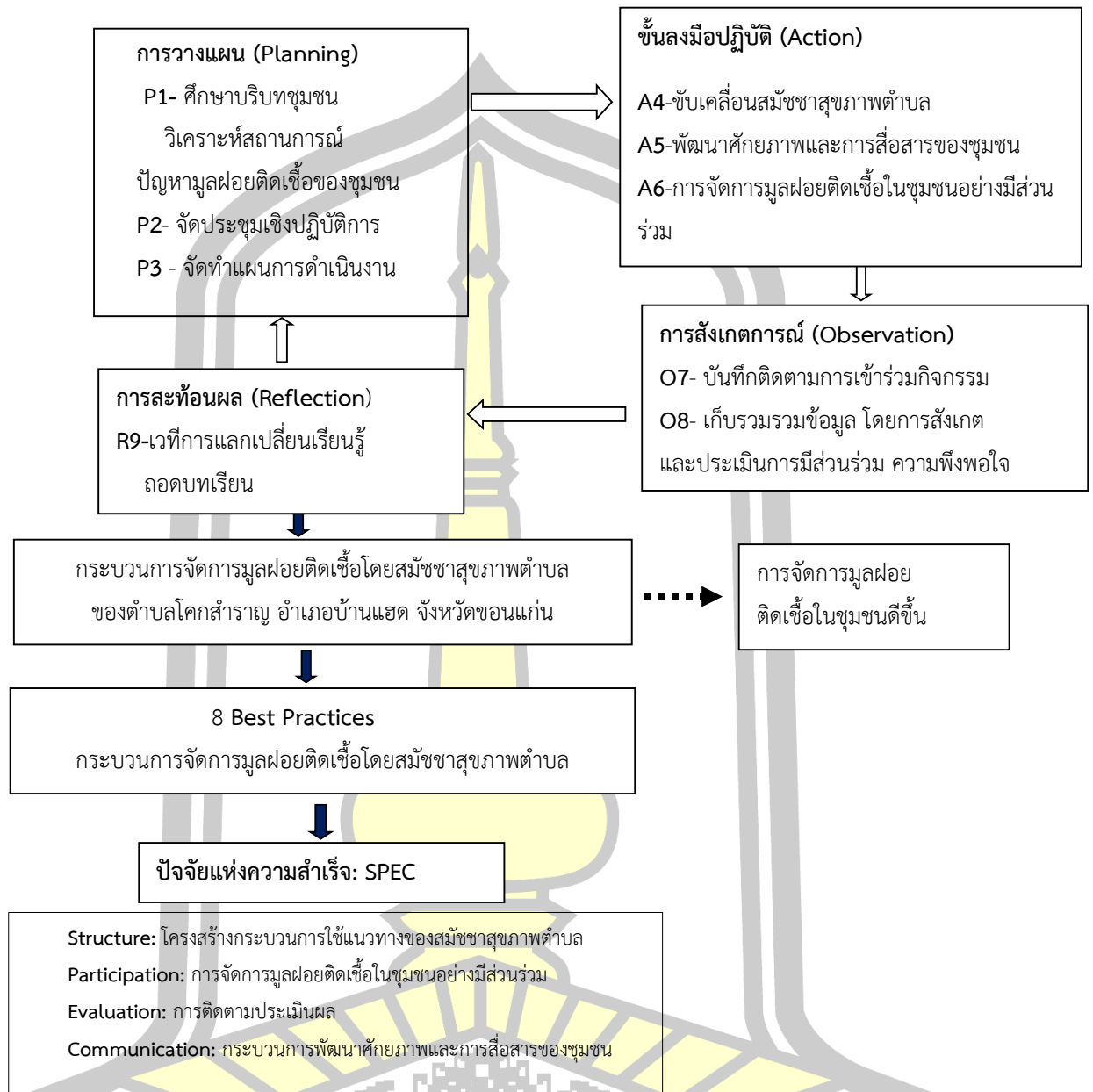
และ 11) การจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว โดยเครือข่ายสมัชชาสุขภาพมีระดับความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อ กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในครั้งนี้ จะต้องประยุกต์แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อการวางนโยบายและการดำเนินงานไปพร้อมกัน โดยเน้นความไม่เป็นทางการ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกชั้นตอน

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบสมัชชาสุขภาพ เป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสม ในการจัดการปัญหามูลฝอยติดเชื้อ ที่จะนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และเป็นการเปิดพื้นที่ทางสังคม เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ 1) ภาคการเมือง 2) ภาควิชาการ และ 3) ภาคประชาสังคม โดยมีความเชื่อมโยงกันทุกชั้นตอนตามกรอบแนวคิดการวิจัย จากการศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพ ตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีกระบวนการดำเนินงานเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การศึกษาบริบทชุมชน และการวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Situation Analysis) 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Community Planning) 3) การอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Knowledge) 4) การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Awareness) เพื่อพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 5) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล (Health Assembly) ในจัดทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 6) การเยี่ยมติดตามผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Follow-up) 7) การประเมินผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Evaluation) 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Lesson Learned) ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ผลการสังเคราะห์ ตามการปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ใน 8 กิจกรรม ข้างต้น พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ เรียกว่า “SPEC” ประกอบด้วย 1) Structure: การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ตามบริบทของพื้นที่ 2) Participation: การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) Evaluation: การติดตามประเมินผล 4) Communication: กระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชน

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1988) มาใช้กำหนดขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1. การวางแผน (Planning) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. การสังเกต (Observation) และ 4. การสะท้อน (Reflection) เพื่อศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผู้วิจัยได้วางกรอบคิดในการวิจัย ดังนี้





ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบของการวิจัย
- 3.2 กลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมการวิจัย

3.1 รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ตามขั้นตอน PAOR ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection)

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

3.2.1 กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ที่เข้าร่วมขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และ ภาคประชาสังคม รวมทั้งสิ้น จำนวน 56 คน มีดังนี้

3.2.1.1 ภาคการเมือง เป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกเทศมนตรี สมาชิกสภาเทศบาลตำบล ปลัดเทศบาล นักวิชาการสุขาภิบาล รวม จำนวน 22 คน โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กลุ่มเป้าหมายภาคการเมือง ที่ใช้ในการศึกษา

ภาคส่วน	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
ภาคการเมือง	- กำนัน	1
	- ผู้ใหญ่บ้าน 15 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน	15
	- นายกเทศมนตรี	1
	- สมาชิกสภาเทศบาลตำบล	3
	- ปลัดเทศบาล	1
	- นักวิชาการสุขาภิบาล	1

3.2.1.2 ภาควิชาการ เป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอ บ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ นักวิชาการที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่ปฏิบัติงานในตำบล และนอกตำบลโคกสำราญ ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสำราญ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเล็บเจือก เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด และโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รวมจำนวน 12 คน โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 กลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ ที่ใช้ในการศึกษา

ภาคส่วน	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
ภาควิชาการ	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง	3
	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสำราญ	3
	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเล็บเจือก	3
	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิรินธร	2
	- เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด	1

3.2.1.3 ภาคประชาสังคม เป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ประธานกลุ่มต่าง ๆ ในตำบลโคกสำราญ หรือผู้ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ประธาน อสม. และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน คน และตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 12 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 คน โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 กลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมที่ใช้ในการศึกษา

ภาคส่วน	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
ภาคประชาสังคม	- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	8
	- ผู้ทรงคุณวุฒิ	2
	- ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน	12

กลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ที่เข้าร่วมขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยใช้หลักเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ตามแนวทางในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

3.2.1.3.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่ย้ายหรือปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัย
- 2) มีความสนใจหรือมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 3) สามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

3.2.1.3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

- 1) ป่วยด้วยโรค COVID-19
- 2) ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลในระหว่างการศึกษาวิจัย

ผลการคัดเลือกกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ที่เข้าร่วมขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสมาชิกสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น รวม 56 คน โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 คณะกรรมการสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา

ภาคส่วน	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
ภาคการเมือง	- กำนัน	1
	- ผู้ใหญ่บ้าน 15 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน	15
	- นายกเทศมนตรี	1
	- สมาชิกสภาเทศบาลตำบล	3
	- ปลัดเทศบาล	1
	- นักวิชาการสุขาภิบาล	1

ตาราง 4 คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)

ภาคส่วน	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
ภาควิชาการ	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง	3
	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสำราญ	3
	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเล็บเงือก	3
	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิรินธร	2
	- เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด	1
ภาคประชาสังคม	- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	8
	- ผู้ทรงคุณวุฒิ	2
	- ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน	12

3.2.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น 16 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน จำนวนทั้งสิ้น รวม 32 คน โดยมีแนวทางในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) มีดังนี้

- 1) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน
- 2) สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้
- 3) มีความพร้อมที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

กระบวนการวิจัย

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

- 1) ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลในระหว่างดำเนินการวิจัย
- 2) ป่วยด้วยโรค COVID-19

ผลการคัดเลือกกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น 16 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน จำนวนทั้งสิ้น รวม 32 คน โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 5

ตาราง 5 กลุ่มเป้าหมายกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย	หมู่ที่ / บ้าน	จำนวน (คน)
กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	หมู่ที่ 1 บ้านโคกสำราญ	2
	หมู่ที่ 2 บ้านหนองมะเขือ	2
	หมู่ที่ 3 บ้านหนองเกี้ยว	2
	หมู่ที่ 4 บ้านเล็บเงือก	2
	หมู่ที่ 5 บ้านดอนปอแดง	2
	หมู่ที่ 6 บ้านดง	2
	หมู่ที่ 7 บ้านป่าแดง	2
	หมู่ที่ 8 บ้านหนองหัวช้าง	2
	หมู่ที่ 9 บ้านป่าม่วง	2
	หมู่ที่ 10 บ้านโนนพันชาติ	2
	หมู่ที่ 11 บ้านโคกสำราญ	2
	หมู่ที่ 12 บ้านทางพาดปอแดง	2
	หมู่ที่ 13 บ้านแจ้งกระหนวน	2
	หมู่ที่ 14 บ้านโคกสำราญ	2
	หมู่ที่ 15 บ้านดง	2
	หมู่ที่ 16 บ้านดอนปอแดง	2

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัย โดยมีการดำเนินงานในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ของการวิจัย ดังนี้

3.3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้คำตอบออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบลโคกสำราญ และ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัย มีจำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม การวิจัยสำหรับกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2	ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3	การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดย สมัชชาสุขภาพตำบล	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4	ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดย สมัชชาสุขภาพตำบล	จำนวน 15 ข้อ

โดยมีรายละเอียดโครงสร้างของแบบสอบถาม การวิจัยสำหรับกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร มีข้อความ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ
อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล
มีจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อความ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล มี
จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อความ ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้

ปานกลาง หมายถึง ท่านไม่แน่ใจหรือรู้สึกเฉย ๆ กับข้อความนี้

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล มี
จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อความ ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้

ปานกลาง หมายถึง ท่านไม่แน่ใจหรือรู้สึกเฉย ๆ กับข้อความนี้

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้

ชุดที่ 2 แบบสอบถามกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน แบ่ง
ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2	ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3	พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4	ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดย สมัชชาสุขภาพตำบล	จำนวน 15 ข้อ

โดยมีรายละเอียดโครงสร้างของแบบสอบถาม การวิจัยสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ต่อครอบครัว การอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ มีจำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อคำถาม ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามนี้
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามนี้

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีจำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อคำถาม ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตามข้อความนี้ทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตามข้อความนี้ 3-5 วันต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมหรือไม่ปฏิบัติตามข้อความนี้น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพ ตำบล มีจำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อคำถาม ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจหรือรู้สึกเฉย ๆ กับข้อความนี้
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้

3.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.2.1 แบบบันทึกสัมภาษณ์คณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล

3.3.2.2 แบบบันทึกสังเกตเชิงพฤติกรรมของคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ในการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยการสร้างแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.4.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3.4.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม ตามรายละเอียดของตัวแปร

3.4.3 สร้างข้อคำถาม และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

3.4.4 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1) อาจารย์ ดวงฤดี โชติกลาง ตำแหน่ง วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2) นายอดิเรก เร่งมานะวงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

3) นายวรวุฒิ ลนไพร ตำแหน่ง รองปลัดเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของรูปแบบสอบถาม ความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และดำเนินการพิจารณาเป็นรายข้อและตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง คำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งเกณฑ์ในการตรวจพิจารณา ข้อคำถามประกอบด้วย คะแนน +1 กรณีแน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ คะแนน 0 กรณีไม่แน่ใจข้อคำถามว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ คะแนน -1 กรณีแน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ เกณฑ์คุณภาพของเครื่องมือให้ได้ข้อคำถามรายข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่า มีความเที่ยงตรง ได้ข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับ 1 แล้วปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาสามารถนำไปใช้ โดยมีค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับโครงสร้างและเนื้อหา ดังนี้

3.4.4.1 แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล (ประชาชน นักวิชาการ นักการเมืองหรือข้าราชการ) มีค่า IOC มากกว่า 0.67

3.4.4.2 แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีค่า IOC มากกว่า 0.67

3.4.5 ดำเนินการวางแผน นำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองใช้ (Try Out) ผู้วิจัยจะนำไปทดลองในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทและลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ที่จะศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน

3.4.6 การหาค่าความยาก (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของเครื่องมือวัดความรู้ ผู้วิจัยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น เฉลี่ย 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้ และเป็นแบบวัดที่สามารถใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

3.4.7 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของ ครอนบาค (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) และเมื่อคำนวณจากแบบวัดทั้งฉบับ ได้ค่า Alpha ได้เท่ากับ 0.91 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้ และเป็นแบบวัดที่สามารถใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.5.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1) ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนตำบลโคกสำราญ กลุ่มและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่มหรือองค์กร รวมถึงการจัดการเครือข่ายในชุมชน และข้อมูลด้านสุขภาพ

2) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

3) จัดทำแผนปฏิบัติการตามกระบวนการศึกษา

3.5.2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

เชิญประชุมเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ เพื่อร่วมกันวางแผนปฏิบัติการ ในการแก้ปัญหาของชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนในการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้และระดมความคิดในการวางแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาของชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดตั้งกลไกการจัดการกระบวนการสมัชชา โดยคัดเลือกคณะทำงาน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการ ประชุมคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ

ขั้นตอนที่ 2 จัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ โดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่งตั้ง คณะกรรมการเครือข่าย จัดกลุ่มเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการ สัมภาษณ์ สังเกต จัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับตำบล ดังนี้

- 1) การกำหนดประเด็น การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 2) พัฒนาประเด็นในเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
- 3) นำข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ดำเนินการ ศึกษา นำเสนอแก่เครือข่ายเพื่อร่วมทบทวนเพิ่มเติม และสร้างความเข้าใจ
- 4) สรุปรหาประเด็นข้อคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน ร่างข้อบัญญัติ ตำบล กำหนดข้อบัญญัติตำบล กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 5) ขับเคลื่อนขอเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งต้องประสานงานกับหน่วยงาน ในตำบลโคกสำราญ เพื่อจะบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้

3.5.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observation)

- 1) การติดตามและประเมินผล และสังเกตการณ์กระบวนการมีส่วนร่วม
- 2) เก็บข้อมูลเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1
- 3) เก็บข้อมูลกลุ่มประชาชนและผู้ป่วย ที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในชุมชน ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 2
- 4) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และสรุปผลการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ

3.5.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- 1) สรุปบทเรียน ทบทวนกิจกรรมการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น
- 2) จัดเวทีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานอื่น ให้กลุ่มสมาชิกถอดบทเรียน การดำเนินงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารทางสังคม โดยดำเนินการ ตลอดกระบวนการไปพร้อมกัน ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1- 6 เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ได้แก่

- 1) จัดทำเอกสารเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบเป็นระยะ
- 2) การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน
- 3) เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการตำบล เพื่อประชาสัมพันธ์ทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 6 การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการไปพร้อมกัน ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1- 6 โดยฝ่ายเลขานุการและผู้วิจัยจะต้องทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน ในทุกกระบวนการอย่างละเอียดในทุกขั้นตอน และมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินงาน 2 ระยะ ดังนี้

3.6.1 ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการในระยะที่ 1 ดังนี้

3.6.1.1 ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัยแล้ว โดยทำ หนังสือจากคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อแจ้งให้หน่วยงานในพื้นที่ของตำบลโคกสำราญได้ทราบ พร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1.2 เตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.6.1.3 อบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่จะต้องอาศัยทีมช่วยการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่การจัดเตรียมสถานที่ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การดูแลผู้เข้าร่วมวิจัย การบันทึกข้อมูล การบันทึกภาพและบันทึกเสียง ตลอดทั้งการช่วยอำนวยความสะดวกการดำเนินงาน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง จำนวน 3 คน

3.6.1.4 เตรียมพื้นที่และผู้ร่วมวิจัย โดยจัดทำหนังสือประสานงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัยในครั้งนี้เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการ ต่าง ๆ ของการวิจัย พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการจัดกิจกรรม โดยทำเป็นหนังสือเชิญ เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการถึงผู้ร่วมวิจัยทุกคนตามที่กำหนดไว้

3.6.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนการดำเนินการในระยะที่ 2 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (P-A-O-R) โดยมีรายละเอียดในการดำเนินงานดังนี้

3.6.2.1 ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน เป็นกระบวนการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนโดยอาศัยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รวบรวม

มาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโคกสำราญ และเทศบาลตำบลโคกสำราญ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์

กิจกรรมที่ 2 ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยของชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน และข้อเท็จจริงที่ได้จากชุมชน มาเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์

กิจกรรมที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ภาคส่วนเป็นหลัก และทำการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในครั้งนี้ ได้แก่ ภาคราชการเมือง ภาควิชาการ และภาค ประชาชน ในการพัฒนานโยบายสาธารณะในประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น เพื่อระดมความคิด ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนทั้งแนวทางต่างๆ ในการจัดการและแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการ วิเคราะห์ในกิจกรรมที่ผ่านมาไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดทิศทาง กิจกรรม เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนและเพื่อจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการต่อไป

กิจกรรมที่ 4 จัดทำแผนการดำเนินงานตามมติที่ประชุม เป็นกิจกรรม หรือโครงการ ที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้เสียทั้ง 3 ภาคส่วน ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานให้เป็นไปตามมติของที่ประชุมกำหนด เพื่อนำไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติต่อไป

3.6.2.2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามมติที่ประชุม เป็นกิจกรรมที่ประชาชนตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ต้องปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานหรือโครงการที่กำหนดขึ้น

3.5.2.3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 นิเทศติดตามผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยจะลงพื้นที่สังเกตการณ์และติดตามเยี่ยมการดำเนินงานตามแผน เมื่อผู้รับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการ มีปัญหาอุปสรรคใด ๆ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ก็ต้องคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ นั้น ดำเนินไปได้ด้วยดี

กิจกรรมที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม และข้อมูลภาคสนามจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นต้องผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

กิจกรรมที่ 8 ประเมินผลการดำเนินงานและสรุปผลงานพร้อมทั้ง วิเคราะห์ข้อมูล เป็นกิจกรรมประเมินผลการดำเนินงานก่อนดำเนินกิจกรรม ระหว่างดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนิน

กิจกรรมในด้านต่าง ๆ เช่น รูปแบบกิจกรรมที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และ ความพึงพอใจ เป็นต้น

3.5.2.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 9 กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียน และคืนข้อมูลแก่ชุมชน เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มของ กลุ่มขับเคลื่อนทั้ง 3 ภาคส่วน ในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กลุ่มสมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ได้ดำเนินงาน รวมทั้งพูดถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข เพื่อการพัฒนาต่อไปด้วย จากนั้นทำการสรุป เพื่อทบทวนกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด กระบวนการดำเนินงาน ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ หรือได้ดำเนินการตามแผนและไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง ความร่วมมือที่ได้รับ และความภาคภูมิใจ หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จและหากจะพัฒนาต่อก็นำประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคไปดำเนินการ

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น สำหรับกลุ่มสมัชชาสุขภาพ ดังนี้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล มีจำนวน 20 ข้อ โดยมีแนวทางในการตอบข้อคำถาม ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามนี้

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามนี้

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก กำหนดคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

ถ้าตอบผิด กำหนดคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ มีค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับความรู้มาก ระดับความรู้ปานกลาง และระดับรู้น้อย แปลความหมายคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้มาก	หมายถึง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79.9
ระดับรู้น้อย	หมายถึง	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจหรือรู้สึกเฉย ๆ กับข้อความนี้	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้	ให้ 1 คะแนน

การแบ่งระดับการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยแบ่งได้ 3 ระดับ ใช้แบบอิงเกณฑ์จากค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคิดคะแนนจาก (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด) / จำนวนชั้น (Best, 1977; Daniel, 1995) โดยคิดค่าคะแนนจาก

สูตร $\frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$

$$\text{แทนค่า} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การแปลผล

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

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจหรือรู้สึกเฉย ๆ กับข้อความนี้	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้	ให้ 1 คะแนน

การแบ่งระดับความพึงพอใจ ผู้วิจัยแบ่งได้ 3 ระดับ ใช้แบบอิงเกณฑ์จากค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคิดคะแนนจาก (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด)/ จำนวนชั้น (Best, 1977; Daniel, 1995) โดยคิดค่าคะแนนจาก

สูตร $\frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$

$$\text{แทนค่า} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การแปลผล

ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.66

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสภาเทศบาล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ดังนี้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีจำนวน 15 ข้อ โดยมีแนวทางในการตอบข้อคำถาม ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามนี้
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามนี้

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก	กำหนดคะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน
ถ้าตอบผิด	กำหนดคะแนน	เท่ากับ 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ มีค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับความรู้มาก ระดับความรู้ปานกลาง และระดับรู้น้อย แปลความหมายคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้มาก	หมายถึง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79.9
ระดับรู้น้อย	หมายถึง	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับ คือ ประจํา บางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อความดังนี้

ประจํา	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตามข้อความนี้ทุกวัน ให้ 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตามข้อความนี้ 3-5 วันต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมหรือไม่ปฏิบัติตามข้อความนี้น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน

การแบ่งระดับพฤติกรรม ออกเป็น 3 ระดับ ใช้แบบอิงเกณฑ์จากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยคิดคะแนนจาก (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด) / จำนวนชั้น (Best, 1977; Daniel, 1995) โดยคิดค่าคะแนนจาก

สูตร $\frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$

$$\text{แทนค่า} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การแปลผล

ระดับพฤติกรรมดี	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33
ระดับพฤติกรรมไม่ดี	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดแนวทางการตอบ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจหรือรู้สึกเฉย ๆ กับข้อความนี้	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้	ให้ 1 คะแนน

การแบ่งระดับความพึงพอใจ ผู้วิจัยแบ่งได้ 3 ระดับ ใช้แบบอิงเกณฑ์จากค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคิดคะแนนจาก (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด)/ จำนวนชั้น (Best, 1977; Daniel, 1995) โดยคิดค่าคะแนนจาก

สูตร $\frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$

$$\text{แทนค่า} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การแปลผล

ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.66

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จาก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยข้อมูลที่ได้หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษาและบรรยายนำเสนอผลการวิจัย

3.7.3 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดเพื่อบรรยายลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เพื่อ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และ ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล
- 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ด้านความรู้ พฤติกรรม และ ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล

3.8 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเชิงลบกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย โดยได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลหลังจากที่ได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ จนถึงสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการศึกษาด้านจริยธรรมในการวิจัย ไว้ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และจะเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีความรอบคอบและระมัดระวังในการดำเนินการทุกขั้นตอนเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบ หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3.8.2 ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นความลับไม่เปิดเผย หากมีการบันทึกภาพหรือเสียงและจัดบันทึกการสนทนา จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

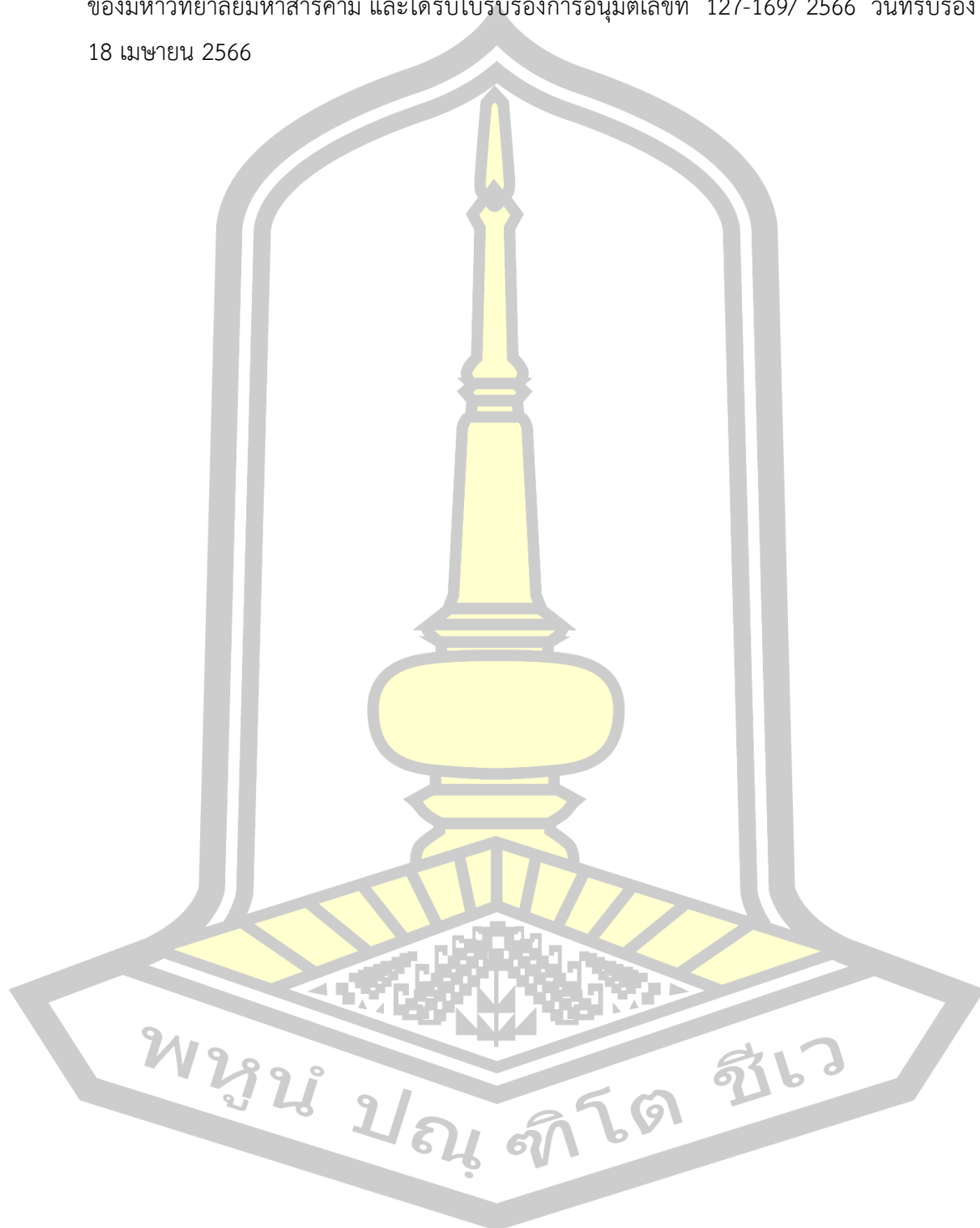
3.8.3 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือไปเชิญกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเอง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้รับทราบ เพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

3.8.4 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการเทคนิคการมีส่วนร่วมให้ ผู้เข้าร่วมประชุม ได้พูดและแสดงความคิดเห็นโดยเท่าเทียมกัน มีสิทธิ์จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุม ผู้วิจัยจะเป็นกลางในการดำเนินการประชุม จะไม่เร่งเร้าหรือสร้างความเครียด ให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของทุกคน

3.8.5 รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินว่าความคิดเห็นใครถูกใครผิด

3.8.6 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน มีสิทธิ์และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

3.8.7 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับใบรับรองการอนุมัติเลขที่ 127-169/ 2566 วันที่รับรอง
18 เมษายน 2566



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จำนวน 56 คน และ กลุ่มประชาชนและผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จำนวน 32 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงรอบ PAOR (Kemmis & McTaggart, 1988) ร่วมกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกระบวนการวิจัย ดังนี้

- 4.1 บริบทของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
- 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
- 4.3 ผลการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
- 4.4 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

4.1 บริบทของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

4.1.1 บริบทชุมชนที่ศึกษา

ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่ 51.75 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 32,343.75 ไร่ อยู่ห่างจากอำเภอบ้านแฮด จำนวน 10 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 กิโลเมตร เส้นทางยาวตามแนวถนนสายมิตรภาพ (ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2) สายสระบุรี –หนองคาย ตำบลโคกสำราญ มีจำนวน 16 หมู่บ้าน 2,642 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ปลูกบ้านเรือนอาศัยอยู่กระจัดกระจายไปทั่วตาม แนวเขตของหมู่บ้าน

ลักษณะประชากร มีจำนวนทั้งสิ้น 8,889 คน แยกเป็นเพศชาย จำนวน 4,411 คน และ เพศหญิง จำนวน 4,478 คน

ลักษณะทางสังคม ด้านการศึกษา มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา ขั้นพื้นฐาน จำนวน 9 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนเกณฑ์ จำนวน 1 แห่ง วัด จำนวน 14 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านเล็บเงือก รพ.สต.บ้านโคก สำราญ และ รพ.สต.บ้านดง

ลักษณะโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบด้วย หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน จำนวน 16 แห่ง ทรัพยากรดิน สภาพทั่วไปเป็นดินร่วนทราย ไม่สามารถเก็บน้ำได้ ที่ดินส่วนหนึ่งเป็นที่สาธารณะและ เขตป่าสงวน ทรัพยากรป่าไม้ สภาพพื้นที่ที่เป็นป่าไม่มี ทรัพยากรน้ำ มีแก่งละว้า ห้วยน้ำลาด และ แม่น้ำชีไหลผ่าน

ด้านที่ดินสำหรับทิ้งขยะเป็นของตนเองได้ใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ในพื้นที่ของบ้าน โศกสำราญหมู่ที่ 11 อยู่ห่างจากหมู่บ้าน ประมาณ 3 กิโลเมตร เป็นที่ทิ้งปัจจุบัน โดยใช้วิธีฝังกลบ

ด้านการกำจัดน้ำเสีย เนื่องจากพื้นที่ยังไม่มีชุมชนหนาแน่นและยังไม่มีโรงงาน อุตสาหกรรมมากพอที่จะปล่อยน้ำเสียลงสู่ลำห้วยแม่น้ำ คลอง และแม่น้ำ จึงยังไม่มี การกำจัดน้ำเสีย

4.1.2 ด้านการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

พบว่า จากสถานการณ์การลดอัตราของผู้มารับบริการเพื่อเพิ่มความสะอาดแก่ ผู้รับบริการ และเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้มแข็ง จึงมีการส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลรักษาที่ บ้านเรือนในชุมชนเป็นจำนวนมากขึ้น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยติดเตียง 82 คน จำนวนเบาหวาน 1,838 คน ทำให้เกิดปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และเกิดการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อในครัวเรือนที่ไม่ถูกต้อง ปัจจุบันการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีการรวบรวมจากบ้าน ผู้ป่วย นำมาส่งที่รพ.สต. ที่รับผิดชอบไว้ที่พิกมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จะมีเก็บรวบรวม จำนวน 1 สัปดาห์ต่อครั้ง แล้วนำไปกำจัดที่ตำบลหนองกรด อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบลของ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนการดำเนินการในระยະที่ 2 ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990) ประกอบด้วย 4 ชั้น (PAOR) ร่วมกับ กระบวนการดำเนินงานตามหลักสมัชชาสุขภาพ ผลการวิจัย มีดังนี้

4.2.1 ชั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน เป็นกระบวนการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ของชุมชนโดยอาศัยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยและข้อมูลจากผู้วิจัยได้รวบรวม มาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสำราญ และเทศบาลตำบลโคกสำราญ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์ พบว่า รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง ของตำบลโคกสำราญ มีข้อมูลจำนวนมูลฝอยติดเชื่อในสถานบริการ ชุมชน และบ้าน โดยมีการรวบรวมข้อมูลเป็นรายเดือน รายปี และมีข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี และมีการติดตามและตรวจสอบร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

“รพ.สต.ได้รับแจ้งแจ้งในการเก็บขยะติดเชื่อของผู้รับบริการจากโรงพยาบาลสิรินธร และทุก รพ.สต. จะมีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื่อ โรงพยาบาลจะมาเก็บมูลฝอยติดเชื่ออาทิตย์ละครั้งในทุกวันอาทิตย์”

(ข้อมูลจากภาควิชาการ: เจ้าหน้าที่ รพ.สต., การสนทนากลุ่ม)

นอกจากนั้น นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 เป็นต้นมา รพ.สต.ในจังหวัดขอนแก่นทุกแห่ง ได้ถ่ายโอนมาที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนรูปแบบในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อจากเดิม คือ โรงพยาบาลแม่ข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุน ต้องเปลี่ยนมาเป็น อบจ. สนับสนุนและจัดการมูลฝอยติดเชื่อของ รพ.สต.

“เมื่อ รพ.สต. ได้ถ่ายโอนการทำงานมาที่ อบจ. จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการมูลฝอยติดเชื่อไป จึงจำเป็นต้องหากระบวนการใหม่ในการดำเนินงาน ซึ่งจำเป็นต้องมีการร่วมมือกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ”

(ข้อมูลภาคการเมือง: เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล, การสนทนากลุ่ม)

กิจกรรมที่ 2 ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยของ ชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ 3 ภาคส่วน ได้แก่ภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน และข้อเท็จจริงที่ได้จากชุมชน มาเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า ทราบสภาพปัจจุบันและสาเหตุของปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในชุมชน ดังนี้

1. ในช่วงที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบกระบวนการในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในชุมชนโดยตรง ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน และกระบวนการทำงานที่ผ่านมา ยังมีการทำงานร่วมกันเฉพาะบางกลุ่มและบางงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในชุมชน

2. กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ขาดศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และยังขาดสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัยในดำเนินการ

3. ภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน ทุกระดับ ขาดการประเมินเครื่องมือวัดผล และประเมินผลต่างๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงขาดการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดการสร้างความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม ในการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ขาดการวิเคราะห์ เพื่อนำข้อมูลใช้วางแผนในภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน

“ยังไม่เคยพูดคุยกันเกี่ยวกับการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนว่า พวกเราจะทำอย่างไร ความรู้ความเข้าใจก็ไม่มี ไม่รู้ว่าแต่ละคนจะมีบทบาทในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างไร?”

(ข้อมูลภาคการเมือง: สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การสนทนากลุ่ม)

“ญาติคนไข้ที่นำเข็มและไซริงค์ฉีดยาเบาหวานแล้ว มารวบรวมส่งที่ รพ.สต. ยังมีขยะประเภทอื่น ปนมาด้วย เช่น ยาเก่า ซองยา สำลี และบางคน เอามาหย่อนไว้ที่ถังขยะทั่วไปของ รพ.สต.”

(ข้อมูลภาคการเมือง: เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล, การสนทนากลุ่ม)

“ไม่มั่นใจในการดำเนินการเกี่ยวกับขยะติดเชื้อในชุมชน อสม.บางคน ยังแยกแยะขยะติดเชื้อไม่ได้ ผู้ป่วยและญาติก็เช่นกันที่ยังทำไม่ถูกต้อง บอกว่าทางราชการไม่สนับสนุนอุปกรณ์ในการรวบรวมขยะ ยังมีขยะติดเชื้อถูกทิ้งที่ถังขยะหน้าบ้าน ยังสงสารเจ้าหน้าที่เก็บขยะ ที่เสี่ยงอันตรายในการเก็บขยะ เช่น เข็มฉีดยาอาจจะถูกมือคนเก็บขยะได้”

(ข้อมูลจากภาคประชาสังคม: อสม., การสนทนากลุ่ม)

กิจกรรมที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ภาคส่วนเป็นหลัก และทำการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในครั้งนี้ ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน ในการพัฒนานโยบายสาธารณะในประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์และมีส่วนร่วม โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างกลไกการจัดสมัชชา 2) จัด

กลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การออกแบบการกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปทเรียน เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ และ 6) การบริหารจัดการที่เป็นระบบในชุมชนตำบลตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ทั้งนี้ ได้มีการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพตำบลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จำนวน 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง เพื่อระดมความคิด ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนทั้ง แนวทางต่างๆ ในการจัดการและแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการเพื่อนำเสนอผลการดำเนินการที่ผ่านมา ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา และวางแผนการพัฒนาร่วมกัน เป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดทิศทางกิจกรรม เพื่อสร้าง และพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนและเพื่อจัดทำเป็นแผนงานและแผนปฏิบัติการ ใน 3 หมวด ดังนี้

1. แผนงานขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพตำบลการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน นำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
2. แผนงานกระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน
3. แผนงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน
- 4) กิจกรรมที่ 4 จัดทำแผนการดำเนินงานตามมติที่ประชุม เป็นกิจกรรมหรือโครงการที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้เสียทั้ง 3 ภาคส่วน ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานให้ เป็นไปตามมติของที่ประชุมกำหนด เพื่อนำไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติต่อไป

4.2.2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามมติที่ประชุม เป็นกิจกรรมที่ประชาชนตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ต้องปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานหรือโครงการที่กำหนดขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนกับกลุ่มสมัชชาสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปออกแบบการสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนากการสื่อสารในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว สื่อสังคมออนไลน์ แผ่นพับคู่มือ และการถ่ายทอดสื่อสารในการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น
2. อบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนกับกลุ่ม อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ จำนวน 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปออกแบบการสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนากการสื่อสารในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน
3. สมัชชาสุขภาพตำบลร่วมกับดำเนินการจัดทำแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน โดยจัดทำตามแนวทางกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และสอดคล้องให้เข้ากับบริบทชุมชน

4.2.3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 นิเทศติดตามผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยจะลงพื้นที่สังเกตการณ์และติดตามเยี่ยมการดำเนินงานตามแผน เมื่อผู้รับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการ มีปัญหาอุปสรรคใด ๆ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ก็ต้องคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ นั้น ดำเนินไปได้ด้วยดี กิจกรรมที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม และข้อมูลภาคสนามจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และกิจกรรมที่ 8 ประเมินผลการดำเนินงานและสรุปผลงานพร้อมทั้ง วิเคราะห์ข้อมูล เป็นกิจกรรมประเมินผลการดำเนินงานก่อนดำเนินกิจกรรม ระหว่างดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรมในด้านต่าง ๆ เช่น รูปแบบกิจกรรมที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ของการดำเนินงานและความพึงพอใจ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานร่วมกัน ทุกเดือนๆ 1 ครั้ง
2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการในขณะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและทบทวนแผนการพัฒนาร่วมกัน
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้นำเสนอผลงานของสมาชิกสุขภาพตำบล โดยการเล่าถึงเรื่องราวการดำเนินการที่ผ่านมา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้แก่สมาชิกสุขภาพตำบลในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

4.2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 9 กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียน และคืนข้อมูลแก่ ชุมชน เป็นการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน จำนวน 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มของ กลุ่มขับเคลื่อนทั้ง 3 ภาคส่วน ในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กลุ่มสมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ได้ดำเนินงานรวมทั้งพูดถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข เพื่อ การพัฒนาต่อไปด้วยจากนั้นทำการสรุป เพื่อทบทวนกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ผลการดำเนินงาน ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ หรือได้ดำเนินการตามแผนและไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง ความร่วมมือที่ได้รับ และความภาคภูมิใจ หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จและหากจะพัฒนาต่อก็นำประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคไว้

4.3 ผลการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบล โศกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

4.3.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโศกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 66.1 (Mean= 49.79, SD = 11.33) กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.2 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 44.6 และพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ เคยได้รับการได้รับอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 51.8 และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน ร้อยละ 76.8 รายละเอียด ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโศกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	41.1
หญิง	33	58.9
อายุ (ปี)		
20-39 ปี	12	21.4
40-59 ปี	37	66.1
60 ปีขึ้นไป	7	12.5
(Mean =49.79, SD = 11.33, Min =24, Max =71, Range =47)		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	23.2
สมรส	41	73.2
หม้าย หย่า/ แยก	2	3.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	17.9
มัธยมศึกษา	25	44.6
อนุปริญญา ปวส.	2	3.6


ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรี	18	32.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.8
การอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ		
เคยได้รับการอบรม	29	51.8
ไม่เคยอบรม	27	48.2
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน		
เคยได้รับ	43	76.8
ไม่เคยได้รับ	13	23.2

4.3.2 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล เป็นรายชื่อ ก่อนพัฒนา พบว่า ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กระบอกลดขยะ (ไซริงค์)/ เข็มฉีดยาที่ใช้แล้วเป็นมูลฝอยติดเชื้อ สาลี/ ผ้าพันแผลที่ใช้ถูกด่าทั่วไป บรรจุและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100.0 และ ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อสามารถทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่นได้ ร้อยละ 12.5 หลังพัฒนา พบว่า ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การกำหนดสมาชิกสุขภาพตำบลในชุมชนของท่านจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชน นักวิชาการ และนักการเมืองในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม การจัดเวทีสมาชิกสุขภาพเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน กระบอกลดขยะ (ไซริงค์) / เข็มฉีดยาที่ใช้แล้วเป็นมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100.0 และ ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ เราสามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผาเอง เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย ร้อยละ 71.4 รายละเอียด ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ความรู้ ก่อน-หลังการพัฒนา ตอบคำถามรายข้อถูกต้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล	ตอบถูกต้อง	
	ก่อน	หลัง
1.การกำหนดประเด็นการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมาจากปัญหาสุขภาพของตำบลโคกสำราญ	41 (73.2)	45 (80.4)
2.การกำหนดสมาชิกสุขภาพตำบล ในชุมชนของท่านจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชน นักวิชาการ และนักการเมือง ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม	49 (87.5)	56 (100.0)
3.การจัดประชุมสมาชิกสุขภาพควรเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้	43 (76.8)	45 (80.4)
4.การจัดเวทีสมาชิกสุขภาพเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน	48 (85.7)	56 (100.0)
5.มูลฝอยติดเชื้อ เป็นขยะที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ น้ำหนอง น้ำเลือด เป็นต้น	46 (82.1)	49 (87.5)
6.กระบอกฉีดยา (ไซริงค์) / เข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	56 (100.0)	56 (100.0)
7.สำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	56 (100.0)	56 (100.0)
8.สายสวนปัสสาวะที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	56 (100.0)	56 (100.0)
9.ถุงมือที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	48 (85.7)	56 (100.0)
10.ขวดน้ำเกลือ / สายน้ำเกลือผู้ป่วยที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	46 (82.1)	49 (87.5)
11. มูลฝอยติดเชื้อสามารถทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่นได้	7 (12.5)	43 (76.8)
12.  เป็นสัญลักษณ์ของมูลฝอยติดเชื้อ	39 (69.6)	45 (80.4)
13.เราสามารถใช้อุปกรณ์ไป บรรจุและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	9 (16.1)	41 (73.2)
14.ถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีสีแดง ทึบแสงและมีข้อความ สีดำที่มีขนาดสามารถอ่านได้ชัดเจน ว่า “มูลฝอยติดเชื้อ”	48 (85.7)	56 (100.0)
15.เราต้องนำมูลฝอยติดเชื้อที่บ้าน ไปรวบรวมไว้ที่ที่พิกมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่กำหนด	47 (83.9)	56 (100.0)
16.ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่บ้าน ไม่ควรเกิน 7 วัน	43 (76.8)	49 (87.5)
17.หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น มีบทบาทจัดให้มีสถานที่ถ่าย เท หรือทิ้งมูลฝอยติดเชื้อในที่หรือทางสาธารณะ	35 (70.0)	49 (87.5)
18.ถังขยะติดเชื้อต้องมีฝาปิดมิดชิด เพื่อป้องกันจากสัตว์พาหะและแมลงนำโรค	49 (87.5)	56 (100.0)
19.หลังจากสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อแล้ว ต้องล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้ง	56 (100.0)	56 (100.0)
20.เราสามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผาเอง เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย	11 (19.6)	40 (71.4)

4.3.3 ความถี่ของคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ก่อนการพัฒนา มีความถี่คะแนนความรู้ มีคะแนนมากที่สุด 18 คะแนน จำนวน 10 คน ร้อยละ 17.9 รองลงมา 17 คะแนน จำนวน 7 คน ร้อยละ 12.5 มีคะแนนน้อยที่สุด 8 คะแนน จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.9 คะแนนเฉลี่ย 14 คะแนน (SD = 2.14) หลังการพัฒนา ความถี่คะแนนความรู้ มีคะแนนมากที่สุด 20 คะแนน จำนวน 9 คน ร้อยละ 16.1 มีคะแนนน้อยที่สุด 15 คะแนน จำนวน 8 คน ร้อยละ 14.1 คะแนนเฉลี่ย 18 คะแนน (SD = 2.82) รายละเอียด ดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละ ของความถี่คะแนนก่อนและหลังการพัฒนา ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ความถี่ของคะแนนความรู้	ก่อนการพัฒนา (คน)	หลังการพัฒนา (คน)
20	-	9 (16.1)
19	-	10 (17.9)
18	10 (17.9)	10 (17.9)
17	7 (12.5)	9 (16.1)
16	9 (16.1)	10 (17.9)
15	8 (14.1)	8 (14.1)
14	5 (8.9)	-
13	8 (14.1)	-
12	3 (5.4)	-
11	2 (3.6)	-
10	2 (3.6)	-
9	1 (1.9)	-
8	1 (1.9)	-

ก่อนการพัฒนา Mean= 14.0; SD = 2.14, Min = 8, Max = 18

หลังการพัฒนา Mean= 18.0; SD = 2.82, Min = 15, Max = 20

4.3.4 ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา มีระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 30 คน ร้อยละ 53.6 รองลงมามีระดับความรู้มาก จำนวน 16 คน ร้อยละ 28.6 ตามลำดับ และหลังการพัฒนา มีระดับความรู้มาก จำนวน 38 คน ร้อยละ 67.8 รองลงมามีระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 18 คน ร้อยละ 32.2 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 9

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับความรู้มาก	16 (28.6)	38 (67.8)
ระดับความรู้ปานกลาง	30 (53.6)	18 (32.2)
ระดับความรู้น้อย	10 (17.8)	0 (0.0)

ก่อนการพัฒนา Mean= 14.0; SD = 2.14, Min = 8, Max = 18

หลังการพัฒนา Mean= 18.0; SD = 2.82, Min = 15, Max = 20

4.3.4 ด้านการมีส่วนร่วม ก่อนการพัฒนา กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมการจัดทำแผนการกำหนดสมาชิกสุขภาพตำบลตามนัดหมาย Mean = 2.1 (SD = 0.7) ซึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 41.1 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสารประชาสัมพันธ์สมาชิกสุขภาพตำบลด้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนให้ประชาชนทราบ Mean = 1.8 (SD = 0.7) ซึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 30 คน ร้อยละ 53.6 รายละเอียด ดังตาราง 10

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วม
 ในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพ
 ตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			Mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านมีส่วนร่วมในการพิจารณาจัดตั้ง คณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ	14 (25.0)	30 (53.6)	12 (21.4)	2.0	0.7	ปาน กลาง
2	ท่านได้ร่วมประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	14 (25.0)	28 (50.0)	14 (25.0)	2.0	0.7	ปาน กลาง
3	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็น ปัญหาเรื่องจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน ชุมชน	11 (19.6)	31 (55.4)	14 (25.0)	1.9	0.7	ปาน กลาง
4	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อ แสวงหาฉันทามติร่วมกันในการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อในชุมชน	12 (21.4)	32 (57.2)	12 (21.4)	2.0	0.7	ปาน กลาง
5	ท่านได้ชักจูงและให้ข้อเสนอแนะใน ฉันทามติในการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อในชุมชน	12 (21.4)	32 (57.2)	12 (21.4)	2.0	0.7	ปาน กลาง
6	ท่านได้เสนอร่างมติในการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อในชุมชน	14 (25.0)	26 (46.4)	16 (28.6)	1.9	0.7	ปาน กลาง
7	ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจกำหนดทิศทาง ในการดำเนินงานจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	12 (21.4)	32 (57.2)	12 (21.4)	2.0	0.7	ปาน กลาง
8	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมการจัดทำ แผนการกำหนดสมัชชาสุขภาพตำบล ตามนัดหมาย	20 (37.5)	24 (41.1)	12 (21.4)	2.1	0.7	ปาน กลาง
9	ท่านได้ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน	15 (26.8)	30 (53.6)	11 (19.6)	2.0	0.7	ปาน กลาง
10	ท่านมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนข้อเสนอ จัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนสู่การ ปฏิบัติ	12 (21.4)	32 (57.2)	12 (21.4)	2.0	0.7	ปาน กลาง

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วม
 ในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพ
 ตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			Mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
11	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและ ประเมินนโยบายจัดการ มูลฝอยติด เชื้อในชุมชน	11 (19.6)	29 (51.8)	16 (28.6)	1.9	0.7	ปาน กลาง
12	ท่านมีส่วนร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน	12 (21.4)	32 (57.2)	12 (21.4)	2.0	0.7	ปาน กลาง
13	ท่านได้เสนอข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ หน่วยงานอื่น	11 (19.6)	33 (59.0)	12 (21.4)	2.0	0.7	ปาน กลาง
14	ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์สมัชชาสุขภาพตำบล ด้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ให้ ประชาชนทราบ	10 (17.8)	30 (53.6)	16 (28.6)	1.8	0.7	ปาน กลาง
15	ท่านได้ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสมัชชา สุขภาพ	11 (19.6)	29 (51.8)	16 (28.6)	1.9	0.7	ปาน กลาง

4.3.5 ด้านการมีส่วนร่วม หลังการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูล
 ฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล หลังการพัฒนา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านได้ทักท้วงและให้
 ข้อเสนอแนะในฉันทามติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และท่านได้เสนอร่างมติในการจัดการ
 มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน Mean = 2.7 (SD = 0.1) ซึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมมาก จำนวน 46, -39 คน
 ร้อยละ 82.1, 69.6 ตามลำดับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ร่วมในการขับเคลื่อนข้อเสนอจัดการ
 มูลฝอยติดเชื้อในชุมชนสู่การปฏิบัติ และท่านได้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการ
 ดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ Mean = 2.3 (SD = 0.1) ซึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมมาก จำนวน 27, 25 คน
 ร้อยละ 48.3, 44.7 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 11

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			Mean	SD	การแปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านมีส่วนร่วมในการพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ	38 (67.9)	8 (14.3)	10 (17.8)	2.4	0.1	มาก
2	ท่านได้ร่วมประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	37 (66.1)	7 (12.5)	12 (21.4)	2.5	0.1	มาก
3	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาเรื่องจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	35 (62.5)	8 (14.3)	13 (23.2)	2.4	0.1	มาก
4	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	37 (66.1)	10 (17.8)	9 (16.1)	2.5	0.1	มาก
5	ท่านได้ชักชวนและให้ข้อเสนอแนะในฉันทามติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	46 (82.1)	3 (5.4)	7 (12.5)	2.7	0.1	มาก
6	ท่านได้เสนอร่างมติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	39 (69.6)	16 (28.6)	1 (1.8)	2.7	0.1	มาก
7	ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจกำหนดทิศทางในการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	34 (60.7)	12 (21.4)	10 (17.9)	2.4	0.1	มาก
8	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมการจัดทำแผนการกำหนดสมัชชาสุขภาพตำบลตามนัดหมาย	35 (62.5)	11 (19.6)	10 (17.9)	2.4	0.1	มาก
9	ท่านได้ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน	33 (59.0)	12 (21.4)	11 (19.6)	2.4	0.1	มาก
10	ท่านมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนข้อเสนอจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนสู่การปฏิบัติ	27 (48.3)	18 (32.1)	11 (19.6)	2.3	0.1	มาก

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			Mean	SD	การแปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
11	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลนโยบายจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	32 (57.2)	18 (32.1)	6 (10.7)	2.5	0.1	มาก
12	ท่านมีส่วนร่วมกิจกรรมลดบทเรียน	35 (62.5)	12 (21.4)	9 (16.1)	2.5	0.1	มาก
13	ท่านได้เสนอข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น	39 (69.6)	7 (12.5)	10 (17.9)	2.5	0.1	มาก
14	ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสารประชาสัมพันธ์สมาชิกสุขภาพตำบล ด้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ให้ประชาชนทราบ	31 (55.4)	18 (32.1)	7 (12.5)	2.5	0.1	มาก
15	ท่านได้ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสมาชิกสุขภาพ	25 (44.7)	20 (35.7)	11 (19.6)	2.3	0.1	มาก

4.3.6 ด้านการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 28 คน ร้อยละ 50.0 รองลงมามีระดับการมีส่วนร่วมมาก จำนวน 14 คน ร้อยละ 28.6 ตามลำดับ และหลังการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมมาก จำนวน 42 คน ร้อยละ 75.0 รองลงมามีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 10 คน ร้อยละ 17.9 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 12

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ก่อน และหลังการพัฒนา ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	14 (28.6)	42 (75.0)
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	28 (50.0)	10 (17.9)
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	12 (21.4)	4 (7.1)

4.3.7 ด้านความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้านความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามสมาชิกสุขภาพ Mean = 2.4 (SD = 0.7) ซึ่งมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 30 คน ร้อยละ 53.6 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การกำหนดบทบาทของคณะกรรมการสมาชิกสุขภาพตำบล Mean = 2.0 (SD = 0.5) ซึ่งมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 11 คน ร้อยละ 19.6 รายละเอียด ดังตาราง 13

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			Mean	SD	การแปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อสมาชิกสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล	21 (37.5)	29 (51.8)	6 (10.7)	2.3	0.6	ปานกลาง
2	การดำเนินงานและประสานงานกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ภาคราชการและภาควิชาการ	22 (39.3)	28 (50.0)	6 (10.7)	2.3	0.6	ปานกลาง

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพ
ตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56) (ต่อ)

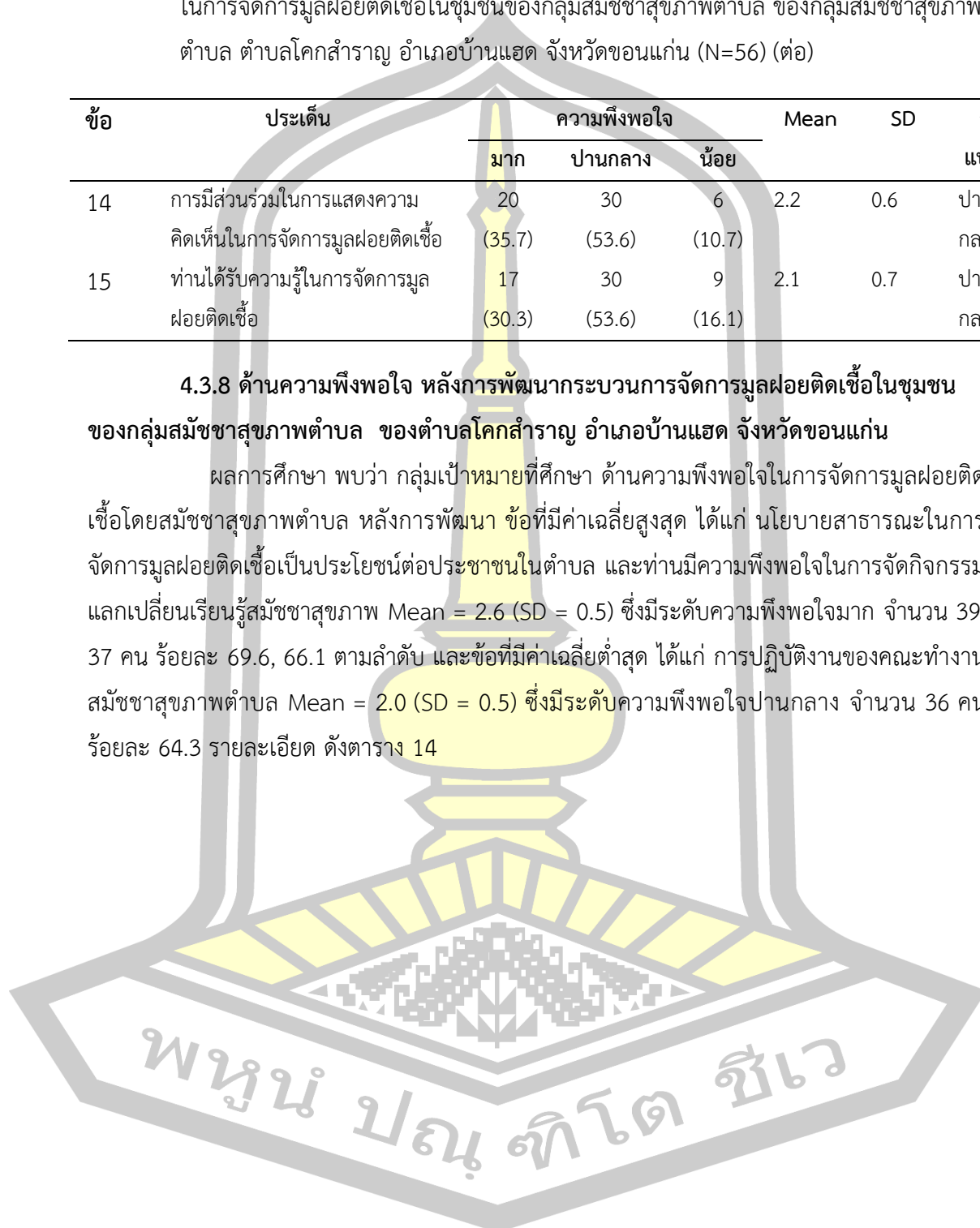
ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			Mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
3	การจัดระบบบริการในการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล	20 (35.7)	29 (51.8)	7 (12.5)	2.2	0.6	ปาน กลาง
4	การมีส่วนร่วมในกระบวนการสมาชิก สุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยสมาชิกสุขภาพตำบล	20 (35.7)	28 (50.0)	8 (14.3)	2.2	0.6	ปาน กลาง
5	ท่านมีความพึงพอใจในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการ ดำเนินงานสมาชิกสุขภาพ	20 (35.7)	30 (53.6)	6 (10.7)	2.2	0.6	ปาน กลาง
6	นโยบายสาธารณะในการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อเป็นประโยชน์ ต่อประชาชนในตำบล	20 (35.7)	26 (46.4)	10 (17.9)	2.1	0.7	ปาน กลาง
7	ท่านมีความพึงพอใจในการจัด กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สมาชิก สุขภาพ	20 (35.7)	30 (53.6)	6 (10.7)	2.2	0.6	ปาน กลาง
8	การนำสมาชิกสุขภาพตำบล ในการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อไปปฏิบัติใน ชุมชน	20 (35.7)	30 (53.6)	6 (10.7)	2.2	0.6	ปาน กลาง
9	การกำหนดบทบาทของ คณะกรรมการสมาชิกสุขภาพตำบล	11 (19.6)	39 (69.6)	6 (10.8)	2.0	0.5	ปาน กลาง
10	การติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานตามสมาชิกสุขภาพ ตำบล	30 (53.6)	20 (35.7)	6 (10.7)	2.4	0.7	มาก
11	การปฏิบัติงานของคณะทำงาน สมาชิกสุขภาพตำบล	21 (37.5)	29 (51.8)	6 (10.7)	2.2	0.6	ปาน กลาง
12	การปฏิบัติงานของบุคลากรที่ เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติด เชื้อ	19 (33.9)	31 (55.4)	6 (10.7)	2.2	0.6	ปาน กลาง
13	ประชาชนในชุมชนมีการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อดีขึ้น	13 (23.2)	36 (64.3)	7 (12.5)	2.1	0.5	ปาน กลาง

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพ ตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			Mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
14	การมีส่วนร่วมในการแสดงความ	20	30	6	2.2	0.6	ปาน กลาง
	คิดเห็นในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	(35.7)	(53.6)	(10.7)			
15	ท่านได้รับความรู้ในการจัดการมูล	17	30	9	2.1	0.7	ปาน กลาง
	ฝอยติดเชื้อ	(30.3)	(53.6)	(16.1)			

4.3.8 ด้านความพึงพอใจ หลังการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้านความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล หลังการพัฒนา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ นโยบายสาธารณะในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในตำบล และท่านมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ Mean = 2.6 (SD = 0.5) ซึ่งมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 39, 37 คน ร้อยละ 69.6, 66.1 ตามลำดับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การปฏิบัติงานของคณะทำงาน สมัชชาสุขภาพตำบล Mean = 2.0 (SD = 0.5) ซึ่งมีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 36 คน ร้อยละ 64.3 รายละเอียด ดังตาราง 14



ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมาชิก
สุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			Mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อ สมาชิกสุขภาพตำบล ในการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อโดย สมาชิกสุขภาพตำบล	32 (57.1)	20 (35.7)	4 (7.2)	2.5	0.6	มาก
2	การดำเนินงานและ ประสานงานกับเครือข่าย ภาคประชาสังคม ภาคราชการและภาควิชาการ	22 (39.3)	22 (39.3)	12 (21.4)	2.1	0.7	ปาน กลาง
3	การจัดระบบบริการในการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อโดย สมาชิกสุขภาพตำบล	21 (35.7)	26 (46.4)	9 (17.9)	2.2	0.7	ปาน กลาง
4	การมีส่วนร่วมในกระบวนการ สมาชิกสุขภาพในการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิก สุขภาพตำบล	28 (50)	20 (35.7)	8 (14.3)	2.3	0.7	ปาน กลาง
5	ท่านมีความพึงพอใจในการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการดำเนินงาน สมาชิกสุขภาพ	29 (51.8)	20 (35.7)	7 (12.5)	2.4	0.7	มาก
6	นโยบายสาธารณะในการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ เป็น ประโยชน์ต่อประชาชนใน ตำบล	39 (69.6)	16 (28.6)	1 (1.8)	2.6	0.5	มาก
7	ท่านมีความพึงพอใจในการ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สมาชิกสุขภาพ	37 (66.1)	16 (28.6)	3 (5.3)	2.6	0.5	มาก
8	การนำสมาชิกสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ไปปฏิบัติในชุมชน	36 (64.3)	16 (28.5)	4 (7.2)	2.5	0.6	มาก

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			Mean	SD	การแปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
9	การกำหนดบทบาทของคณะกรรมการสมาชิกสุขภาพตำบล	25 (44.7)	24 (42.8)	7 (12.5)	2.3	0.6	ปานกลาง
10	การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามสมาชิกสุขภาพตำบล	26 (46.4)	22 (39.3)	8 (14.3)	2.3	0.7	ปานกลาง
11	การปฏิบัติงานของคณะทำงานสมาชิกสุขภาพตำบล	12 (21.4)	36 (64.3)	8 (14.3)	2.0	0.5	ปานกลาง
12	การปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	31 (55.4)	17 (30.3)	8 (14.3)	2.4	0.7	มาก
13	ประชาชนในชุมชนมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีขึ้น	30 (53.5)	22 (39.3)	4 (7.2)	2.4	0.7	มาก
14	การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	26 (46.4)	26 (46.4)	4 (7.2)	2.4	0.6	มาก
15	ท่านได้รับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	34 (60.7)	20 (35.7)	2 (3.6)	2.5	0.5	มาก

4.3.9 ด้านความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้านความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบลของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 30 คน ร้อยละ 53.6 รองลงมา มีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 20 คน ร้อยละ 35.7 ตามลำดับ และหลังการพัฒนา มีระดับความพึงพอใจมาก

จำนวน 46 คน ร้อยละ 82.1 รองลงมา มีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 7 คน ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 15

ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ก่อน และหลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบลของกลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ
อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (N=56)

ความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับความพึงพอใจมาก	20 (35.7)	46 (82.1)
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	30 (53.6)	7 (12.5)
ระดับความพึงพอใจน้อย	6 (10.7)	3 (5.4)

4.3.10 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 46.9 (mean= 52.94.1, SD= 11.55) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 60 และพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 66.7 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน ร้อยละ 56.7 รายละเอียด ดังตาราง 16

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด
จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	26.7
หญิง	23	73.3
อายุ (ปี)		
20-39 ปี	5	15.6
40-59 ปี	15	46.9
60 ปีขึ้นไป	12	37.5
(mean =52.94, SD = 11.53, Min = 21, Max = 67, Range =46)		
สถานภาพสมรส		
โสด	4	13.3
สมรส	26	80.0
หม้าย หย่า/แยก	2	6.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	63.3
มัธยมศึกษา	10	30.0
ปริญญาตรี	2	6.7
อาชีพ		
รับจ้าง	4	13.3
เกษตรกร	20	60.0
ค้าขาย	6	20.0
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ	1	3.3
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.3
การอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ		
เคยได้รับการอบรม	11	33.3
ไม่เคยอบรม	21	66.7
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน		
เคยได้รับ	18	56.7
ไม่เคยได้รับ	14	43.3


4.3.11 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เป็นรายชื่อ ก่อนพัฒนา พบว่า ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ขยะติดเชื้อ เป็นขยะที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ น้ำหนอง น้ำเลือด เป็นต้น สำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ และสำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100 ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ เราสามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผาเอง เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย ร้อยละ 13.3 ภายหลังพัฒนา พบว่า ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ขยะติดเชื้อ เป็นขยะที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ น้ำหนอง น้ำเลือด เป็นต้น สำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ และสำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100 ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ เราสามารถใช้ถุงดำทั่วไป บรรจุและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 66.6 รายละเอียด ดังตาราง 17

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ความรู้ ก่อน-หลัง ตอบรายชื่อในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

คำถามความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	ตอบถูกต้อง	
	ก่อน	หลัง
1. ขยะติดเชื้อ เป็นขยะที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ น้ำหนอง น้ำเลือด เป็นต้น	32 (100.0)	32 (100.0)
2. กระจกฉีดยา (ไซริงค์) / เข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	32 (100.0)	32 (100.0)
3. สำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	32 (100.0)	32 (100.0)
4. สายสวนปัสสาวะที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	32 (100.0)	32 (100.0)
5. ถุงมือที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	32 (100.0)	32 (100)

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ความรู้ ก่อน-หลัง ตอบรายข้อในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32) (ต่อ)

คำถามความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	ตอบถูกต้อง	
	ก่อน	หลัง
6. ขวดน้ำเกลือ / สายน้ำเกลือผู้ป่วยที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ	31 (96.7)	32 (100.0)
7. มูลฝอยติดเชื้อสามารถทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่นได้	32 (100.0)	32 (100.0)
8.  เป็นสัญลักษณ์ของมูลฝอยติดเชื้อ	20 (63.3)	30 (93.3)
9. เราสามารถใช้ถุงดำทั่วไป บรรจุและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	10 (30.0)	21 (66.6)
10. ถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีสีแดง ทึบแสงและมีข้อความ สีดำที่มีขนาดสามารถอ่านได้ชัดเจน ว่า “มูลฝอยติดเชื้อ”	32 (100.0)	32 (100.0)
11. เราต้องนำมูลฝอยติดเชื้อที่บ้าน ไปรวบรวมไว้ที่ที่พักมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่กำหนด	31 (96.7)	32 (100.0)
12. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่บ้าน ไม่ควรเกิน 7 วัน	32 (100.0)	32 (100.0)
13. ถังขยะติดเชื้อต้องมีฝาปิดมิดชิด เพื่อป้องกันจากสัตว์พาหะและแมลงนำโรค	32 (100.0)	32 (100.0)
14. หลังจากสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อแล้ว ต้องล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้ง	32 (100.0)	32 (100.0)
15. เราสามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผาเอง เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย	4 (13.3)	28 (83.3)

4.3.12 ความถี่ของคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในชุมชน ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาความถี่คะแนนความรู้ มีคะแนนมากที่สุด 15 คะแนน จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.1 รองลงมามี 14 คะแนน จำนวน 22 คน ร้อยละ 68.8 และมีคะแนนน้อยที่สุด 10 คะแนน จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.8 คะแนน (SD = 2.23) หลังการพัฒนา ความถี่คะแนนความรู้ มีคะแนนมากที่สุด 15 คะแนน ร้อยละ 46.9 รองลงมามี 14 คะแนน จำนวน 9 คน ร้อยละ 28.1 และมีคะแนนน้อยที่สุด 12 คะแนน จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.3 คะแนนเฉลี่ย 14.2 คะแนน (SD = 2.74) รายละเอียด ดังตาราง 18

ตาราง 18 จำนวน และร้อยละ ของความถี่คะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา ในการจัดการมูล
ฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบล
โคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ความถี่ของคะแนนความรู้	ก่อนการพัฒนา (คน)	หลังการพัฒนา (คน)
15	1 (3.1)	15 (46.9)
14	22 (68.8)	9 (28.1)
13	4 (12.5)	6 (18.7)
12	2 (6.3)	2 (6.3)
11	2 (6.3)	-
10	1 (3.1)	-

ก่อนดำเนินการ mean= 13.8; SD = 2.23, Min = 10, Max = 15

หลังดำเนินการ mean= 14.2; SD = 2.74, Min = 12, Max = 15

4.3.13 ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน
ชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่มี
ระดับความรู้มาก จำนวน 17 คน ร้อยละ 53.4 รองลงมามีระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 15 คน

ร้อยละ 46.6 ตามลำดับ และหลังการพัฒนา มีระดับความรู้มาก จำนวน 27 คน ร้อยละ 83.7 รองลงมา มีระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.3 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 19

ตาราง 19 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอ บ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับความรู้มาก	17 (53.4)	27 (83.7)
ระดับความรู้ปานกลาง	15 (46.6)	5 (16.3)
ระดับความรู้น้อย	0 (0.0)	0 (0.0)

ก่อนดำเนินการ mean= 13.8; SD = 2.23, Min = 10, Max = 14

หลังดำเนินการ mean= 14.2; SD = 2.74, Min = 12, Max = 15

4.3.14 ด้านการพฤติกรรม ก่อนการพัฒนา กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอ บ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยสมัชชาสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝา ปิดมิดชิด Mean = 2.9 (SD = 0.1) ซึ่งมีระดับพฤติกรรมดี จำนวน 31 คน ร้อยละ 96.9 และข้อที่มี ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น Mean = 1.5 (SD = 0.5) ซึ่งมีระดับซึ่งมีระดับพฤติกรรมไม่ดี จำนวน 16 คน ร้อยละ 50.0 รายละเอียด ดังตาราง 20

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านพฤติกรรมใน
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น
แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
(n=32)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูล ฝอยประเภทอื่น	4 (15.2)	20 (60.6)	8 (24.2)	1.9	0.6	ปาน กลาง
2	ท่านเผามูลฝอยติดเชื้อ	1 (3.0)	19 (57.6)	12 (39.4)	1.6	0.5	ปาน กลาง
3	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภท พลาสติกเช่น โขริงค์ฉีดยา ถุงใส่ ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	4 (15.2)	21 (63.6)	7 (21.2)	1.9	0.6	ปาน กลาง
4	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทขวด แก้ว/ขวดพลาสติกออกจากมูลฝอย ประเภทอื่น	2 (6.1)	23 (72.7)	7 (21.2)	1.8	0.5	ปาน กลาง
5	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมี คม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	0 (0.0)	16 (50.0)	16 (50.0)	1.5	0.5	ไม่ดี
6	ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไป กำจัด	0 (0.0)	26 (81.3)	6 (18.7)	1.8	0.3	ปาน กลาง
7	ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้ง ลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล ตำบล/รพ.สต. จัดให้	3 (9.1)	23 (72.7)	6 (18.7)	1.9	0.5	ปาน กลาง
8	ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวม เพื่อป้องกันการรั่วของที่รองรับมูล ฝอยติดเชื้อ	8 (25.0)	16 (50.0)	8 (25.0)	2.0	0.7	ปาน กลาง
9	ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทใน ที่สาธารณะ	4 (12.5)	20 (62.5)	8 (25.0)	1.8	0.6	ปาน กลาง
10	ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาด ด้วยน้ำและผงซักฟอก	3 (9.1)	22 (68.7)	7 (21.2)	1.8	0.5	ปาน กลาง

ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านพฤติกรรมใน
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น
แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
(n=32) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
11	ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝาปิด มิดชิด	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.1	ดี
12	ท่านมีวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธี อื่นๆ ที่ไม่ทำให้มูลติดเชื้อ ตกค้างในชุมชน	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)	2.9	0.3	ดี
13	ท่านกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยส่ง สถานพยาบาล / รพสต. ใกล้บ้านของท่าน	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
14	ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อประเภท พลาสติกเช่น ไซริงค์ฉีดยา ถุงใส่ ปัสสาวะ มาใช้ซ้ำ	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
15	ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและ หลังเมื่อสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ	30 (93.8)	2 (6.2)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี

4.3.15 ด้านพฤติกรรม หลังการพัฒนา กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของ
ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้าน
แฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
โดยสมัชชาสุขภาพตำบล หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน Mean = 2.9 (SD = 0.1) ซึ่งมี
ระดับพฤติกรรมดี จำนวน 31 คน ร้อยละ 96.9 รายละเอียด ดังตาราง 21

ตาราง 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านพฤติกรรมใน
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิด
มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอย ประเภทอื่น	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
2	ท่านเผามูลฝอยติดเชื้อ	30 (93.8)	2 (6.2)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
3	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภท พลาสติกเช่น ไซริงฉีดยา ถุงใส่ปัสสาวะ ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)	2.9	0.3	ดี
4	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทขวด แก้ว/ขวดวัคซีนออกจากมูลฝอย ประเภทอื่น	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)	2.9	0.4	ดี
5	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมี คม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
6	ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไป กำจัด	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
7	ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลง ถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาลตำบล/ รพ.สต. จัดให้	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
8	ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวมเพื่อ ป้องกันการรั่วของที่รองรับมูลฝอยติด เชื้อ	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
9	ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทในที่ สาธารณะ	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
10	ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาด ด้วยน้ำและผงซักฟอก	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
11	ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝาปิดมิดชิด	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี

ตาราง 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านพฤติกรรมใน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	การมีส่วนร่วม			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
12	ท่านมีวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธี อื่นๆ ที่ไม่ทำให้มูลติดเชื้อตกค้างในชุมชน	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)	2.9	0.3	ดี
13	ท่านกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยส่ง สถานพยาบาล/ รพสต. ใกล้บ้านของ ท่าน	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
14	ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อประเภทพลาสติก เช่น ไซริงฉีดยา ถังใส่ปัสสาวะ มาใช้ซ้ำ	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี
15	ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและหลัง เมื่อสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ	30 (93.8)	2 (6.2)	0 (0.0)	2.9	0.2	ดี

4.3.16 ด้านพฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน ชุมชนของของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน ชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่มี ระดับพฤติกรรมปานกลาง จำนวน 17 คน ร้อยละ 52.0 รองลงมามีระดับพฤติกรรมดี จำนวน 9 คน ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ และหลังการพัฒนา มีระดับพฤติกรรมดี จำนวน 26 คน ร้อยละ 80.0 รองลงมามีระดับพฤติกรรมปานกลาง จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.0 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง

22

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 22 จำนวน และร้อยละ ด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล
ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอ
บ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)

ระดับพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับพฤติกรรมดี	9 (28.0)	26 (80.0)
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	17 (52.0)	5 (16.0)
ระดับพฤติกรรมไม่ดี	6 (20.0)	1 (4.0)

4.3.17 ด้านความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัด ขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
โดยสมัชชาสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน ได้แก่ ท่านได้รับการบริการ
จัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของท่าน ท่านได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพตำบล
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนงบประมาณการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบล การได้รับการสนับสนุนจาก อสม.ในการเยี่ยมบ้าน และการได้รับการ
สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน mean = 2.0 (SD = 0.7) ซึ่งมีระดับความพึง
พอใจปานกลาง จำนวน 16, 16, 13, 14, 17 คน ร้อยละ 50.0, 50.0, 40.7, 43.8, 53.2 ตามลำดับ
และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวของท่าน mean = 1.8
(SD = 0.7) ซึ่งมีระดับซึ่งมีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 14 คน ร้อยละ 43.8 รายละเอียด
ดังตาราง 23

พหุ ประสิทธิภาพ

ตาราง 23 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ
ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในชุมชนของท่าน	9 (28.1)	12 (37.5)	11 (34.4)	1.9	0.8	ปาน กลาง
2	ท่านได้รับบริการการจัดการมูลฝอยติด เชื้อในชุมชนของท่าน	8 (25.0)	16 (50.0)	8 (25.0)	2.0	0.7	ปาน กลาง
3	ท่านได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน สมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อ	8 (25.0)	16 (50.0)	8 (25.0)	2.0	0.7	ปาน กลาง
4	ท่านได้รับทราบข้อมูลในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อ	8 (25.0)	17 (53.2)	7 (21.8)	1.9	0.8	ปาน กลาง
5	การนำสมัชชาสุขภาพตำบล เพื่อ สุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน ชุมชน	9 (28.1)	13 (40.7)	10 (31.2)	1.9	0.8	ปาน กลาง
6	ท่านทราบว่ามีการดำเนินงานการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของท่าน	8 (25.0)	14 (43.8)	10 (31.2)	1.9	0.8	ปาน กลาง
7	ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจาก หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในตำบล เช่น เทศบาลตำบล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ	8 (25.0)	13 (40.6)	11 (34.4)	1.9	0.6	ปาน กลาง
8	การอำนวยความสะดวกในการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในสถานที่สาธารณะใน ตำบลของท่าน	8 (25.0)	14 (43.8)	10 (31.2)	1.9	0.7	ปาน กลาง
9	ท่านพึงพอใจในความรู้และข้อมูล ข่าวสารการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	9 (28.1)	13 (40.7)	10 (31.2)	1.9	0.7	ปาน กลาง
10	การสนับสนุนงบประมาณการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อจากกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบล	8 (25.0)	13 (40.7)	11 (34.3)	2.0	0.7	มาก

ตาราง 23 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
11	การได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลตำบล	10 (31.2)	14 (43.8)	8 (25.0)	1.9	0.7	ปาน กลาง
12	การได้รับการสนับสนุนจาก อสม.ในการเยี่ยมบ้าน	8 (25.0)	14 (43.8)	10 (31.2)	2.0	0.7	ปาน กลาง
13	การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน	8 (25.0)	17 (53.2)	7 (21.8)	2.0	0.7	ปาน กลาง
14	การได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนของท่านเอง เช่น ชาวบ้าน ผู้ป่วย ผู้นำชุมชน/ หมู่บ้าน	9 (28.1)	13 (40.6)	10 (31.3)	1.9	0.8	ปาน กลาง
15	การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวของท่าน	7 (21.8)	14 (43.8)	11 (34.3)	1.8	0.7	ปาน กลาง

4.3.18 ด้านความพึงพอใจ หลังการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล หลังการพัฒนา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน ท่านได้รับการบริการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของท่าน ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในตำบล เช่น เทศบาลตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจาก อสม.ในการเยี่ยมบ้าน mean = 2.9 (SD = 0.4) ซึ่งมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 30, 28, 28 คน ร้อยละ 93.8, 87.5, 87.5 ตามลำดับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน mean = 1.9 (SD = 0.7) ซึ่งมีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 15 คน ร้อยละ 46.9 รายละเอียด ดังตาราง 24

ตาราง 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ
ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในชุมชนของท่าน	29 (90.6)	3 (9.4)	0 (0.0)	2.9	0.3	มาก
2	ท่านได้รับบริการการจัดการมูลฝอยติด เชื้อในชุมชนของท่าน	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)	2.9	0.4	มาก
3	ท่านได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน สมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อ	27 (81.8)	3 (9.1)	3 (6.1)	2.8	0.5	มาก
4	ท่านได้รับทราบข้อมูลในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อ	25 (78.1)	6 (18.8)	1 (3.1)	2.8	0.5	มาก
5	การนำสมัชชาสุขภาพตำบล เพื่อสุขภาพ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	31 (96.9)	1 (3.1)	0 (0.0)	2.8	0.5	มาก
6	ท่านทราบว่ามีการดำเนินงานการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของท่าน	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)	2.9	0.2	มาก
7	ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงาน ต่างๆที่เกี่ยวข้องในตำบล เช่น เทศบาล ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	28 (87.5)	1 (3.1)	3 (9.4)	2.9	0.4	มาก
8	การอำนวยความสะดวกในการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในสถานที่สาธารณะใน ตำบลของท่าน	28 (87.5)	1 (3.1)	3 (9.4)	2.8	0.6	มาก
9	ท่านพึงพอใจในความรู้และข้อมูล ข่าวสารการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	27 (84.4)	2 (6.2)	3 (9.4)	2.8	0.6	มาก
10	การสนับสนุนงบประมาณการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อจากกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบล	26 (81.2)	4 (12.5)	2 (6.3)	2.8	0.6	มาก
11	การได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล ตำบล	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)	2.8	0.6	มาก

ตาราง 25 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังการพัฒนา ด้านความพึงพอใจ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (n=32)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ			mean	SD	การ แปลผล
		มาก	ปานกลาง	น้อย			
12	การได้รับการสนับสนุนจาก อสม.ในการ เยี่ยมบ้าน	28 (87.5)	3 (9.4)	1 (3.1)	2.9	0.4	มาก
13	การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน	7 (21.9)	15 (46.9)	10 (31.2)	1.9	0.7	ปาน กลาง
14	การได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชน ของท่านเอง เช่น ชาวบ้าน ผู้ป่วย ผู้นำ ชุมชน/ หมู่บ้าน	17 (23.1)	2 (6.3)	13 (40.6)	2.8	0.4	มาก
15	การได้รับการสนับสนุนจากคนใน ครอบครัวของท่าน	2 (6.3)	24 (75.0)	6 (18.7)	2.1	0.9	ปาน กลาง

4.3.19 ด้านความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยสมัชชาสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 13 คน ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 11 คน ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ และหลังการพัฒนา มีระดับความพึงพอใจ จำนวน 22 คน ร้อยละ 66.6 รองลงมา มีระดับความพึงพอใจปานกลางจำนวน 5 คน ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 25

ตาราง 26 จำนวน และร้อยละ ความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)

ความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ระดับความพึงพอใจมาก	11 (33.3)	22 (66.6)
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	13 (40.0)	5 (16.2)
ระดับความพึงพอใจน้อย	8 (26.7)	5 (16.2)

4.3.20 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา 13.8 และ 14.2 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา 2.09 และ 2.87 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา 2.09 และ 2.47 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) รายละเอียด ดังตาราง 26

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ก่อน-หลังการพัฒนา (n=32)

การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ ในชุมชน	n	mean	SD	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	t	df	p-value
1. ความรู้								
ก่อนการพัฒนา	32	13.8	2.23	0.41	0.43-5.15	10.22	31	0.001
หลังการพัฒนา	32	14.2	2.74					
2. พฤติกรรม								
ก่อนการพัฒนา	32	2.09	0.69	0.47	0.51-0.85	8.25	31	0.001
หลังการพัฒนา	32	2.78	0.49					
3. ความพึงพอใจ								
ก่อนการพัฒนา	32	2.09	0.77	0.49	0.19-0.55	4.31	31	0.001
หลังการพัฒนา	32	2.47	0.80					

4.4 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบล โศกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

4.4.1 กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล มีความมั่นใจกับการดำเนินการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เนื่องจากการได้รับการพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่าง ต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง มีการประสานงานที่ดีขึ้น ทำให้การดำเนินการในการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีการให้ข้อมูลแก่ประชาชนและแรงงานและ ครอบครัวได้ครบถ้วนและชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งมีการวางแผนการดำเนินงานล่วงหน้าและกำหนด กรอบเวลาชัดเจน ส่งผลให้คุณภาพการดำเนินการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไปในทิศทางที่ ดีขึ้น และมีการวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินความเสี่ยงจากการดำเนินการในการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อในชุมชน และการจัดการแก้ไขความเสี่ยงจากการทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนและผู้ป่วย และเครือข่ายทำงานมีความพึงพอใจในการดำเนินงาน

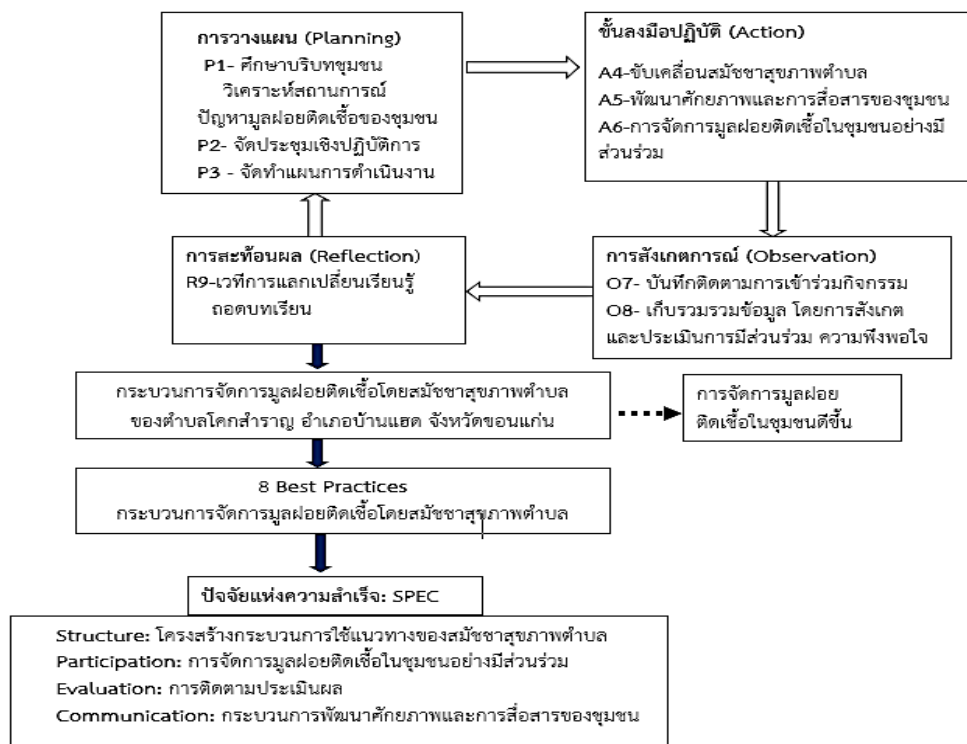
4.4.2 กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ได้พัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และดำเนินงานกันอย่างสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

- 1) การศึกษาบริบทชุมชน และการวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Situation Analysis)
- 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน ชุมชน (Community Planning)
- 3) การอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Knowledge)
- 4) การสร้างความตระหนักรู้ ในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Awareness) เพื่อพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อใน ชุมชน
- 5) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการเครือข่าย สมัชชาสุขภาพตำบล (Health Assembly) ในจัดทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 6) การเยี่ยมติดตามผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Follow-up)
- 7) การประเมินผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Evaluation)
- 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Lesson Learned)

ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนผลการสังเคราะห์ ตามการปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ใน 8 กิจกรรม ชำรงต้น พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโศกสำราญ เรียกว่า “SPEC” ประกอบด้วย

1) Structure: การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ตามบริบทของพื้นที่ 2) Participation: การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3) Evaluation: การติดตามประเมินผล 4) Communication: กระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชน

ดังนั้น กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาการขึ้นจากการวิจัย ดังนี้



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบลโคกสำราญ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จำนวน 56 คน และ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จำนวน 32 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนากระบวนการด้วยสถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผล

5.1.1 บริบทของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

สถานการณ์การลดอัตราของผู้มารับบริการ ของรพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง ของตำบลโคกสำราญ เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้มแข็ง จึงมีการส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลรักษาที่บ้านเรือนในชุมชนเป็นจำนวนมากขึ้น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 82 คน จำนวนเบาหวาน 1,838 คน ทำให้เกิดปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และเกิดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนที่ไม่ถูกต้อง ปัจจุบันการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีการรวบรวมจากบ้านผู้ป่วย นำมาส่งที่รพ.สต. ที่รับผิดชอบไว้ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จะมีเก็บรวบรวม จำนวน 1 สัปดาห์ต่อครั้ง

5.1.2 ขั้นตอนการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990) ประกอบด้วย 4 ขั้น (PAOR) ร่วมกับ กระบวนการดำเนินงานตามหลักสมัชชาสุขภาพ ผลการวิจัย มีดังนี้

5.1.2.1 ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

5.1.2.1.1 กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน เป็นกระบวนการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ของชุมชน พบว่า รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง ของตำบลโคกสำราญ มีข้อมูลจำนวนมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการ ชุมชน และบ้าน โดยมีการรวบรวมข้อมูลเป็นรายเดือน รายปี และมีข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี และมีการติดตามและตรวจสอบร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

นอกจากนั้น นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 เป็นต้นมา รพ.สต.ในจังหวัดขอนแก่นทุกแห่ง ได้ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนรูปแบบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากเดิม

5.1.2.1.2 กิจกรรมที่ 2 ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยของชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ 3 ภาคส่วนสมาชิกสุขภาพ พบว่า ทราบสภาพปัจจุบันและสาเหตุของปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ดังนี้ 1. ในช่วงที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบกระบวนการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และกระบวนการทำงานที่ผ่านมา ยังมีการทำงานร่วมกันเฉพาะบางกลุ่มและบางงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 2. กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ขาดศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน และยังขาดสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัยในดำเนินการ และ 3. ขาดการประเมิน เครื่องมือวัดผล และประเมินผลต่างๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงขาดการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดการสร้างความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม

5.1.2.1.3 กิจกรรมที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ภาคส่วนเป็นหลัก และทำการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการสมาชิกสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ และพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน และเพื่อจัดทำเป็นแผนงานและแผนปฏิบัติการ ใน 3 หมวด ดังนี้ 1.แผนงานขับเคลื่อนสมาชิกสุขภาพ ตำบลการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2.แผนงานกระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนและ 3. แผนงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมที่ 4 จัดทำแผนการดำเนินงานตามมติที่ประชุม เป็นกิจกรรมหรือ โครงการที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้เสียทั้ง 3 ภาคส่วน ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานให้เป็นไปตามมติของที่ประชุมกำหนด เพื่อนำไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติต่อไป

5.1.2.2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานสมาชิกสุขภาพ ดังต่อไปนี้ 1. ให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนกับกลุ่มสมาชิกสุขภาพ 2. อบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนกับกลุ่ม อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ และ 3. สมาชิกสุขภาพตำบลร่วมกันดำเนินการจัดทำแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

5.1.2.3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 6 นิเทศติดตามผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และกิจกรรมที่ 8 ประเมินผลการดำเนินงานและสรุปผลงาน โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1. ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานร่วมกัน ทุกเดือนๆ 1 ครั้ง 2. เก็บรวบรวม

ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและทบทวนแผนการพัฒนาร่วมกัน 3. ส่งเสริมสนับสนุนให้นำเสนอผลงานของสมาชิกสุขภาพตำบล มาเพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้แก่สมาชิกสุขภาพตำบล

5.1.2.4 **ขั้นสะท้อนผล (Reflection)** ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 1 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 9 กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียน และคืนข้อมูลแก่ชุมชน หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและหากจะพัฒนาต่อก็ำประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคไว้

5.1.3 ผลการดำเนินงานของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

5.1.3.1 กลุ่มสมาชิกสุขภาพตำบล จำนวน 56 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 66.1 (Mean= 49.8; SD= 11.3) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.2 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 44.6 และพบว่า เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 51.8 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน ร้อยละ 76.8 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.8 การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0 ความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0

5.1.3.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 32 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 46.9 (mean= 52.94.1; SD= 11.55) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60 และพบว่า ส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 66.7 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน ร้อยละ 56.7 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.7 พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0 และความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.6

5.1.3.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลของกลุ่มสมาชิกสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 56 คน พบว่า ด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน-หลังพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

5.1.3.4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลของกลุ่มประชาชนและผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 32 คน พบว่า ด้านความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน-หลังพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

5.1.4 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดการทำงานมีส่วนร่วม เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชน ผู้ป่วย กลุ่มเครือข่าย และชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยพบว่า กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล ได้พัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพตำบลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และดำเนินงานกันอย่างสมานฉันท์และการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

- 1) การศึกษาบริบทชุมชน และการวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Situation Analysis)
- 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Community Planning)
- 3) การอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Knowledge)
- 4) การสร้างความตระหนักรู้ ในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Awareness) เพื่อพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 5) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล (Health Assembly) ในจัดทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 6) การเยี่ยมติดตามผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Follow-up)
- 7) การประเมินผลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Evaluation)
- 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Lesson Learned)

ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนผลการสังเคราะห์ ตามการปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ใน 8 กิจกรรม ข้างต้น พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ เรียกว่า “SPEC” ประกอบด้วย

- 1) Structure: การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ตามบริบทของพื้นที่
- 2) Participation: การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
- 3) Evaluation: การติดตามประเมินผล
- 4) Communication: กระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชน

5.2 อภิปรายผล

กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทำให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชน ผู้ป่วย กลุ่มเครือข่าย และชุมชน ประกอบด้วย 4

องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างกระบวนการใช้แนวทางของสมัชชาสุขภาพตำบลนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2)กระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสื่อสารของชุมชน 3)การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และ 4)การติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jang, Y. C. (2017) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ และการรับรู้ของประชาชนในการจัดการของเสียทางการแพทย์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทางการแพทย์ในชุมชน เช่นเดียวกับ Cornelius Tsamo, et. al. (2017) พบว่า วิธีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยตามกฎเกณฑ์มาตรฐาน เป็นสิ่งสำคัญในการประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และพรพิมล วิกรัยพัฒน์ (2550) ได้ทำศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนชุมชน พบว่า การจัดทำแผนชุมชน การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และการสร้างเครือข่าย ร่วมกับชุมชนอื่น ๆ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรม และชุมชนยังเกิดการตื่นตัวในปัญหาที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ เกิดการปฏิสัมพันธ์ในระหว่างกลุ่มภายในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษารัตริส ตะโกพร (2558) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน พบว่า ภาควิชาที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและมาตรการในการพัฒนาความรู้และข้อควรปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อความปลอดภัยของชุมชน และกฤษฎา เจริญสุข (2564) ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า การกำหนดแนวทางบริหารจัดการและการนำไปใช้ และการประเมินผล กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา เป็นรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ-พนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ เป็นวิธีการที่ใช้แก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ

การศึกษาคั้งนี้ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990) ประกอบด้วย 4 ขั้น (P-A-O-R) ร่วมกับ กระบวนการดำเนินงานตามหลักสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างกลไกการจัดสมัชชา 2) จัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การออกแบบการกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารทางสังคมตลอดกระบวนการ และ 6) การบริหารจัดการที่เป็นระบบในชุมชน นับเป็นกระบวนการพัฒนางานในการดำเนินอย่างมีส่วนร่วม พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชิรญา จันทระปิฎก (2555) ที่ศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะประกอบด้วย 10 ปัจจัย คือ ด้านความเข้มแข็งของชุมชน ด้านศักยภาพของประชาชนที่เข้าร่วมเวทีสาธารณะด้าน รูปแบบการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรภายนอก ด้านความร่วมมือของ ประชาชน ด้านลักษณะของชุมชน ด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ ด้านความสนใจของ ผู้บริหารในเรื่องสุขภาพะ ด้านการติดต่อสื่อสารในชุมชนและผู้นำท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง เช่นเดียวกับอาหามะ เจ๊ะโชะ (2558) ได้ศึกษา

การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล พบว่า สัมพันธภาพของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพต่อชุมชนทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนดีขึ้น ด้านความรู้ความเข้าใจของคณะทำงานสมัชชาสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้รูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน และพจนีย์ ชัดโพธิ์, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วิโรจน์ เชมรัมย์ (2560) ศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนประกอบด้วย 11 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) จัดตั้งกลไกสมัชชาสุขภาพ 5) การจัดกลุ่มเครือข่าย 6) ออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 7) การสังเกตและประเมินผล 8) สรุปรบทเรียน 9) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน 10) สื่อสารตลอดกระบวนการ และ 11) การจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

5.3.1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลดังกล่าวไปปรับใช้ในการดำเนินการในลักษณะงาน และประเภทงานที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งกลุ่มประชากรและกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และให้ความสำคัญกับการจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและดำเนินงานของสมัชชาสุขภาพตำบลและกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และควรติดตามและประเมินผลอย่างอยู่เสมอเพื่อความยั่งยืนในการดำเนินการ

5.3.1.2 ควรนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลการวิจัยนี้ปรับใช้กับการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล เพื่อส่งเสริมให้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา และโอกาสพัฒนากระบวนการทำงานอย่างมีคุณภาพ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคราชการ วิชาการ และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์และมีส่วนร่วม

5.3.1.3 จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาประเด็นความรู้สามารถนำไปตั้งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนา เพื่อเสริมสร้างการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ให้ความสำคัญกับการจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานของสมัชชาสุขภาพตำบล และกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอย

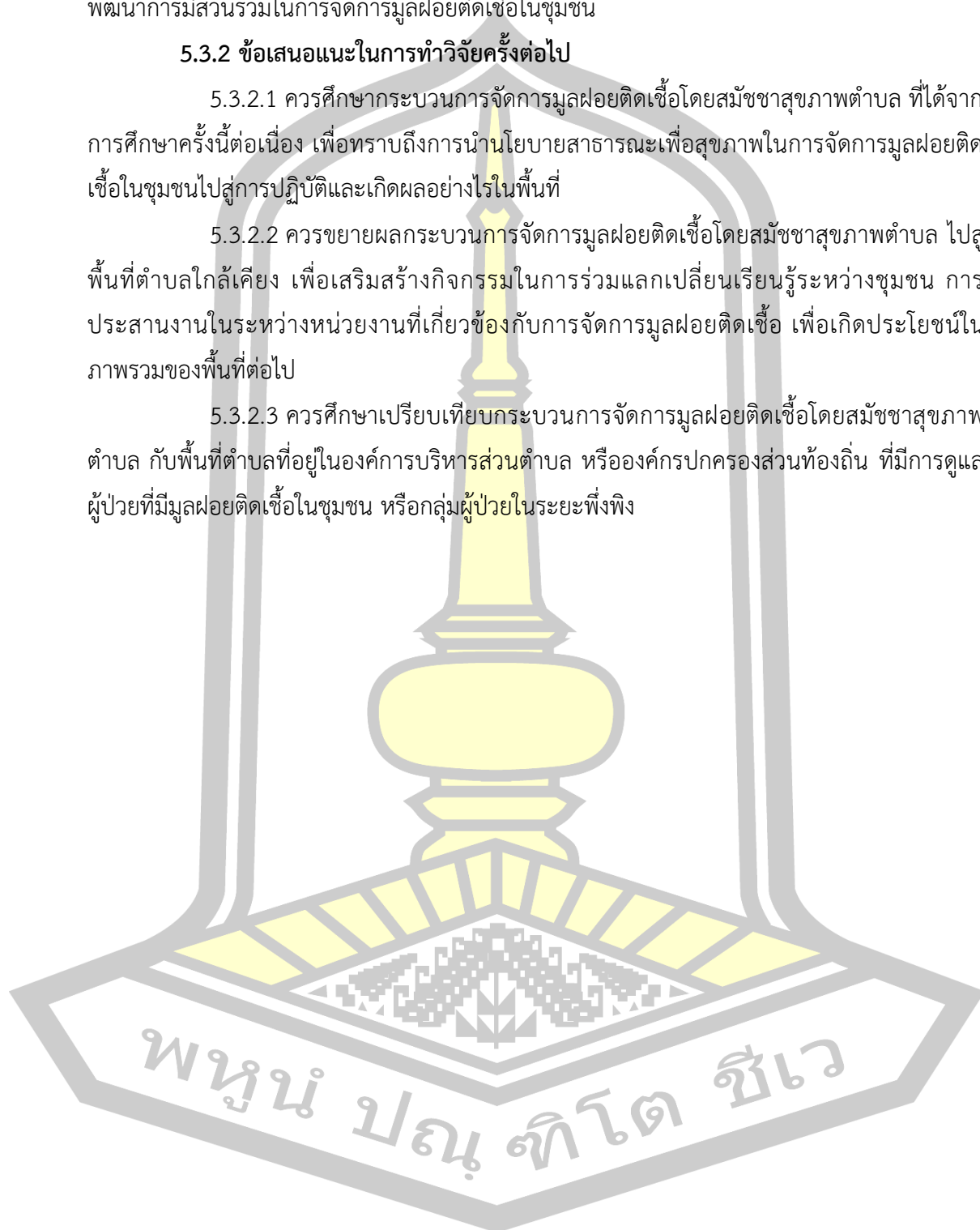
ติดเชื่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ในการเสริมสร้างการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในชุมชน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื่อโดยสมาชิกอาสาสมัครตำบล ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ต่อเนื่อง เพื่อทราบถึงการนำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในชุมชนไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลอย่างไรในพื้นที่

5.3.2.2 ควรขยายผลกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื่อโดยสมาชิกอาสาสมัครตำบล ไปสู่พื้นที่ตำบลใกล้เคียง เพื่อเสริมสร้างกิจกรรมในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน การประสานงานในระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ เพื่อเกิดประโยชน์ในภาพรวมของพื้นที่ต่อไป

5.3.2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื่อโดยสมาชิกอาสาสมัครตำบล กับพื้นที่ตำบลที่อยู่ในองค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการดูแลผู้ป่วยที่มีมูลฝอยติดเชื่อในชุมชน หรือกลุ่มผู้ป่วยในระยะพึ่งพิง



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2547). *การจัดการมูลฝอยชุมชนอย่างครบวงจร*. พิมพ์ครั้งที่ 4. ครุสภาลาดพร้าว, กรุงเทพฯ.
- กรมชลประทาน. (2555). *คู่มือการจัดเวที่รับฟังความคิดเห็นของประชาชน (ภาคปฏิบัติ...กรณีศึกษาจริง)*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อะเลทกรุปจำกัด
- กรมอนามัย. (2561). *เอกสารวิชาการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ*. กรุงเทพฯ : กองอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA001/00001430.PDF> :1
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศ*. เข้าถึงได้จาก : <https://env.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=210516&id=95188&reload=>, สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565
- กฤษฎา เจริญสุข. (2564). "พนม ดง รัก โมเดล: การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*.
- กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5817035115_6146_4564.pdf สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565
- จอมจันทร์ นทีวัฒนา. (2555). *ความรู้พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐ*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 39-45, กันยายน – ธันวาคม 2555.
- เทศบาลเมืองทุ่งสง. (2553). *ผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : https://www.tungsong.com/Environment/Garbage_n/garbage_04.html สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565
- ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. (2552). *ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ*. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://library2.parliament.go.th/giventake/content_sn/2552/d090752-02.pdf สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565
- ฉัญญารัตน ทองแก้ว และคณะ. (2564). *การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนด้วยกระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา*. (ออนไลน์). 2564 เข้าถึงจาก : <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jar/article/view/251143/174188> สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2565). *เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

<http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.html>

สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565

นางพรรณ พิริยานุพงศ์. (2546). *คู่มือวิจัยและพัฒนา*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

นาวาโทหญิง ดร.พว.วีชราพร เขยสุวรรณ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่

การปฏิบัติการพยาบาล.(ออนไลน์). เข้าถึงจาก : https://litcfile:///C:/Users/computer/Downloads/rtnmedjo,+Journal+editor,+13health183_197.pdf สืบค้นเมื่อ 1

สิงหาคม 2565

บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปัญญา ธีระวิทย์เลิศ. (2565). *เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ที่มีประสิทธิภาพ*. (ออนไลน์).

เข้าถึงได้จาก :

file:///C:/Users/computer/Downloads/wason_b8,+Journal+editor,.pdf

สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2565

ประเวศ วะสี. (2547). *กระบวนการนโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

พจนีย์ ชัดโพธิ์, เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์, วิโรจน์ เขมรัมย์. (2560). กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ในตำบลนาคาย อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(2), 235-242.

พรพิมล วิกฤษพัฒน์. (2550). *การจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนชุมชนข้างเคียง จังหวัดเชียงใหม่*.

ประชุมวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ครั้งที่ 45: สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ และวิศวกรรมศาสตร์ สาขาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 124, ตอนที่ 16 ก.

ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550. หน้า 1-18.

มงคล ศรีมันตะ. (2559). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของ ตำบลขามเฒ่า อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม*.

วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

รติรส ตะโกพร (2558) *ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอ*

จอมบึง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง. (2565). *สรุปผลงานการดำเนินงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง.
- ศิริพร จิรววัฒน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- สมหวัง ด้านชัยจิตร และเทพนิมิต จุแดง. (บรรณาธิการ). (2539). *คู่มือการปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ*. กรุงเทพฯ: พีวเจอร์กราฟฟิค.
- สิริมา ปกป้อง. (2561). การจัดการปัญหาขยะมูลฝอยตกค้างสะสมในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยในจังหวัดบึงกาฬ. (ออนไลน์). 2561 เข้าถึงได้จาก : <https://repository.nida.ac.th/bitstream/handle/662723737/4518/b205864.pdf?sequence=1&isAllowed=y> สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565
- สุภา คำเขียน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9):125-39.
- สุภาภรณ์ ประเสริฐสุข. (2559). *แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลตำบลบ้านไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *สมัชชาสุขภาพ: เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การมีส่วนร่วมของประชาชน*. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2564). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2564*. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2559). *การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของประชาชน*. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2559%09/aug2559-2.pdf. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565.
- อัญชิรญา จันทรปิฎก. (2555). *กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัสนี มหาพัฒน์ไทย. (2543). *การบริหารจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลสุรินทร์*. ขอนแก่น:

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อาหามะ เจ๊ะโอะ. (2558). *การประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพ*

ตำบล จังหวัดปัตตานี. ใน: การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติครั้งที่ 6 วันที่ 26 มิถุนายน 2558 มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่. สงขลา: มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ หน้า 649-660.

Burlington: Elsevier. M. Miyazaki, H. Une. (2005). Infectious waste management in Japan: A revised regulation and a management process in medical institutions. *Waste Management*. 2005: 25.616–621.

Cornelius Tsamo, Arbam Tsafam, Poliance Dougoua Djiantio. (2017). Assessment of Medical Waste Management in Health Centers of Maroua-Cameroon.

Department of Chemistry, Higher Teachers' Training College, University of Maroua. 2017; 1-13. Retrieved from

<https://www.researchgate.net/publication/316625258>

Dan, Y., Bokhoree, C., Beeharry, Y., Makoondlall-Chadee, T., Doobah, T., & Soomary, N.

(2014). 5th International Conference on Chemical, Biological and Environmental Engineering - ICBEE 2013 & 2nd International Conference on Civil Engineering. Assessment of Environmental and Health Risks Associated with the Management of Medical Waste in Mauritius. *APCBEE Procedia*. 2014; 9, 36-41. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.apcbee.2014.01.007>

Gina Lova Sari, Indah Laily Hilmi, Astri Nurdiana. (2021). Infectious Waste Management as the Effects of Covid-19 Pandemic in Indonesia. *Asian Journal of Social Science and Management*. 2021; 3(2): 2313-7410.

He, Z.-g., Li, Q., & Fang, J. (2016). The Solutions and Recommendations for Logistics Problems in the Collection of Medical Waste in China. *Procedia Environmental Sciences*. 2016; 31, 447-456. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.proenv.2016.02.099>

Jang, Y. C. (2017). *Infectious/Medical/Hospital Waste. General Characteristics A2-Nriagu, J.O Encyclopedia of Environmental Health*. 2017: 227-231.

Navarro Ferronato, Marco Ragazzi, Marisol Secund. (2020). Application of healthcare waste indicators for assessing infectious waste management in Bolivia. *Waste Management & Research*. 2020; 38(1): 1-18.

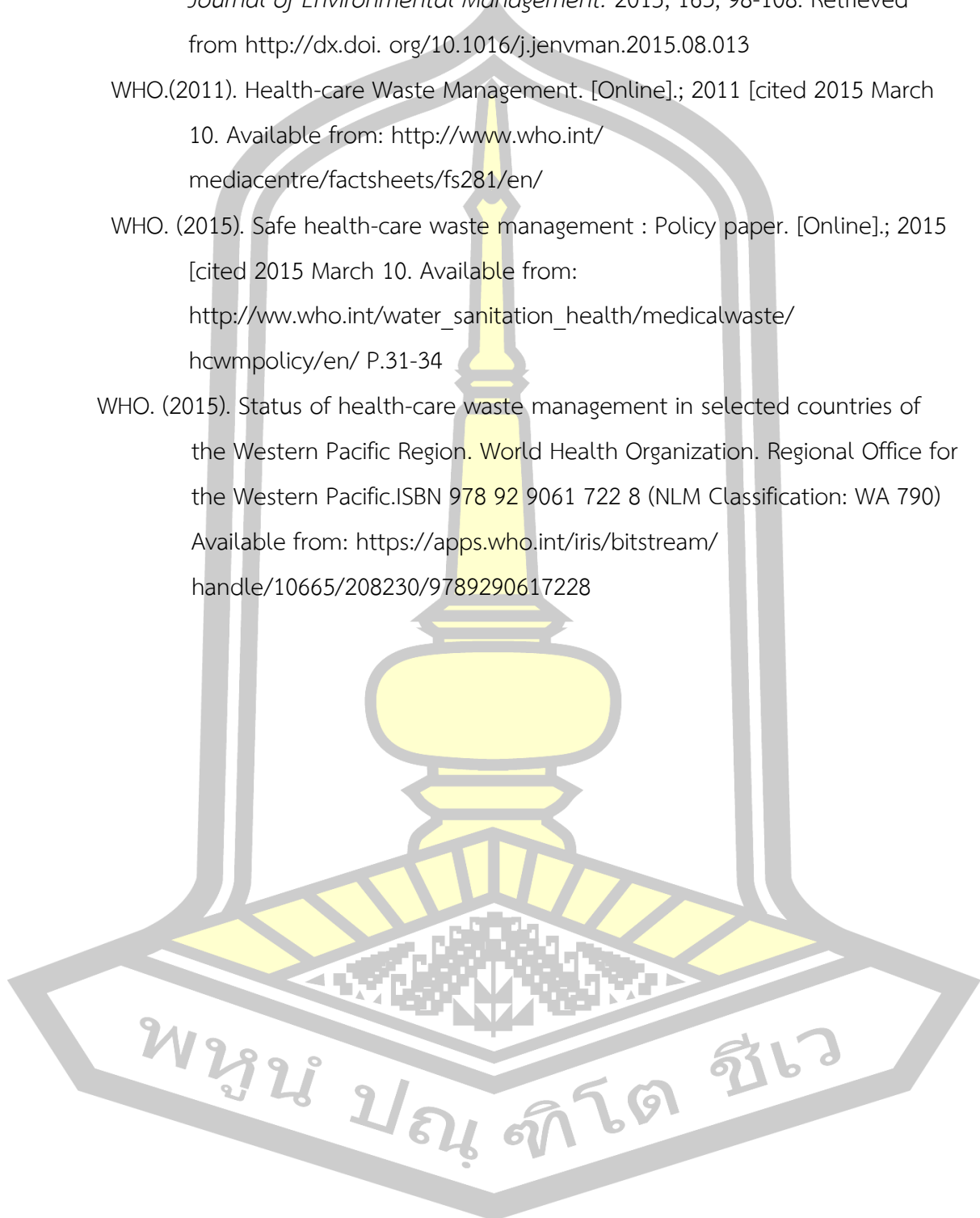
Windfeld, E. S., & Brooks, M. S.-L. (2015). *Medical waste management – A review.*

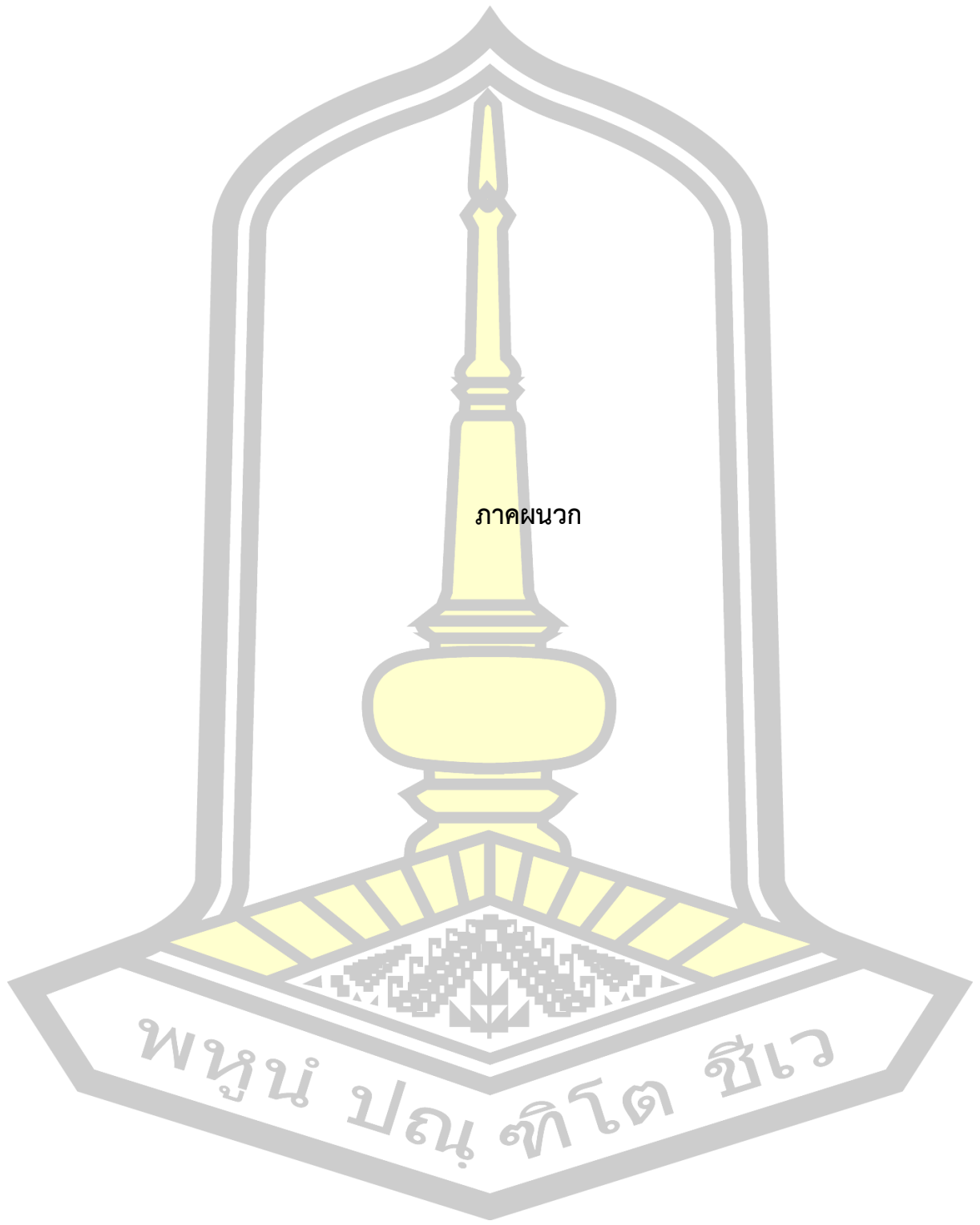
Journal of Environmental Management. 2015; 163, 98-108. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvman.2015.08.013>

WHO.(2011). Health-care Waste Management. [Online].; 2011 [cited 2015 March 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs281/en/>

WHO. (2015). Safe health-care waste management : Policy paper. [Online].; 2015 [cited 2015 March 10. Available from: http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/hcwpolicy/en/ P.31-34

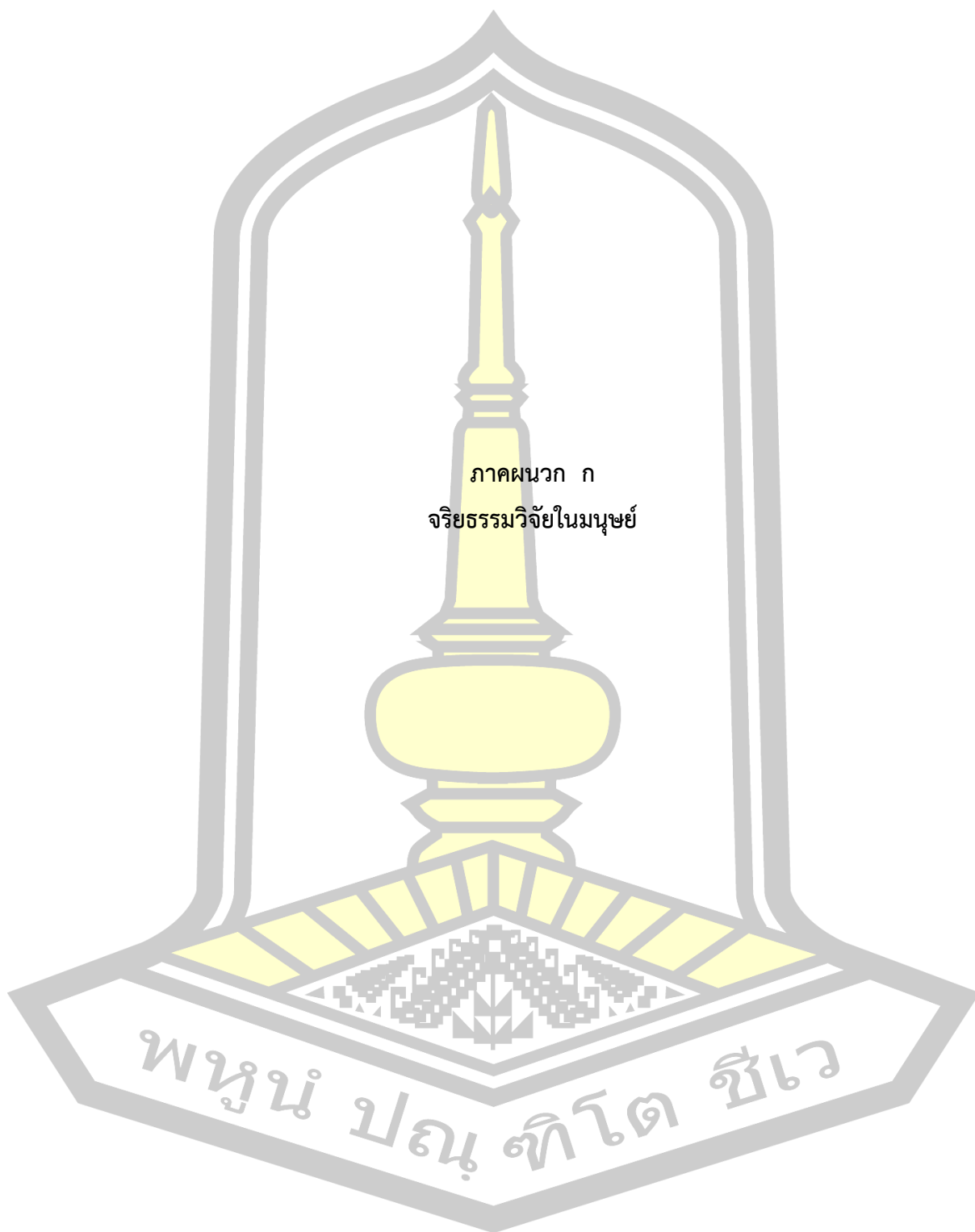
WHO. (2015). Status of health-care waste management in selected countries of the Western Pacific Region. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. ISBN 978 92 9061 722 8 (NLM Classification: WA 790) Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208230/9789290617228>





ภาคผนวก

พหุบัณฑิตวิไล ชีวะ



ภาคผนวก ก
จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

พหุ ประทีป ชัยเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 127-169/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Process Of Managing Infectious Waste By The Sub-District Health Assembly In Khok Samran Subdistrict, Ban Haet District, Khon Kaen Province.

ผู้วิจัย : นายณัฐวุฒิ จันทะแสง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 18 เมษายน 2566

วันหมดอายุ : 17 เมษายน 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....**ดร. สว่างจิตร์**.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษีกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือหนังสือ

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

๒

สำเนาฉบับ

ที่ ยว ๐๖๐๕.๑๘/๕๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. QR Code โครงร่างวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐวุฒิ จันทะแสง นิสิตระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การวิจัย บรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานของท่าน คือ นางดวงฤดี โชติกลาง ตำแหน่ง วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนิสิตดังกล่าว เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงเครื่องมือในการศึกษาวิจัยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีรัตน์ ยิ่งยืน)

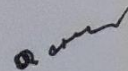
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐-๔๓๗๑-๔๘๖๘

ผู้ประสานงาน ณัฐวุฒิ จันทะแสง

โทรศัพท์ ๐๖๔-๔๘๓-๔๕๖๒



๒

สำเนาฉบับ

ที่ อจ ๐๖๐๕๑๘/๕๒

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. QR Code โครร่างวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐวุฒิ จันตะแสง นิสิตระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การวิจัย บรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานของท่าน คือ นายอดิเรก เร่งมานะวงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคง ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนิตดดังกล่าว เพื่อนิตดจะได้นำไปปรับปรุงเครื่องมือในการศึกษาวิจัยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐-๔๓๗๓-๕๘๖๘

ผู้ประสานงาน ณัฐวุฒิ จันตะแสง

โทรศัพท์ ๐๖๔-๕๘๓-๕๕๖๒

๐.๗๗๗

๒

สำเนาฉบับ

ที่ ฮว ๐๖๐๕.๑๔๙/๓๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๓๕๐

๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายเทศมนตรีตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. QR Code โค้ดร่างวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐวุฒิ จันทะแสง นิสิตระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดมหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การวิจัย บรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานของท่าน คือ นายวรวุฒิ ลนโพธิ์ ตำแหน่ง รองปลัดเทศบาลตำบลท่าพระ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับันทึกดังกล่าว เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงเครื่องมือในการศึกษาวิจัยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีรัตน์ ยั่งยืน)

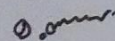
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐-๔๓๗๓-๔๘๖๘

ผู้ประสานงาน ณัฐวุฒิ จันทะแสง

โทรศัพท์ ๐๖๔-๔๘๓-๔๕๖๒



สำเนาฉบับ

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๙๓๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

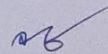
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐวุฒิ จันทะแสง นิสิตระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการศึกษาอิสระทางสาธารณสุข บรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านและบุคลากรในสังกัดของท่าน ที่ทำงานในสำนักงานเทศบาลตำบลโคกสำราญ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตอบแบบสอบถาม ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. ๐๔๓-๗๓๙-๘๖๘

ผู้ประสานงาน ณัฐวุฒิ จันทะแสง

โทรศัพท์ ๐๖๔-๙๘๓-๙๕๖๒

...../ร่าง
...../พิมพ์
...../ตรวจ

สำเนาฉบับ

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๕๖๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองแบบขอทดลองใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถาม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. QR Code โครงร่างวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐวุฒิ จันทะแสง นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) ได้ดำเนินการวิจัย หัวข้อ "กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยมี อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นที่ปรึกษาในการศึกษาค้นคว้า

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการศึกษาอิสระทางสาธารณสุข บรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านและบุคลากรในสังกัดของท่าน ที่ทำงานในสำนักงานเทศบาลตำบลบ้านแฮด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตอบแบบสอบถาม ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

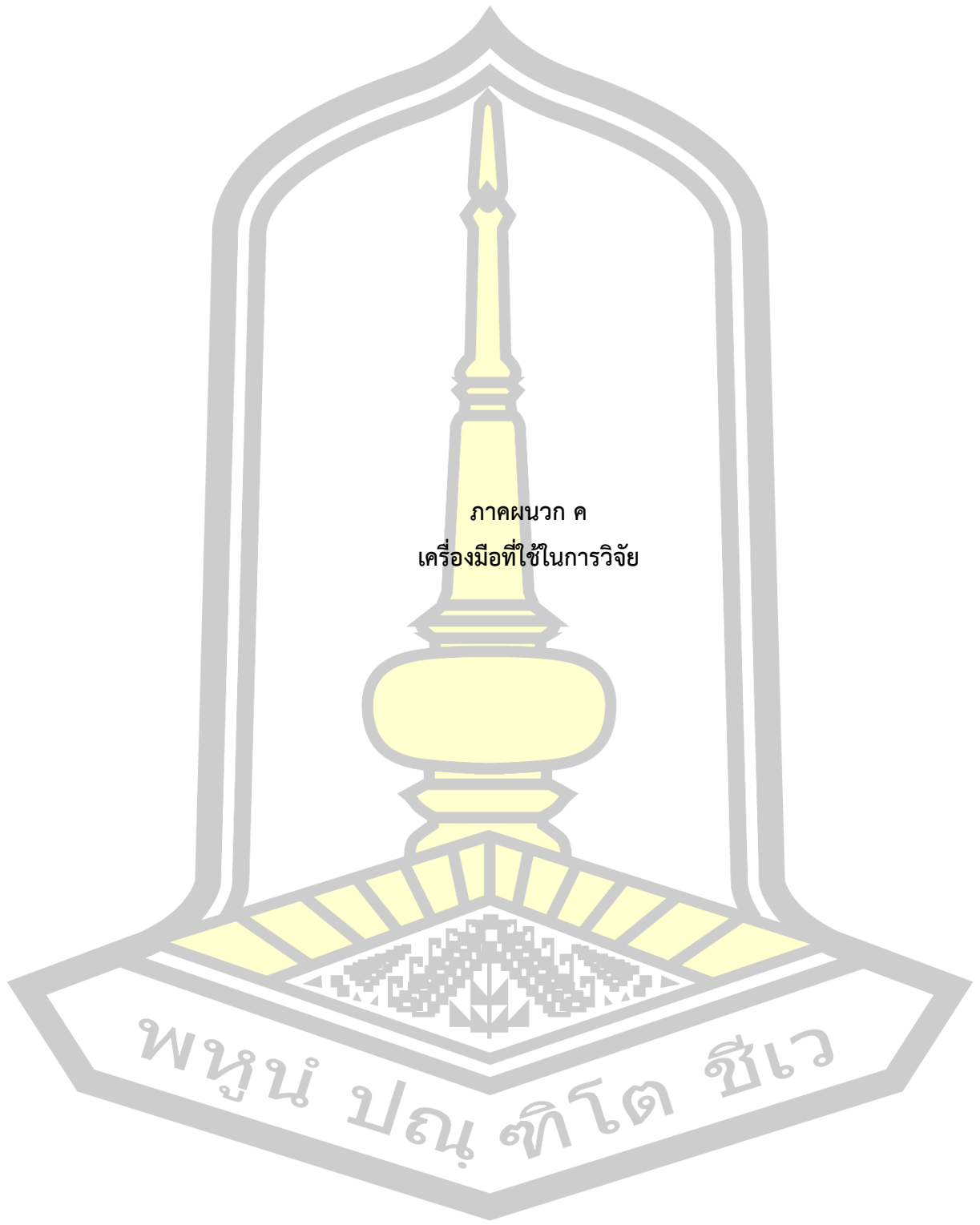
ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร. ๐๔๓-๗๑๕-๘๖๘
ผู้ประสานงาน นายณัฐวุฒิ จันทะแสง
โทรศัพท์ ๐๖๕-๔๘๓-๕๕๖๒

...../ร่าง
...../พิมพ์
...../ตรวจ



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

เครื่องมือชุดที่ 1 เลขที่

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบล
(ประชาชน นักวิชาการ นักการเมืองหรือข้าราชการ)

ชื่อเรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ
อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาใน หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเก็บข้อมูล ประกอบการศึกษาวิจัยเรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านตอบคำถามครบถ้วนทุกข้อที่ตรงกับความเป็นจริง เพื่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร | จำนวน 5 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล | จำนวน 15 ข้อ |

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วนและด้วยความจริงใจ

นายณัฐวุฒิ จันทะแสง

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปรณ ทิโต ชิว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

1.ชาย

2.หญิง

2. อายุ ปัจจุบัน.....ปี (อายุเต็มปี)

3. สถานภาพสมรส

1.โสด

2.สมรส

3. หม้าย/หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

1.ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษา

3.อนุปริญญา/ปวส.

4. ปริญญาตรี

5.สูงกว่าปริญญาตรี

6. อื่นๆ(ระบุ).....

5. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อหรือไม่

1. ไม่เคย

2. เคย


6. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชนหรือไม่

1. ไม่เคย

2. เคย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้ที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1	การกำหนดประเด็นการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมาจากปัญหาสุขภาพของตำบลโคกสำราญ			
2	การกำหนดสมัชชาสุขภาพตำบล ในชุมชนของท่านจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชน นักวิชาการ และนักการเมือง ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม			
3	การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพควรเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้			
4	การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน			
5	มูลฝอยติดเชื้อ เป็นขยะที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ น้ำหนอง น้ำเลือด เป็นต้น			
6	กระบอกฉีดยา (ไซริง) / เข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
7	สำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
8	สายสวนปัสสาวะที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
9	ถุงมือที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
10	ขวดน้ำเกลือ / สายน้ำเกลือผู้ป่วยที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
11	มูลฝอยติดเชื้อสามารถทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่นได้ *			
12	 เป็นสัญลักษณ์ของมูลฝอยติดเชื้อ			
13	เราสามารถใช้อุปกรณ์ไป บรรจุและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ *			
14	ถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีสีแดง ทึบแสงและมีข้อความ สีดำที่มีขนาดสามารถอ่านได้ชัดเจน ว่า “มูลฝอยติดเชื้อ”			
15	เราต้องนำมูลฝอยติดเชื้อที่บ้าน ไปรวบรวมไว้ที่ที่พิกมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่กำหนด			
16	ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่บ้าน ไม่ควรเกิน 7 วัน			
17	หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น มีบทบาทจัดให้มีสถานที่ถ่าย เท หรือทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ ในที่หรือทางสาธารณะ *			
18	ถังขยะติดเชื้อต้องมีฝาปิดมิดชิด เพื่อป้องกันจากสัตว์พาหะและแมลงนำโรค			
19	หลังจากสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อแล้ว ต้องล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้ง			
20	เราสามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผาเอง เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย *			

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้าน
แอัด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

น้อย ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย

ปานกลาง ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นบางครั้ง

มาก ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้ง

ข้อ	คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม			สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย	ปาน กลาง	มาก	
1	ท่านมีส่วนร่วมในการพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ				
2	ท่านได้ร่วมประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย				
3	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาเรื่องจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน				
4	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน				
5	ท่านได้ชักจูงและให้ข้อเสนอแนะในฉันทามติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน				
6	ท่านได้เสนอร่างมติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน				
7	ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจกำหนดทิศทางในการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน				
8	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมการจัดทำแผนการกำหนดสมาชิกสุขภาพตำบล ตามนัดหมาย				
9	ท่านได้ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน				
10	ท่านมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนข้อเสนอจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนสู่การปฏิบัติ				
11	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลนโยบายจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน				
12	ท่านมีส่วนร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน				
13	ท่านได้เสนอข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น				
14	ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์สมาชิกสุขภาพตำบล ด้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ให้ประชาชนทราบ				
15	ท่านได้ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสมาชิกสุขภาพ				

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนี้น้อย
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนี้ปานกลาง
มาก หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนี้มาก

ข้อ	คำถาม	ความพึงพอใจ			สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย	ปาน กลาง	มาก	
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อสมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล				
2	การดำเนินงานและประสานงานกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ภาคราชการและภาควิชาการ				
3	การจัดระบบบริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล				
4	การมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล				
5	ท่านมีความพึงพอใจในการสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพ				
6	นโยบายสาธารณะในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในตำบล				
7	ท่านมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สมัชชาสุขภาพ				
8	การนำสมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไปปฏิบัติในชุมชน				
9	การกำหนดบทบาทของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบล				
10	การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามสมัชชาสุขภาพตำบล				
11	การปฏิบัติงานของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพตำบล				
12	การปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ				
13	ประชาชนในชุมชนมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีขึ้น				
14	การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ				
15	ท่านได้รับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ				

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
ชื่อเรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ
อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
 บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเก็บข้อมูล
 ประกอบการศึกษาวิจัยเรื่อง กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบล
 โคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาจะเก็บเป็น
 ความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อ
 ผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านตอบคำถามครบถ้วนทุกข้อที่ตรงกับความเป็นจริง
 เพื่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด
 จังหวัดขอนแก่น แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล | จำนวน 15 ข้อ |

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วนและด้วยความจริงใจ

พูน ปรินทิราต ชีเว

นายณัฐวุฒิ จันทะแสง

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย
 2. หญิง

2. อายุ ปัจจุบัน.....ปี (อายุเต็มปี)

3. สถานภาพสมรส

1. โสด
 2. สมรส
 3. หม้าย/หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา
 2. มัธยมศึกษา
 3. อนุปริญญา/ปวส.
 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี
 6. อื่นๆ(ระบุ).....

5. อาชีพหลัก

1. รับจ้าง 2. เกษตรกรรม
 3. ค้าขาย 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 5. อื่นๆ(ระบุ).....

6. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน

7. รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน.....บาท

8. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย


9. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชนหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบลตำบลโคกสำราญ

อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้ที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อ	ความรู้	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ขยะติดเชื้อ เป็นขยะที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ น้ำหนอง น้ำเลือด เป็นต้น			
2	กระบอกฉีดยา (ใช้จริง) / เข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
3	สำลี/ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
4	สายสวนปัสสาวะที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
5	ถุงมือที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
6	ขวดน้ำเกลือ / สายน้ำเกลือผู้ป่วยที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
7	มูลฝอยติดเชื้อสามารถทิ้งรวมกับขยะประเภทอื่นได้ *			
8	 เป็นสัญลักษณ์ของมูลฝอยติดเชื้อ			
9	เราสามารถใช้ถุงดำทั่วไป บรรจุและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ *			
10	ถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีสีแดง ทึบแสงและมีข้อความ สีดำ ที่มีขนาดสามารถอ่านได้ชัดเจน ว่า “มูลฝอยติดเชื้อ”			
11	เราต้องนำมูลฝอยติดเชื้อที่บ้าน ไปรวบรวมไว้ที่ที่พักมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่กำหนด			
12	ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่บ้าน ไม่ควรเกิน 7 วัน			
13	ถังขยะติดเชื้อต้องมีฝาปิดมิดชิด เพื่อป้องกันจากสัตว์พาหะและแมลงนำโรค			
14	หลังจากสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อแล้ว ต้องล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้ง			
15	เราสามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผาเอง เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย *			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ที่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นทุกครั้ง
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นบางครั้ง
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติ

ข้อ	คำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	
1	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่น				
2	ท่านเผามูลฝอยติดเชื้อ				
3	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทพลาสติกเช่น ไซริงฉีดยา ถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น				
4	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทขวดแก้ว/ขวดวัคซีนออก จากมูลฝอยประเภทอื่น				
5	ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม ออกจากมูล ฝอยประเภทอื่น				
6	ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด				
7	ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ ทางเทศบาลตำบล/รพ.สต. จัดให้				
8	ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวมเพื่อป้องกันการรั่วของ ที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อ				
9	ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทในที่สาธารณะ				
10	ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลโดยการซัก ล้างให้สะอาด ด้วยน้ำและผงซักฟอก				
11	ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝาปิดมิดชิด				
12	ท่านมีวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ทำให้มูล ติดเชื้อตกค้างในชุมชน				
13	ท่านกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยส่งสถานพยาบาล / รพ.สต. ใกล้บ้านของท่าน				
14	ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อประเภทพลาสติกเช่น ไซริงฉีดยา ถุง ใส่ปัสสาวะ มาใช้ซ้ำ				
15	ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและหลังเมื่อสัมผัสมูลฝอย ติดเชื้อ				

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ

อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ที่

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนี้น้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนี้ปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนี้มาก

ข้อ	คำถาม	ความพึงพอใจ			สำหรับ ผู้วิจัย
		น้อย	ปานกลาง	มาก	
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ในชุมชนของท่าน				
2	ท่านได้รับบริการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของท่าน				
3	ท่านได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ				
4	ท่านได้รับทราบข้อมูลในการสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ				
5	การนำสมัชชาสุขภาพตำบล เพื่อสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน				
6	ท่านทราบว่ามีการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของท่าน				
7	ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในตำบล เช่น เทศบาลตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ				
8	การอำนวยความสะดวกในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่สาธารณะในตำบลของท่าน				
9	ท่านพึงพอใจในความรู้และข้อมูลข่าวสารการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ				
10	การสนับสนุนงบประมาณการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล				
11	การได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลตำบล				
12	การได้รับการสนับสนุนจาก อสม.ในการเยี่ยมบ้าน				
13	การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน				
14	การได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนของท่านเอง เช่น ชาวบ้าน ผู้ป่วย ผู้นำชุมชน/ หมู่บ้าน				
15	การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวของท่าน				

เครื่องมือชุดที่ 3 เลขที่

แบบบันทึกสัมภาษณ์คณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมัชชาสุขภาพตำบล
ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง สัมภาษณ์คณะกรรมการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพตำบล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

1. บุคคลใดบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างไรบ้าง (ท่านได้เสนอแนะอะไรบ้าง)
3. ขอให้ท่านช่วยอธิบายกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเป็น อย่างไร
4. ผลจากการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีอะไรบ้าง กรุณาอธิบายพอสังเขป
5. ท่านคิดว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้าง ควรได้รับการแก้ไขอย่างไร
6. บทบาทของท่านในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ควรเป็นอย่างไร

(ลงชื่อ).....ผู้บันทึก

...../...../.....

เครื่องมือชุดที่ 4 เลขที่

เครื่องมือเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล
แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพตำบล
ของตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ชื่อผู้สังเกต

สถานที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา

คำชี้แจง เป็นการสังเกตเชิงพฤติกรรมของคณะกรรมการเครือข่ายสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพตำบล ในการเข้าร่วมกระบวนการสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพ เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

1. ความสนใจในการเข้าร่วมกระบวนการสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพ

2. ความตั้งใจในการเข้าร่วมกระบวนการสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพ

3. การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกระบวนการสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพ

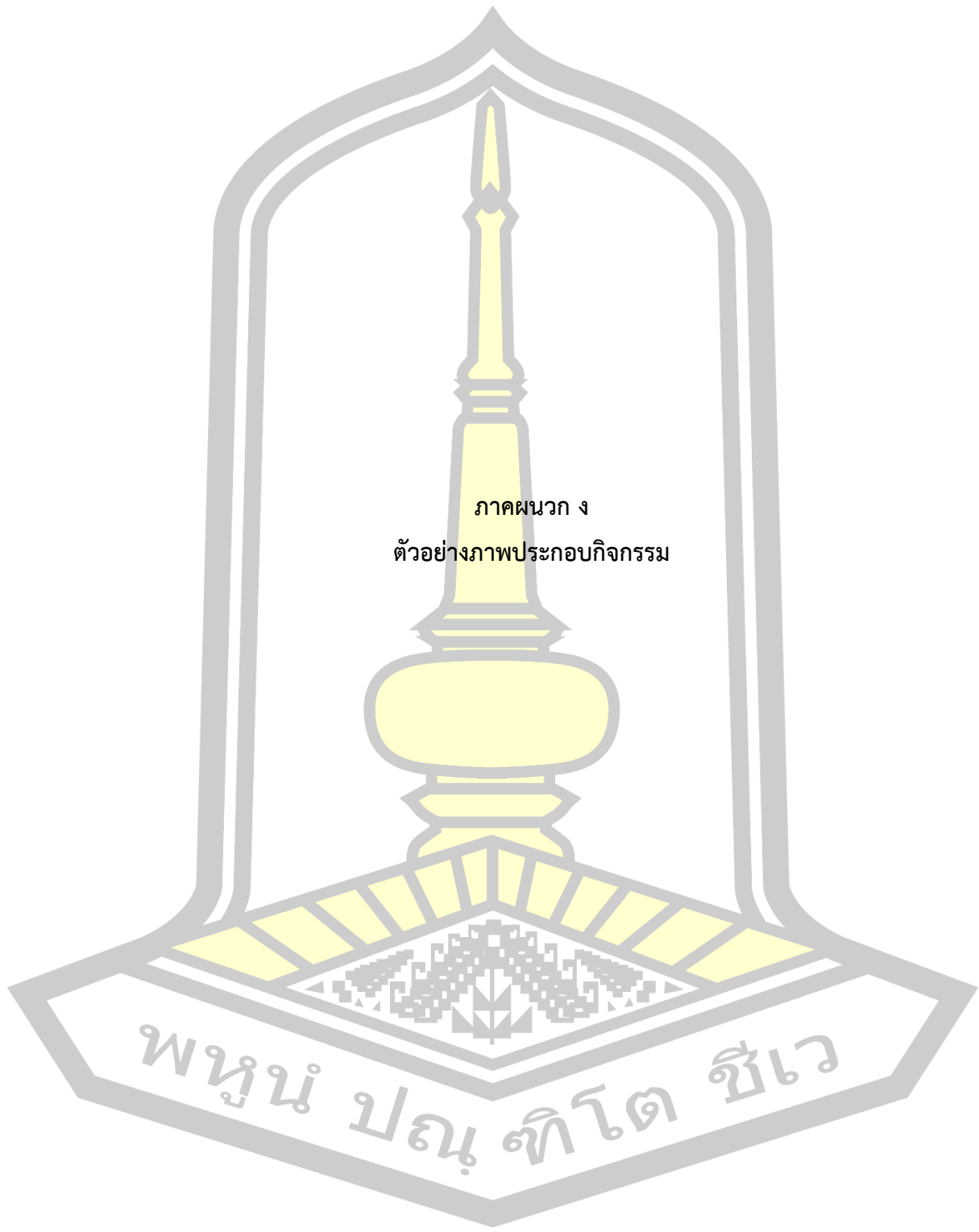
4. เสนอความคิดเห็นในขณะร่วมกระบวนการสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพ

5. บันทึกเพิ่มเติม

พญ. ปณ. ที.โต ชีเว

(ลงชื่อ).....ผู้บันทึก

...../...../.....



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างภาพประกอบกิจกรรม

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

ภาพกิจกรรมในพื้นที่ศึกษา
กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพตำบล ของตำบลโคกสำราญ
อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น



การศึกษาบริบทชุมชน และการวิเคราะห์ปัญหา





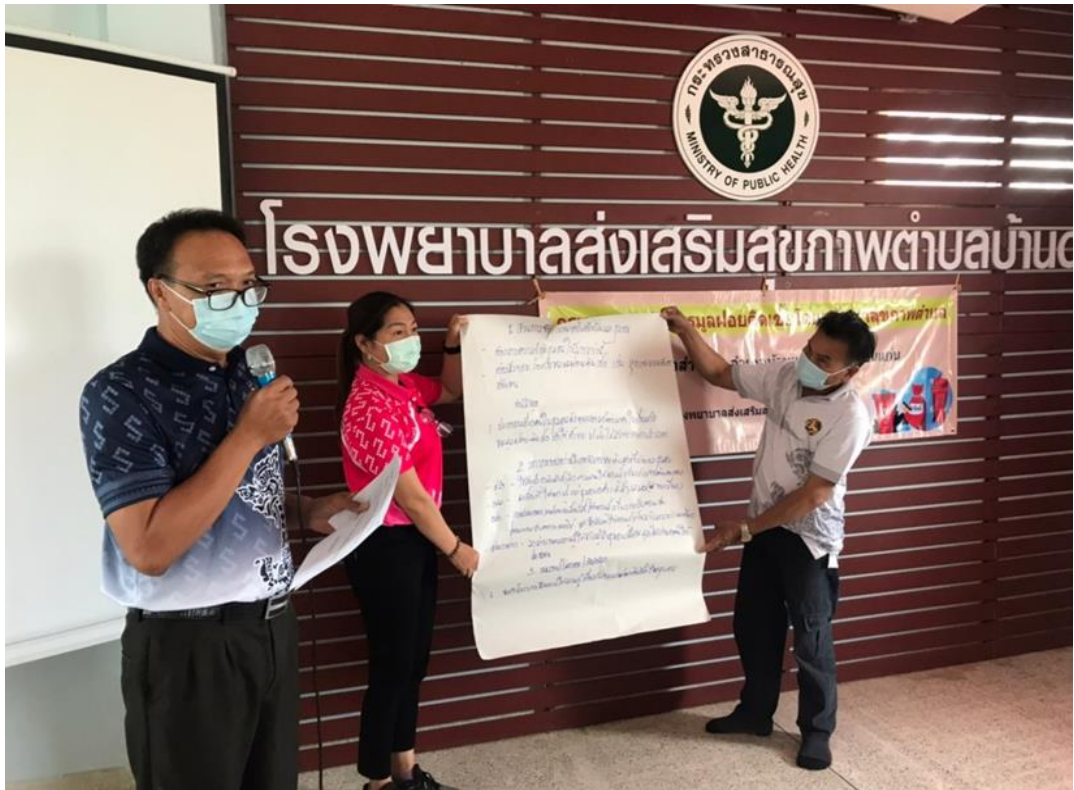
การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ





การอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

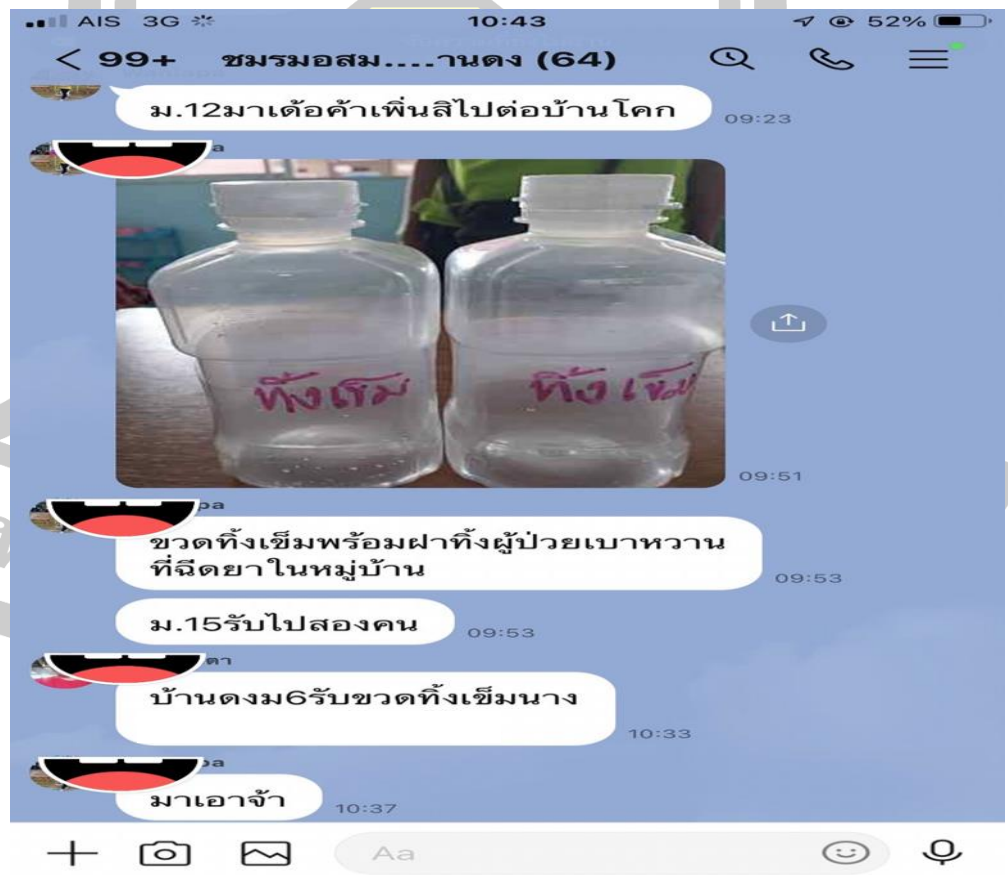








การติดตามผลการดำเนินงาน



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายณัฐวุฒิ จันทะแสง
วันเกิด	วันที่ 17 เมษายน 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 423/456 หมู่ 2 ตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2541 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สถาบันราชภัฏสกลนคร พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว