

ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านทรัพย์เจริญ หมู่ที่ 2 ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย

ไพฑูรย์เกียรติ สุภัทรางกูร

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านทรัพย์เจริญ ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียววัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยของคนในครัวเรือน จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ตัวแทนครัวเรือนจำนวน 68 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2568 ใช้สถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร พฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัยในครัวเรือนดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัยในครัวเรือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก การจัดการเชิงภาคี การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชน และครัวเรือน และการติดตามและประเมินผล ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดนโยบายภาครัฐให้มีการบูรณาการกับเครือข่ายภาคเอกชน มีการสื่อสาร สร้างความรู้ และจิตสำนึกที่ดีร่วมกัน รวมถึง ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อและเหตุรำคาญต่างๆ และจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นในการผลักดันกิจกรรมส่วนชาดที่ต้องปรับปรุงพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, โปรแกรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย, การมีส่วนร่วม, พฤติกรรม การจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

Effectiveness of Community Participatory Housing Sanitation Management Program Ban Sabcharoen, Village No. 2, Huai Si Siat Subdistrict, Phu Luang District, Loei Province

Paiboonkiat Suphatrangkul

Abstract

Study on the effectiveness of the community participation in residential sanitation management program Ban Sapcharoen, Huai Si Siat Subdistrict, Phu Luang District, Loei Province The quasi-experimental research design with a single sample repeated measures before and after the experiment aimed to compare the behavior of residential sanitation management of household members. The sample group was calculated using the G*Power ready-made program, resulting in 68 household representatives. Data were collected using a questionnaire between November 1, 2024 and March 2025. Descriptive and inferential statistics and Paired t-test were used.

The results of the research found that most of them were female, aged 41-60 years, had completed primary school, and were farmers. Residential sanitation management behavior in terms of general hygiene, household hygiene behavior, participation in health promotion and environmental sanitation, and household hygiene improved after joining the program. Residential sanitation management behavior in terms of general hygiene, household hygiene behavior, participation in health promotion and environmental sanitation, and household hygiene were significantly different from each other. Creating a vision and awareness, partner management, organizing an action plan for residential sanitation management, and the environment, and changing community and household behaviors, as well as monitoring and evaluation, affected residential sanitation management behaviors for the better. Therefore, there should be a government policy that integrates with the private sector network, communicates, creates awareness and good conscience together, and implements a participatory housing sanitation management program to solve the problems of enabling factors and risk factors for preventing infectious diseases and various nuisances, and establishes local regulations to drive the lacking activities that need to be improved and developed further.

Keywords : Effectiveness, Housing sanitation management program, Participation, Housing sanitation management behavior

นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสีเสียด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย / E-mail : paiboonkiat2017@gmail.com

Public Health Officer Professional Level, Huaisiat Subdistrict Health Promoting Hospital,

Phuluang District Health Office , Loei / E-mail : paiboonkiat2017@gmail.com

บทนำ

บ้านหรือที่พักอาศัยถือเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นสถานที่ที่ประชาชนใช้ในการอยู่อาศัย และทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ แต่ปัจจุบันวิถีชีวิต และสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การทำงานที่รีบเร่งแข่งกับเวลา ทำให้ประชาชนละเลยต่อสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และไม่มีการจัดการดูแลที่พักอาศัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องของ การสุขาภิบาลขั้นพื้นฐานในครัวเรือน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการจัดการด้านสุขาภิบาลที่พักอาศัย การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และการปรับปรุงพฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือนส่วนบุคคลให้ถูกต้องและเหมาะสม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากการสำรวจสุขาภิบาลที่พักอาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไปของจังหวัดเลย พบว่าพฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือน ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ การประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พ.ศ. 2565 มีการจัดบ้านถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 29.6 ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 32.1 มีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอต่อการบริโภคในครัวเรือน ร้อยละ 31.7 มีการกำจัดขยะมูลฝอยถูกได้อย่างถูกวิธี ร้อยละ 29.8 มีการกำจัดน้ำเสียถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 29.2 มีการควบคุมแมลงและสัตว์นำโรคร้อยละ 32 บ้านสะอาดเรียบร้อย ร้อยละ 29.6 บ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 32.2 บ้านมีการระบายอากาศที่ดี ร้อยละ 35.6 บ้านมีความคงทนถาวร ร้อยละ 29.8 และมีพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงประกอบอาหารที่มีเครื่องหมายอาหารและยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 27.6 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2565)

อำเภอภูหลวง พบว่ามีการจัดบ้านถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 35.7 ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 35.9 มีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอต่อการบริโภคในครัวเรือน ร้อยละ 35.6 มีการกำจัดขยะมูลฝอยได้ อย่างถูกวิธี ร้อยละ 35.6 มีการกำจัดน้ำเสียถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 35.5 มีการควบคุมแมลง และสัตว์นำโรคร้อยละ 32 บ้านสะอาดเรียบร้อย ร้อยละ 35.7 บ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 32.2 บ้านมีการระบายอากาศที่ดี ร้อยละ 30.1 บ้านมีความคงทนถาวร ร้อยละ 29.8 และมีพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงประกอบอาหารที่มีเครื่องหมายอาหารและยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 35.9 ด้านโรคติดต่อ ที่มีปัจจัยมาจากการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ นอกจากนี้นี้ยังมีปัญหาโรคติดต่อที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน ยังคงพบมีผู้ป่วยและมีอัตราป่วยด้วย โรคไข้เลือดออก เกินเกณฑ์ที่กำหนด พ.ศ. 2563 อัตราป่วย 610 ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลงใน พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 อัตราป่วย 47.50 และ 36.00 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรคอุจจาระร่วงยังคงพบผู้ป่วยค่อนข้างสูงและมีผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 2564 และ 2565 โดยมีอัตราป่วย 2,205.2 , 1,382.39 และ 1,446.17 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2565)

จากการสำรวจตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) หมวดที่ 2 มีที่อยู่อาศัย ข้อที่ 15 ครัวเรือนมีการจัดบ้านเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ พบว่า ในตำบลห้วยสีเสียด มีครัวเรือนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้ ร้อยละ 5 (กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2565) จากข้อมูล 2 ชุมชน ตำบลห้วยสีเสียด ที่เข้าร่วมประเมินโครงการชุมชนสะอาดระดับอำเภอ พบว่า มี 1 ชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 ซึ่งเป็นการผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน และอีก 1 ชุมชนไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (การประเมินชุมชนสะอาด ระดับอำเภอ, 2564)

ปัจจัยด้านอายุสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกด้านสุขภาพ ความรู้ การรับรู้ และความตั้งใจในการปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแบบแผน ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการปฏิบัติ (บึงอร ฉางทรัพย์และคณะ, 2553) และแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม การบริหาร

ภาครัฐแบบมีส่วนร่วมตามหลักธรรมาภิบาล ที่ภาครัฐต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำงานและร่วมรับผลประโยชน์ร่วมตรวจสอบเพื่อสร้างความโปร่งใสจะช่วย เพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย (สมพงษ์ เกษสิน, 2556) การ จัดโปรแกรมจัดการสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมเป็นการนำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาปรับประยุกต์ใช้เชื่อว่า จะทำให้ประชาชนมีการจัดการที่อยู่อาศัยของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย บ้านทรัพย์เจริญ หมู่ที่ 2 ตำบลห้วย สีเสียด อำเภอกุหลาบ โดยการประเมินที่อยู่อาศัยและจัดทำโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ขึ้น เพื่อให้ ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการสุขภาพิบาลที่พักอาศัย การสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อมขั้นพื้นฐานในครัวเรือน ส่งเสริมให้ประชาชนร่วมกันปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและบริเวณบ้านโดยรอบ ให้ถูกต้องและ เหมาะสม ตามหลักสุขภาพิบาล รวมทั้งสร้างพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ดี ตลอดจนการมีส่วนร่วมพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในทุกครัวเรือน ให้มีความใส่ใจต่อสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยเริ่มปลูกฝังตั้งแต่ระดับครัวเรือน ชุมชน และขยายผลสู่สังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่ออธิบายพฤติกรรมจัดการสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยใน ครัวเรือนการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัยในครัวเรือนที่เข้าร่วมโปรแกรม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัยของคนในครัวเรือนที่เข้าร่วมโปรแกรมก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

1. ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass Persuasion) (Maslow อ้างถึงใน อศิน รพีพัฒน์, 2527) กล่าวว่า การเกลี้ยกล่อม หมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำซึ่งการเกลี้ยกล่อมมี ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติงานและถ้าจะให้เกิดผลดี ผู้เกลี้ยกล่อมจะต้องมีศิลปะใน การสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อม โดยเฉพาะในเรื่องความต้องการของคนตามหลักทฤษฎีของมาสโลว์ ที่ เรียกว่าลำดับขั้นความต้องการ (hierarchy of needs) คือ ความต้องการของคนจะเป็นไปตามลำดับจากน้อยไป มากมีทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้

1.1 ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ของมนุษย์ (survival needs) ได้แก่ ความต้องการทางด้านอาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และ ความต้องการทางเพศ

1.2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (safety and security needs) ได้แก่ ความ ต้องการที่อยู่อาศัยอย่างมีความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกขโมยทรัพย์สิน หรือความมั่นคงในการ ทำงานและการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในสังคม

1.3 ความต้องการทางด้านสังคม (social needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการที่ จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

1.4 ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (self-esteem needs) ได้แก่ความภาคภูมิใจความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถ และความสำคัญของบุคคล

1.5 ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (self-actualization needs) เป็นความต้องการในระบบสูงสุด ที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของตนเอง เพื่อจะพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ความต้องการนี้จึงเป็นความต้องการพิเศษของบุคคลที่จะพยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด

2. ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National Morale) คนเรามีความต้องการทางกายและใจ ถ้าคนมีขวัญดีพอผลของการทำงานจะสูงตามไปด้วย แต่ถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ต่างไปด้วยทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานการณ์ทางจิตใจที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ การจะสร้างขวัญให้ดีต้องพยายามสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ร่วมงาน เช่น การไม่เอาัดเอาเปรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงานการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น และเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีก็จะเกิดสำนึกในความรับผิดชอบ อันจะเกิดผลดีแก่หน่วยงาน ทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคลและขวัญของกลุ่ม ดังนั้น เป็นไปได้ว่าขวัญของคนเราโดยเฉพาะคนมีขวัญที่ดีย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

3. ทฤษฎีสร้างความรู้รักชาตินิยม (Nationalism) ปัจจัยประการหนึ่งที่น่าสู่การมีส่วนร่วมคือ การสร้างความรู้รักชาตินิยมให้เกิดขึ้น หมายถึง ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่จะอุทิศหรือเน้นค่านิยม เรื่องผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พอใจเกียรติภูมิจงรักภักดีผูกพันต่อท้องถิ่น (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

4. ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership) การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานด้วยความเต็มใจ เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการรวมกลุ่มคน จูงใจไปยังเป้าประสงค์โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่า ผู้นำปฏิญาณ (positive leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (dynamic leader) และผู้นำไม่มีกิจ ไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ผู้นำนินสอ (negative leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำ จึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ งานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้นการสร้างผู้นำที่ดีย่อมจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

5. ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and Method) การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ย่ายเพราะใช้กฎหมาย ระเบียบ แบบแผน เป็นเครื่องมือ ในการดำเนินการ แต่อย่างใดก็ตามผลของความร่วมมือยังไม่มีระบบใดดีที่สุดในเรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคน ถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำเป็นของรัฐ เพราะการใช้ระบบบริหารเป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพิ่มความคาดหวังผลประโยชน์ (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

2. แนวคิดการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่อยู่อาศัย

หลักการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน ประชาชนในชุมชนต้องมีความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นลำดับแรก ในที่นี้ให้พิจารณา เรื่อง การจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งต้องนำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยงที่ชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม งานอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน
- 2) การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล
- 3) การจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบ้านที่พักอาศัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และลดการเกิดโรคติดต่อจากสัตว์พาหะและแมลงนำโรคมาสู่คน เช่น หนู แมลงสาบ ยุง เป็นต้น
- 4) การจัดหาและเฝ้าระวังคุณภาพอาหารและน้ำดื่ม เพื่อลดปัญหาโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ
- 5) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่พิเศษ หรือพื้นที่เสี่ยง
- 6) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อรองรับ ต่อกรณีสาธารณสุข หรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ การจัดการมลพิษทางอากาศทั้งภายในอาคาร หรือภายนอกอาคาร การจัดการเหตุรำคาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยง คือ ต้นเหตุ สาเหตุ หรือการสัมผัสของบุคคล ที่เป็นการเพิ่มโอกาสของความเสียหาย อาการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือผลกระทบต่อสุขภาพในทางใดทางหนึ่งของประชาชน โดยผลกระทบต่อสุขภาพหรือความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินดังกล่าวจะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ ที่ไม่แน่นอน อาจยังไม่เกิดขึ้นในเวลาปัจจุบันแต่มีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคตหลังจากมีการสัมผัสมาแล้วในระยะเวลาหนึ่งและไม่มีการควบคุมความเสี่ยงดังกล่าว

ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหมายถึง สถานการณ์ หรือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดโอกาสความเสียหาย อันตราย หรือผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อากาศเป็นพิษ หมอกควัน ฝุ่นละออง น้ำเน่าเสีย การปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหารและน้ำ เป็นต้น

ผลกระทบต่อสุขภาพจากความเสี่ยงอนามัยสิ่งแวดล้อม

1. ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ เมื่อได้รับปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ไรระเหยสารเคมี ฝุ่นละออง ควันไฟ และยาฆ่าแมลง เป็นต้น
2. ผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย เช่น สารตะกั่วที่ปนเปื้อนจากสี เป็นต้น
3. ผลกระทบต่อระบบประสาทของร่างกาย เช่น ยาฆ่าแมลงหรือยากำจัดวัชพืชในงานเกษตรกรรม เป็นต้น
4. ผลกระทบต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์
5. ผลกระทบต่อผิวหนัง เกิดจากการได้รับปัจจัยเสี่ยงจากสารเคมีหรือฝุ่นละออง รวมทั้งขนสัตว์ หรือเกสรดอกไม้ โดยเกิดลักษณะอาการต่อผิวหนัง เช่น มีอาการผดผื่น แสบคันที่ผิวหนัง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน อย่างกว้างขวาง การจัดการความเสี่ยง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ และเป็นการขจัดปัญหาสิ่งแวดล้อมให้หมดไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าไปให้การช่วยเหลือ ค้ำครอง และป้องกันความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเป็นกลุ่มอ่อนไหวต่อสภาพความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่มีอายุ 18-60 ปี ที่พักอาศัยอยู่ใน ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชากรในเขต ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ 2 หมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีเงื่อนไขต้องสมัครใจเข้าร่วม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด กลุ่มทดลอง 34 ครั้วเรือน และกลุ่มควบคุม 34 ครั้วเรือน รวมเป็น 68 ครั้วเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบประเมินโครงการ บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 39 ข้อแบ่งเป็น 4 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 สุขลักษณะโดยทั่วไป 28 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขอนามัยในครั้วเรือน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ข้อโดยมีเกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระดับการประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
ระดับหลังคาเรือน	มีผลการประเมินตามแบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ “ผ่านทุกข้อ”	มีผลการประเมินตามแบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ “ไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือทุกข้อ”
ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป ของหลังคาเรือนทั้งหมด	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมิน น้อยกว่าร้อยละ 60 ของหลังคาเรือนทั้งหมด

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของ ตำบลห้วยสีเสียด อำเภอกุหลาบ ประกอบด้วย

1.1 การสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก โดยการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดบ้านให้ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหานี้

1.2 การจัดการเชิงภาคี การเข้ามามีบทบาทในกระบวนการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน

1.3 การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัยของชุมชน โดยจัดทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม โดยชุมชนและสมาชิกในชุมชนจะเป็นผู้ดำเนินการหลัก และรับผิดชอบการประสานงานและดำเนินการกิจกรรม ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมที่ชุมชนได้มีการดำเนินการ มีดังต่อไปนี้

- การเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และการร่วมจัดบ้านกับกลุ่มตัวอย่างทุกครั้วเรือนโดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จัดการประกวดครั้วเรือนที่มีการจัดการสุขภาพตำบลที่อยู่อาศัย ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. **ขั้นเตรียมการ** วางแผนการดำเนินการจัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วม โดยการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ ประภาพร ศรีสถิตย์ธรรม (2543)

2. **ขั้นดำเนินการ** มีวิธีดำเนินการดังนี้

2.1 นัดหมายวัน เวลา สถานที่ จำนวนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2.2 ประเมินการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยก่อนการดำเนินการ มีขั้นตอนต่อไปนี้

วันที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (นาที)
1	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเป้าหมาย	30
	การสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก	กำหนดทิศทางที่จะดำเนินการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัย ให้ถูกสุขลักษณะ มีการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจในการแก้ปัญหา การสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	60
2	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกัน	15
	จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง “การจัดบ้านให้ถูกสุขลักษณะ”	สร้างความเข้าใจบทบาทในกระบวนการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน	150
3	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกัน	15
	การจัดทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชน	เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยของชุมชน	180
4	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	เพื่อสร้างสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกัน	15
	จัดการประกวดครัวเรือนที่มีการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้	สร้างขวัญกำลังใจและความยั่งยืน	120
5	ประเมินผล		120

5. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายก่อนทำการจัดโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินประเมินโครงการ บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุรณ์

2. จัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมให้กับกลุ่มเป้าหมาย

3. เก็บข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนการจัดโปรแกรม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สถิติพรรณนา คือความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงข้อมูลทั่วไป สถิติ Paired t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การจัดสุขาภิบาลที่พักอาศัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา (หรือ) ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เกินครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 เพศชาย ร้อยละ 38.2 อายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 89.7 รองลงไปอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18-40 ปี ร้อยละ 10.3 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.2 รองลงไปจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 4.4 และจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโท ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.4 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 11.8 ค้าขายและอื่นๆ ร้อยละ 5.9 และอาชีพรับราชการ หรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 2.9

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุรณ์

ก่อนจัดโปรแกรม พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่ มีการใช้สารปรุงแต่งอาหาร และอาหารกระป๋อง ที่ถูกต้องปลอดภัย ร้อยละ 100 รองลงมา บ้านมีน้ำอุปโภค บริโภค ที่สะอาด เพียงพอตลอดปีและมีการจัดเก็บสารเคมีที่เป็นอันตราย จัดเก็บให้มิดชิดแยกเป็นสัดส่วนและพ้นมือเด็ก ร้อยละ 98.5 และพบไม่ผ่านมากที่สุด ได้แก่ บริเวณโดยรอบบ้านสะอาด ร่มรื่นและไม่มีน้ำท่วมขัง ร้อยละ 10.3 พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านพฤติกรรมอนามัยในครัวเรือน พบส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวทุกคน ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัว มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด ไอ จาม มีไข้หรือหน้ากากอนามัย ปิดปาก จมูก ร้อยละ 95.6 และที่ไม่ผ่าน มากสุดคือสมาชิกในครอบครัวทุกคนใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน ร้อยละ 17.6 พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พบส่วนใหญ่ ครัวเรือนไม่ก่อปัญหาเหตุรำคาญ หรือมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง ร้อยละ 98.5 รองลงมาสมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 94.7

หลังจัดโปรแกรม พบว่าพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านสุขลักษณะโดยทั่วไป ส่วนใหญ่ ภายในบ้านมีการระบายอากาศดีและมีแสงสว่างเพียงพอ น้ำใช้ในห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาดเพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ ประตู ที่จับเปิด ปิด ที่ล็อคด้านในกลอนประตู อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ สภาพที่ระบายสิ่งปฏิกูล ถึงเก็บกักไม่รั่วแตกหรือชำรุด ห้องนอนสะอาด เป็นระเบียบทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ บริเวณห้องครัวหรือบริเวณที่ใช้เตรียม ปรุง ประกอบอาหาร แยกเป็นสัดส่วน สะอาด มีการระบายอากาศดี และมีการจัดวางวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นระเบียบ และถูกสุขลักษณะ อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสดผลไม้ต้องล้างให้สะอาด ก่อนปรุงประกอบอาหาร หรือรับประทาน อาหารปรุงสุกแล้ว มีภาชนะปกปิดหรือเก็บในตู้กับข้าวหรือตู้เย็น มีการใช้สารปรุงแต่งอาหาร และอาหารกระป๋อง ที่ถูกต้อง ปลอดภัย ภาชนะรองรับมูลฝอยมีฝาปิดมิดชิดสะอาด และเพียงพอต่อปริมาณมูลฝอย ไม่มีน้ำขังในภาชนะต่าง ๆ ที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง มีการควบคุมกำจัด หนู แมลงวัน แมลงสาบ เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายของเชื้อโรค สารเคมีที่เป็นอันตราย จัดเก็บให้มิดชิด แยกเป็นสัดส่วน และพ้นมือเด็ก จัดเก็บ บำรุงรักษา และตรวจสอบความปลอดภัยของสายไฟ ปลั๊กไฟและอุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิด ให้อยู่ในสภาพดี

ปลอดภัย ผ่านเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ไม่ผ่านมากที่สุดได้แก่ ตำบลบ้านอยู่ในสภาพดี มั่นคง แข็งแรง ร้อยละ 2.9 พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านพฤติกรรมอนามัยในครัวเรือน พบส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวทุกคนล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง สมาชิกในครอบครัวทุกคนใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน และกรณี มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด ไอ จาม มีไข้หรือหน้ากากอนามัย ปิดปากจมูกผ่านเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 และสมาชิกในครอบครัวทุกคนไม่ใช้ภาชนะดื่มน้ำร่วมกัน ผ่านเพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.5 พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ด้านการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัว มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน และครัวเรือน ไม่ก่อปัญหาเหตุรำคาญหรือมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง ผ่านเพิ่มขึ้นร้อยละ 100

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม พบว่า ผลคะแนนพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยรวมทุกข้อ เปรียบเทียบก่อน-หลัง (n=68)

ภาพรวมการจัดการ สุขาภิบาลที่อยู่อาศัย	$\bar{x}$	SD	t	df	95% CI	p-value
ก่อนจัดโปรแกรม	32.54	2.819	-9.335	377	-1.547 ถึง -1.009	<0.001*
หลังจัดโปรแกรม	33.90	0.338				

Paired t – test

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 คน ผู้วิจัยเลือกจาก คณะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน ผู้วิจัยได้เสนอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่พักอาศัย ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ เสนอว่าการสร้างวิสัยทัศน์และจิตสำนึกร่วม โดยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการมองเห็นปัญหาการจัดการสุขาภิบาลที่พักอาศัย ปัญหาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมใดที่มีความจำเป็นสำคัญตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข 2535 โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญในการผลักดัน การออกกฎข้อบังคับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามที่กฎหมายให้อำนาจไว้ และต้องมุ่งให้เกิดความเป็นธรรม เพื่อรักษาผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก และเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของชุมชน ควรเปิดเวทีให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในประเด็นสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพประชาชนในวงกว้าง เช่น บริเวณโดยรอบบ้านสะอาด ร่มรื่นและไม่มีน้ำท่วมขัง หรือประเด็นมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม ควรมีการแต่งตั้ง คณะทำงานพิจารณาจัดทำร่างข้อบัญญัติ มีการส่งเสริมให้บุคลากรได้มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ให้มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์กฎข้อบังคับ และ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ให้ประชาชนได้รับทราบอย่างทั่วถึงด้วยการปิดประกาศ ณ สำนักงาน หรือที่ทำการ หรือที่ชุมชน หรือการประชาสัมพันธ์ด้วยรูปแบบอื่นๆ เช่น ทำเป็นเอกสารแจกจ่ายการประชุม หรือเสียงตามสาย เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 การจัดการเชิงภาคี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ เสนอว่า การนำเสนอสภาพปัญหาด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชุมชน การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้รับรู้รับทราบปัญหาร่วมกัน โดยเฉพาะช่องทางผ่านสื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ ในชุมชน การจัดเวทีเชิญตัวแทนภาคีที่เกี่ยวข้องให้ เข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แสวงหาแนวทางร่วมคิดร่วมทำ ร่วมตัดสินใจวางแผนร่วมกันในการกำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เช่น การสำรวจพบบ้านเรือนที่คนในชุมชนมีสภาพบ้านเรือนไม่มั่นคง เมื่อสะท้อนปัญหาคืนข้อมูลให้ชุมชนมีการสื่อสารสังคมออก ทำให้เกิดการจัดการปัญหามีการจัดการเชิงภาคีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นคณะกรรมการแบบไม่เป็นทางการจิตอาสาจัดทำบ้านมั่นคงบริจาคให้ประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น

การจัดการสุขาภิบาลที่พิกอาศัยอย่างเป็นทางการ ขับเคลื่อนประเด็นปัญหาร่วมกันทั้งระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทำให้พฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยของคน ในชุมชนจัดได้ดีเพิ่มขึ้น ทุกหลังคาเรือน ประชาชนเกิดความตระหนักและให้ความสนใจปรับปรุงพัฒนาบ้านเรือนของตนเองให้ได้ตามเกณฑ์และรักษามาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านกายภาพ ภายในบ้านมีการระบายอากาศดี และมีแสงสว่างเพียงพอ น้ำใช้ในห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาดเพียงพอ ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันดักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ ประตู ที่จับเปิด ปิด ที่ล็อคด้านในกลอนประตูอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูล ถึงเก็บกักไม่รั่วแตกหรือชำรุด ห้องนอนสะอาด เป็นระเบียบทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ บริเวณห้องครัวหรือบริเวณที่ใช้เตรียม ปรง ประกอบอาหาร แยกเป็นสัดส่วน สะอาด มีการระบายอากาศดีและมีการจัดวางวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นระเบียบ

ประเด็นที่ 3 การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ควรมีการกำหนดประเด็นขับเคลื่อนร่วมกันของภาคีเครือข่าย ทั้งภาคส่วนรัฐโดย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งควบคุมกำกับกำกับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ด้านสุขาภิบาลอาหาร เช่น การขายเนื้อสัตว์ ผักสดผลไม้ต้องล้างให้สะอาด ก่อนปรุงประกอบอาหาร ในตลาดสดและแผงลอย มีการณรงค์ให้มีการรับประทาน อาหารปรุงสุกแล้วมีภาชนะปกปิดหรือเก็บในตู้กับข้าวหรือตู้เย็น มีการใช้สารปรุงแต่งอาหาร และอาหารกระป๋อง ที่ถูกต้อง ปลอดภัย ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งควรมีการจัดหา ภาชนะรองรับ มูลฝอยมีฝาปิดมิดชิดสะอาด และเพียงพอต่อปริมาณมูลฝอย และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่มีน้ำขังในภาชนะต่างๆ ร่วมกันรณรงค์กับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง มีการควบคุมกำจัด หนู แมลงวัน แมลงสาบ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำ แผนปฏิบัติการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันระหว่างท้องถิ่น ท้องที่ ภาคีเครือข่ายและหน่วยราชการในทุกระดับ

ประเด็นที่ 4 การติดตามและประเมินผล ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน โดยมีส่วนร่วมมากในด้านการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งภายในและรอบๆ บ้าน และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ทางอำเภอและภาคีเครือข่ายจัดทำขึ้น เช่น โครงการบ้านมั่นคง โครงการชุมชนสะอาด เป็นต้น

สรุปผล (หรือ) อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยด้านสุขลักษณะโดยทั่วไปพฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือน การมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสุขอนามัย ในครัวเรือนดีขึ้น ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ (2558) และอุบล จันทรเพชร (2560) เมื่อพิจารณาประเด็นกิจกรรมตามโปรแกรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การสร้างจิตสำนึก ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาในชุมชน จะต้องเริ่มจากการให้ชุมชนมีจิตสำนึก เห็นถึงความสำคัญของการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยเพื่อให้ชุมชนน่าอยู่

2) การจัดการเชิงภาคีเครือข่าย พบว่า สมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน และ ครัวเรือน ไม่ก่อปัญหาเหตุรำคาญหรือมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและผู้อยู่อาศัยใกล้เคียงหลังจัดโปรแกรมมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องสมพงษ์ เกษมสิน (2556)

3) การจัดการทำแผนปฏิบัติการในการจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชุมชน ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงนำเสนอสภาพปัญหาด้านที่อยู่อาศัยในที่ประชุมอำเภอและผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล หมู่บ้านทำให้ทุกภาคส่วนได้ตระหนัก รับรู้ถึงสภาพปัญหาและให้การสนับสนุนจัดทำแผนปฏิบัติการมีโครงการหนุนเสริม ด้านการจัดการสุขาภิบาล ที่พักอาศัยเพิ่มขึ้น ภาคเอกชนเพจ อัจฉิน ได้จัดสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้ และส่งมอบให้ครัวเรือนผู้ยากไร้ จำนวน 1 หลัง อำเภอภูหลวงจัดสร้างบ้านมั่นคงด้วยงบประมาณกาชาดจังหวัดเลย และภาคีเครือข่าย ปรับปรุงบ้านให้ผู้ยากไร้ จำนวน 1 หลัง จากการมีส่วนร่วมดังกล่าว กระบวนการรณรงค์สร้างจิตสำนึก สร้างกระบวนการรับรู้ปัญหา เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการตามกิจกรรมการพัฒนาสอดคล้องกับ ทศพลภัทร ใบปอด, ประโยชน์ ส่งกลิ่น และ ภักดี โพธิ์สิงห์ (2556) นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนและครัวเรือน และการติดตามและประเมินผล จากการติดตามเยี่ยมบ้านและผลการวิจัยพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนและครัวเรือนเพิ่มขึ้น โดยมีพฤติกรรมการจัดสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยดีขึ้นในทุกด้านหลังจัดโปรแกรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขอนามัยมีความแตกต่างกันหลังเข้าโปรแกรม แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังจัดโปรแกรมในด้านลักษณะทั่วไป ด้านตัวบ้านอยู่ในสภาพดี มั่นคง แข็งแรง 2) บริเวณที่ตั้งห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องไม่อยู่ที่ลัษตา/เปลี่ยว การมีน้ำอุปโภค บริโภค ที่สะอาด เพียงพอตลอดปี และภาชนะเก็บกักน้ำอุปโภค บริโภค สะอาดมีฝาปิด และรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ปัจจัยส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับอาชีพส่วนใหญ่ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร การปรับปรุงพัฒนาตัวบ้าน มีปัจจัยด้านรายได้ อาชีพที่สร้างรายได้มากพอที่จะนำมาใช้ปรับปรุงพัฒนาตัวบ้านและวิถีชีวิตที่ต้องไปทำงานด้านการเกษตรไม่ค่อยมีเวลาในการจัดการปรับปรุงพัฒนาตัวบ้านที่ต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ยุทธนา สุดาคา (2555) อีกทั้งการปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วม ไม่ให้อยู่ที่ลัษตา/เปลี่ยว ไม่แตกต่างกันหลังจัดโปรแกรม ทำให้ครัวเรือนยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบายควรมีการกำหนดนโยบายภาครัฐให้มีการบูรณาการกับเครือข่ายภาคเอกชนมีการสื่อสารสร้างความรับรู้ และจิตสำนึกที่ตรงกันในการขับเคลื่อนนโยบายบ้านสะอาดมั่นคงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วม ไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกันโรคติดต่อและ เหตุรำคาญต่างๆ และจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นในการผลักดันกิจกรรมส่วนชาตที่ต้องปรับปรุงพัฒนาต่อไป

3. ควรมีศึกษาวิจัยเชิงพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาพที่อยู่อาศัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ หรือวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

การศึกษาในครั้งนี้ ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 011/2568 ว่าโครงการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

เอกสารอ้างอิง

- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2565). การจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2566 – 2570. กรมอนามัย สำนักงานสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข.(2558).คู่มือโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)
- ทศพัทธ์ร์ ใบปอด ประโยชน์ ส่งกลิ่น และ ภักดิ์ดี โพธิ์สิงห์. (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม. วารสารการเมืองการปกครอง. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (กันยายน 2556 – กันยายน 2557)
- บังอร ฉางทรัพย์และคณะ.รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่พำนักอาศัยของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2553.
- ประภาพร ศรีสถิตย์ธรรม. (2543) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชน ในเขตเทศบาลนครจังหวัดนครราชสีมา . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์/กรุงเทพฯ.
- ยุทธนา สุตาภา. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม : กรณีศึกษาบ้านป่าสักงาม ตำบลหลวงเหนืออำเภอดอยสะเก็ด. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์การเมือง) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพร รูปงาม. (2545) การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ /.สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์,ม.ป.ท.
- สมพงษ์ เกษมสิน. (2556). การบริหารงาน. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.(2565).ข้อมูลสถานสุขภาพของประชาชน (HDC)[Online:30/09/2565]
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง (2565).ข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคติดต่อ (รายงาน 506) [Online:30/09/2565]
- อศิน รพีพัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล จันทรเพชร. (2560).การประเมินชุมชนมีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5.กลุ่มพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.