

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

๑. ชื่อผลงานเรื่อง สถานการณ์การบริหารจัดการน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัย
ในสถานบริการการสาธารณสุขของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๒
(กรณีศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม – กันยายน ๒๕๖๒
๓. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ๗๐ % โดยออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูลในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูล
สรุปผลการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะ
๔. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน
 ๑. นางณิรนุช อากาศรัส สัดส่วนของผลงาน ๒๐ %
 ๒. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐ %

๕. บทคัดย่อ

การบริการพื้นฐานด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาลและสุขอนามัย (Water(WA),Sanitation(S) and Hygiene(H); WASH) ในสถานบริการการสาธารณสุขถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขให้มีความปลอดภัยและมีคุณภาพ อีกทั้งยังเป็นข้อกำหนดพื้นฐานในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล กับการจัดระดับบริการ WASH ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund ; UNICEF) (๒๐๑๙) (JMP service ladders for monitoring basic WASH services in health care facilities) ตามข้อกำหนดระดับการตรวจประเมินติดตามการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้าน WASH รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลพื้นฐานฯ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจที่จัดทำขึ้นตามแนวทางคำถามและชุดตัวชี้วัดหลักของ WHO และ UNICEF เพื่อให้สามารถเทียบเคียงกับสถานการณ์ของประเทศอื่นโดยใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล จำนวน ๙๕๘ แห่ง ได้รับการตอบกลับ ๖๐๒ แห่ง และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ในการคัดเลือก รพ.สต. จำนวน ๔๔๕ แห่ง จาก รพ.สต. จำนวน ๙,๗๘๓ แห่ง ได้รับการตอบกลับ ๕๐๖ แห่ง ผลการศึกษา พบว่า ด้านน้ำสะอาด โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีน้ำสะอาดผ่านการปรับปรุงคุณภาพมีปริมาณเพียงพอ หรืออยู่ในระดับบริการพื้นฐาน ร้อยละ ๕๙.๕ และ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีน้ำสะอาดผ่านการปรับปรุงคุณภาพในระยะทาง ๕๐๐ เมตรจากสถานบริการการสาธารณสุข แต่ไม่เพียงพอ หรืออยู่ในระดับบริการแบบจำกัด ร้อยละ ๘๐.๔ ด้านสุขาภิบาล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะสำหรับเจ้าหน้าที่อย่างน้อย ๑ ห้อง ห้องน้ำแยกเพศ อย่างน้อย ๑ ห้อง พร้อมจัดให้มีถังสำหรับทิ้งผ้าอนามัยในห้องน้ำหญิง และมีห้องน้ำสำหรับผู้พิการ/ผู้ใช้รถเข็น/ผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๑ ห้อง หรืออยู่ในระดับบริการพื้นฐาน ร้อยละ ๗๔.๖ และ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีห้องส้วมอย่างน้อย ๑ ห้อง หรืออยู่ในระดับบริการแบบจำกัด ร้อยละ ๕๔.๘ ด้านสุขลักษณะ พบว่า โรงพยาบาลและ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการที่ล้างทำความสะอาดมือ ด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำการรักษาและในระยะไม่เกิน ๕ เมตรจากห้องส้วม หรือผ่านระดับบริการพื้นฐาน ร้อยละ ๙๔.๑ และร้อยละ ๙๒.๓ ตามลำดับ ด้านการจัดการมูลฝอย พบว่า โรงพยาบาลและ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีการจัดการของเสียอย่างปลอดภัย โดยมีการคัดแยกทิ้ง อย่างน้อย ๓ ประเภท

โดยของมีคม และมูลฝอยติดเชื้อ หรือผ่านระดับบริการพื้นฐาน ร้อยละ ๙๘.๘ และร้อยละ ๙๖.๘ ตามลำดับ และด้านการทำความสะอาด พบว่า โรงพยาบาลและ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีการกำหนดแนวทางการทำความสะอาดอย่างชัดเจน และเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดทุกคนได้รับการอบรม หรือให้ความรู้เรื่องการทำทำความสะอาด หรือผ่านระดับบริการพื้นฐาน ร้อยละ ๙๐.๕ และร้อยละ ๘๒.๘ ตามลำดับ ภาพรวมการจัดระดับการให้บริการด้านสุขลักษณะ การจัดการมูลฝอย และการทำความสะอาดของสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (Basic service) แต่ด้านน้ำสะอาด และด้านการสุขาภิบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีข้อจำกัดการดำเนินการ (Limited service) จึงควรยกระดับการดำเนินงานการสุขาภิบาล น้ำสะอาด และสุขอนามัยของสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทยให้อยู่ในระดับพื้นฐานในทุกประเด็นงาน และพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมสถานะผลการดำเนินงานของด้านสุขาภิบาล น้ำสะอาด และสุขอนามัยของสถานบริการสาธารณสุขของประเทศ และเทียบเคียงกับนานาชาติในระดับสากลได้

๖. บทนำ

การบริการพื้นฐานซึ่งประกอบด้วยด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาลและสุขอนามัย ในสถานบริการสาธารณสุขถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขให้มีความปลอดภัยและมีคุณภาพ อีกทั้งยังเป็นข้อกำหนดพื้นฐานในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคต่างๆ

จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) แสดงให้เห็นว่าการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดและการตายของมารดาจากการคลอดบุตร (newborn deaths and maternal mortality) และการติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนามีความสัมพันธ์กับการขาดแคลนน้ำสะอาดและการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน^{(๑) (๒)}

จากแถลงการณ์ เรื่องสถานการณ์ของอหิวาตกโรค ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในปี ค.ศ. ๒๐๑๘ ได้รายงานว่าการบริการด้านน้ำสะอาดและสุขอนามัยเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันประชาชนจากอหิวาตกโรคได้ ซึ่งการปรับปรุงการบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัยให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถที่จะควบคุมและกำจัดอหิวาตกโรคได้^(๓) และจากข้อมูลรายงานการสำรวจสถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund; UNICEF) พบว่า เกือบร้อยละ ๔๐ ของสถานบริการสาธารณสุขทั่วโลก มีแหล่งน้ำประปาไกลเกินกว่าระยะ ๕๐๐ เมตร ร้อยละ ๑๙ มีปัญหาด้านสุขอนามัย และร้อยละ ๓๕ ไม่มีการจัดสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับล้างมือ ซึ่งข้อมูลรายงานนี้ประเทศในภูมิภาคเอเชียยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund; UNICEF) และทีมงานวิจัยระดับโลก ดำเนินการติดตามสถานการณ์ด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัย (Water, sanitation and hygiene - WASH) ในสถานบริการสาธารณสุข (Health care facilities - HCF) โดยได้มีการพัฒนาชุดคำถามหลักและตัวชี้วัดสำหรับการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐานในสถานบริการด้านสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้นานาชาติมีการสำรวจและติดตามผลการจัดการด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาลและสุขอนามัย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ปี ค.ศ. ๒๐๓๐ (WASH in the ๒๐๓๐ Agenda for Sustainable Development Goals) โดยเฉพาะเป้าหมายการพัฒนาที่ ๓ และ ๖ รวมถึงส่งเสริมให้แต่ละประเทศทั่วโลกมีการสำรวจข้อมูลดังกล่าวและรายงานข้อมูลเพื่อให้มีสถานการณ์ระดับโลกสำหรับการวางแผน ติดตาม และพัฒนาให้มีความยั่งยืนต่อไป

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกรรวบรวมข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับบริการขั้นพื้นฐานด้านน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่มีข้อมูลที่สามารถเทียบเคียงกับนานาชาติได้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการสำรวจข้อมูลสถานการณ์น้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถาน

บริการสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อใช้ประกอบการกำหนดนโยบาย และวางแผนการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนกำหนดมาตรการเพื่อยกระดับการจัดการด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีมาตรฐานตามแนวทางสากล และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย SDGs ตลอดจนสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับผลกระทบการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในอนาคต

๗. วัตถุประสงค์

๗.๑ เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๗.๒ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์จัดการน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับตัวชี้วัดการจัดการระดับบริการด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาลและสุขอนามัยของสถานบริการสาธารณสุข (JMP service ladders for monitoring basic WASH services in health care facilities) ^(๔)

๘. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

๘.๑ วิธีการดำเนินงาน การวิจัยสำรวจข้อมูลและจัดทำสถานการณ์การสุขาภิบาล น้ำสะอาด และสุขอนามัยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในครั้งนี้ มีวิธีการดำเนินงานดังนี้

๑) ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยแบบสำรวจข้อมูล เรื่อง สถานการณ์ WASH in Health Care Facilities in Thailand และส่งแบบสำรวจฯ พร้อมกับหนังสือราชการลงนามโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข แจ้งหัวหน้าส่วนราชการ โดยครอบคลุมถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการตอบแบบสำรวจออนไลน์ Google form โดยระบุผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒) ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) สุ่มรายภาค ๔ ภาค โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นโรงพยาบาล จำนวน ๑๐ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕ แห่ง ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ได้แก่ ผู้บริหาร หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข

๘.๒ วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) จะใช้แบบสำรวจที่จัดทำขึ้นตามแนวทางคำถามและชุดตัวชี้วัดหลักของ WHO และ UNICEF เพื่อให้เทียบเคียงกับสถานการณ์ของประเทศอื่นๆ ได้ และใช้สถิติในการรายงานผลการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ สำหรับข้อมูลแจกแจง (Categorical variable) และนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation - SD) หรือค่ามัธยฐาน (Median) และค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด (Minimum - Maximum) สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous variable) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล เพื่อสนับสนุนข้อมูลการจัดการน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการสาธารณสุข

๘.๓ ขอบเขตงาน

๑) กลุ่มประชากร มี ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑.๑ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศจำนวนทั้งหมด ๙๕๘ แห่ง และทำการสำรวจทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) จำนวน ๙๕๘ แห่ง

๑.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี รพ.สต. ทั่วประเทศ จำนวนทั้งหมด ๙,๗๘๓ แห่ง^(๕) และทำการสำรวจ รพ.สต. จำนวน ๔๔๕ แห่ง ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงสูตรการคำนวณของเครซีและมอร์แกน^(๖) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

โดยกำหนด

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 คือ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ ๑ และระดับความเชื่อมั่น ๙๕% ($\chi^2 = ๓.๘๔๑$)

p คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนด p = ๐.๕ กรณีไม่ทราบ)

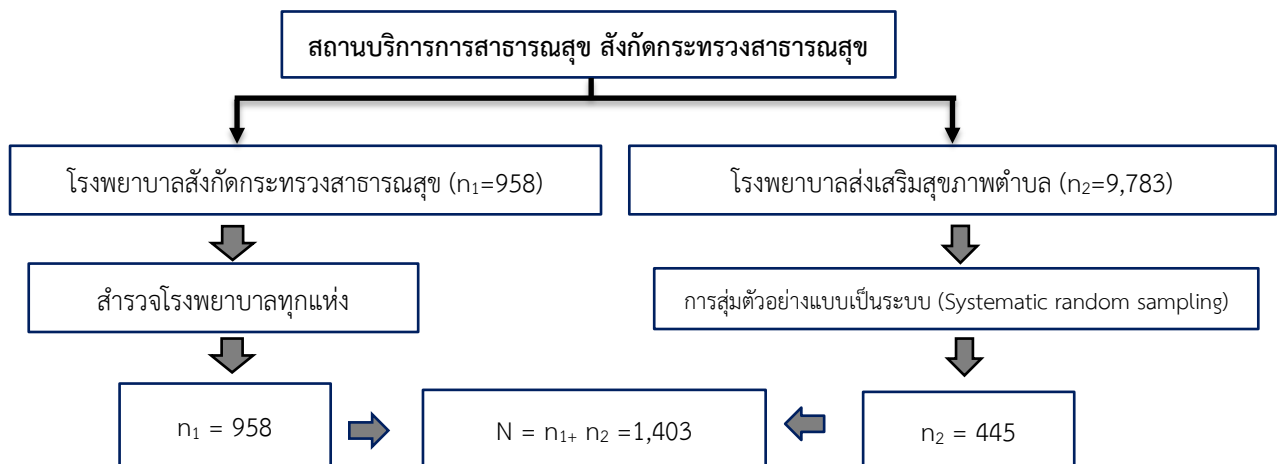
เมื่อแทนค่าลงในสูตรข้างต้น

$$n = \frac{3.841 \times 9,783 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{(0.05)^2 \times (9,783 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times (1 - 0.5)} = 369.6255 \approx 370$$

กำหนดให้จำนวนโรงพยาบาลที่ไม่ตอบแบบสอบถามมีประมาณร้อยละ ๒๐ (r = ๐.๒๐)

$$n + n(20\%) = 370 + (370 \times 0.2) = 444 \quad n \approx 445$$

และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ในการคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถแสดงขั้นตอนการคัดเลือกและการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้



ภาพที่ ๑ ขั้นตอนการคัดเลือกและการสุ่มตัวอย่าง

และในขั้นตอนการศึกษาเชิงคุณภาพของสถานบริการการสาธารณสุข ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) สุ่มรายภาค ๔ ภาค โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นโรงพยาบาล จำนวน ๑๐ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕ แห่ง รวมเป็นจำนวน ๑๕ แห่ง ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

● **การรวบรวมข้อมูล** การเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจสถานการณ์น้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย โดยใช้แบบสำรวจที่จัดทำขึ้นตามแนวทางคำถามหลักและตัวชี้วัดสำหรับการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐานในสถานบริการด้านสาธารณสุข (Core questions and indicators for monitoring WASH in Health Care Facilities in the Sustainable Development Goals) ที่จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund; UNICEF) และปรับให้เหมาะสมตามบริบทของประเทศไทย โดยเนื้อหาของแบบสำรวจที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมในด้านการจัดบริการน้ำสะอาด (Water) สุขาภิบาล (Sanitation) สุขอนามัย (Hygiene) การจัดการมูลฝอย (Health care waste) และความสะอาดของสภาพแวดล้อม (Environmental cleaning) ในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย โดยครอบคลุมถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยแบบสำรวจแบ่งออกเป็น ๖ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านน้ำสะอาดในสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย แหล่งน้ำหลักที่ใช้เพื่อการจัดบริการภายในสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลผลิตน้ำประปาเอง น้ำบาดาล น้ำบ่อน้ำ หรือ น้ำประปาส่วนภูมิภาค เป็นต้น ความเพียงพอของน้ำดื่ม น้ำใช้ของสถานบริการสาธารณสุข รูปแบบการบำบัดน้ำของสถานบริการสาธารณสุข การจัดเตรียมแหล่งน้ำสำรอง หรือแหล่งน้ำฉุกเฉินของ สถานบริการสาธารณสุข การจัดเตรียมงบประมาณ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลการจัดการด้านสุขาภิบาลในสถานบริการสาธารณสุข เช่น ส้วม และการบริหารจัดการส้วมของสถานบริการสาธารณสุข การจัดการสิ่งปฏิกูลของสถานบริการสาธารณสุข การจัดการขยะติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการส้วม สิ่งปฏิกูล และขยะติดเชื้อ การจัดเตรียมงบประมาณ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลการจัดการด้านสุขลักษณะในสถานบริการสาธารณสุข เช่น จุดบริการอ่างล้างมือ การมีสบู่หรือเจลล้างมือให้บริการจัดเตรียมงบประมาณ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ ๕ ข้อมูลด้านการจัดการมูลฝอยในสถานบริการสาธารณสุข เช่น การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยประเภทของมีคม เช่น เข็ม อุปกรณ์ผ่าตัด ฯลฯ การจัดเตรียมงบประมาณ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ ๖ ข้อมูลด้านความสะอาดของสภาพแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข เช่น การกำหนดขั้นตอน/กระบวนการรักษาความสะอาด ของสภาพแวดล้อมภายในสถานบริการสาธารณสุข การให้ความรู้แก่พนักงานทำความสะอาด ความถี่ในการอบรม

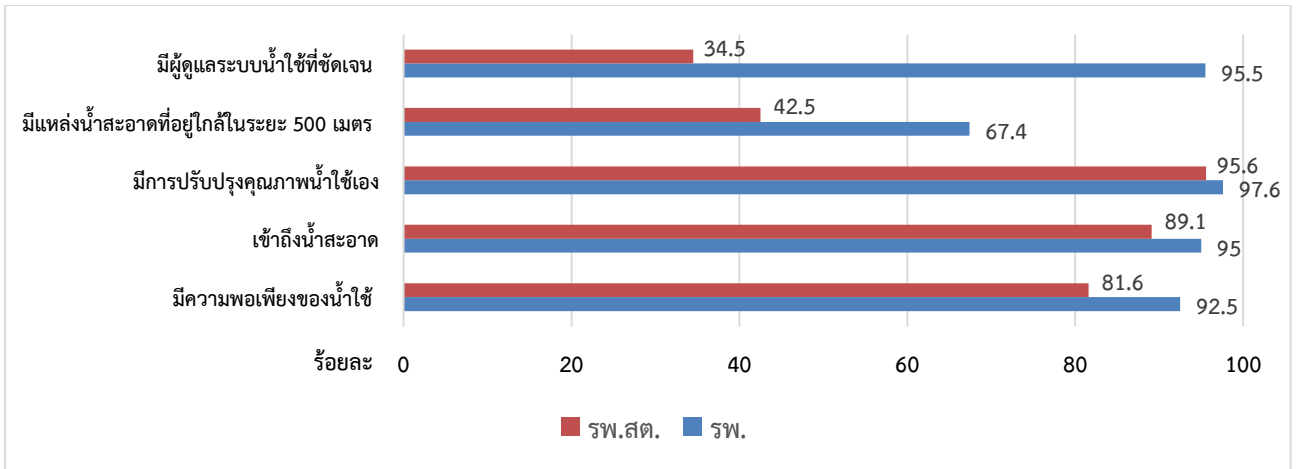
ทั้งนี้ แบบสำรวจได้ผ่านการพิจารณาจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในกรมอนามัย จำนวน ๓ ครั้ง และพิจารณาจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ ครั้ง และทดสอบเครื่องมือโดยการส่งแบบสอบถามให้กับสถานบริการสาธารณสุข จำนวน ๕ แห่ง และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสำรวจตามข้อเสนอแนะ

๙. ผลการดำเนิน/ ผลการศึกษา

พบว่า มีสถานบริการสาธารณสุขเป้าหมายที่มีการส่งข้อมูลแบบสำรวจฯ ตอบกลับรวมทั้งสิ้น ๑,๑๐๘ แห่ง (ร้อยละ ๗๘.๙) แบ่งเป็น โรงพยาบาล ๖๐๒ แห่ง (ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป ๕๖ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๔๘๐ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ ๒๔ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ ๔๒ แห่ง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๕๐๖ แห่ง และสรุปผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้บริหารปฏิบัติงานของโรงพยาบาล จำนวน ๑๐ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕ แห่ง รวม ๑๕ แห่ง จำแนกข้อมูลแยกรายด้านตามแบบสำรวจฯ โดยสรุปดังนี้

๑. สรุปข้อมูลพื้นฐานด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัย ในสถานบริการการสาธารณสุขของประเทศไทย แบ่งเป็น ๕ ด้าน ดังนี้

๑.๑ ด้านน้ำสะอาด

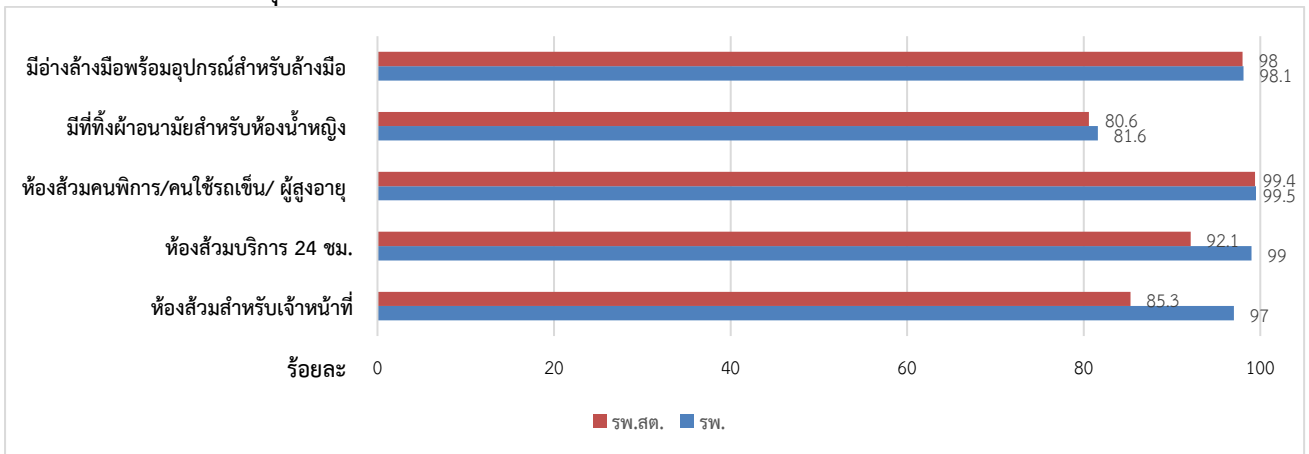


ภาพที่ ๒ แสดงข้อมูลด้านน้ำสะอาด จำแนกเป็นโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากภาพที่ ๒ พบว่า โรงพยาบาลมีความพอเพียงของน้ำใช้ ร้อยละ ๙๒.๕ เข้าถึงน้ำสะอาดใช้ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๕ โดยมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำใช้เองในโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๗.๖ มีแหล่งน้ำสะอาดที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลในระยะ ๕๐๐ เมตร ร้อยละ ๖๗.๔ ทั้งนี้มีผู้ดูแลระบบน้ำใช้ในโรงพยาบาลที่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕ ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่า รพ.สต. โดยใน รพ.สต. พบว่า มีความพอเพียงของน้ำใช้ ร้อยละ ๘๑.๖ เข้าถึงน้ำสะอาดใช้ใน รพ.สต. ร้อยละ ๘๙.๑ โดยมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำใช้เองใน รพ.สต. ร้อยละ ๙๕.๖ มีแหล่งน้ำสะอาดอยู่ใกล้ รพ.สต. ในระยะ ๕๐๐ เมตร ร้อยละ ๔๒.๕ ทั้งนี้มีผู้ดูแลระบบน้ำใช้ที่ชัดเจน เพียงร้อยละ ๓๔.๕

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า รพ.สต. บางแห่งใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้านซึ่งมีกำลังการผลิตน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้น้ำของหมู่บ้าน ทำให้กระบวนการผลิตน้ำประปามีเวลาในการตกตะกอนน้อย ซึ่งในช่วงฤดูแล้งน้ำประปาจะมีกลิ่น และน้ำขุ่น ส่งผลให้ขาดแคลนน้ำใช้ใน รพ.สต. อีกทั้งบางพื้นที่ยังไม่มี การตรวจวัดคุณภาพน้ำประปา และบางช่วงมีน้ำปนเปื้อนจากภาคการเกษตรไหลลงสู่แหล่งน้ำดิบ ทำให้น้ำประปามีคุณภาพลดลง รพ.สต. จึงไม่สามารถใช้น้ำสำหรับการอุปโภคบริโภคทางการแพทย์เพื่อฆ่าเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่มี การอบรมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหลักสูตรผู้ควบคุมดูแลระบบผลิตน้ำประปา เช่น การเลือกทราย กรวด การใช้คลอรีนในปริมาณที่เหมาะสม เป็นต้น และไม่มี การจัดเจ้าหน้าที่ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ

๑.๒ ด้านสุขาภิบาล

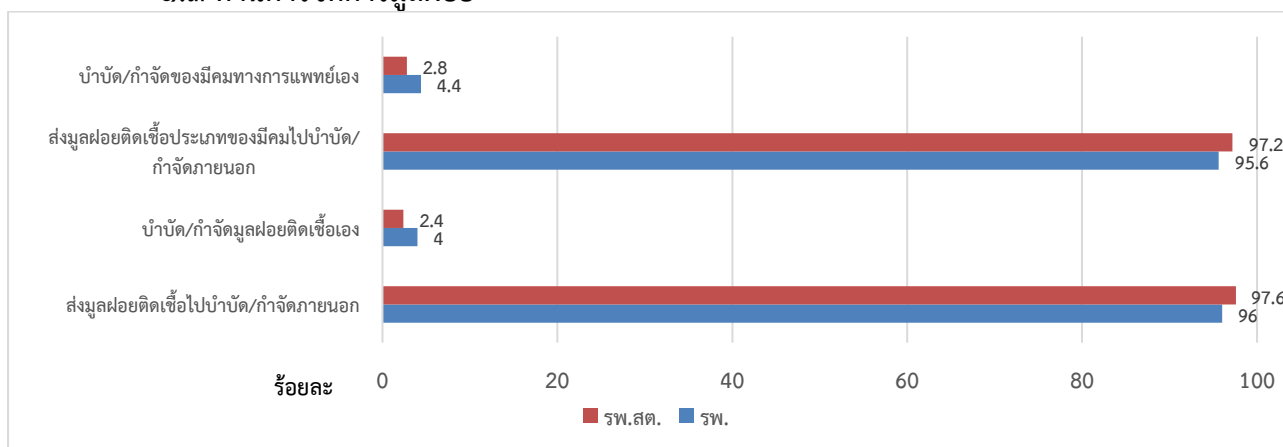


ภาพที่ ๓ แสดงข้อมูลด้านสุขาภิบาล จำแนกเป็นโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากภาพที่ ๓ พบว่า โรงพยาบาล มีห้องส้วมสำหรับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ ๙๗ มีห้องส้วมสำหรับให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ร้อยละ ๙๙ มีห้องส้วมคนพิการ/คนใช้รถเข็น/ ผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๙.๕ มีที่ทิ้งผ้าอนามัยสำหรับห้องน้ำหญิง ร้อยละ ๘๑.๖ และมีอ่างล้างมือพร้อมอุปกรณ์สำหรับล้างมือ ร้อยละ ๙๘.๑ ซึ่งมีระดับการจัดการสุขภาพสูงกว่า รพ.สต. โดยใน รพ.สต. พบว่ามีห้องส้วม แยกสำหรับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ ๘๕.๓ มีห้องส้วมสำหรับให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ร้อยละ ๙๒.๑ มีห้องส้วมคนพิการ/คนใช้รถเข็น/ ผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๙.๔ มีที่ทิ้งผ้าอนามัยสำหรับห้องน้ำหญิง ร้อยละ ๘๐.๖ และมีอ่างล้างมือพร้อมอุปกรณ์สำหรับล้างมือ ร้อยละ ๙๘.๐

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กบางแห่งพบปัญหาห้องส้วมไม่ได้แยกเพศและไม่มีสบู่ก่อนหรือสบู่อุณหภูมิให้บริการสำหรับล้างมือ รวมทั้งไม่มีส้วมสำหรับผู้พิการ แต่ให้ใช้ร่วมกับส้วมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งรถเข็นสามารถเข้าได้ โดยในห้องส้วมจัดให้มีถังขยะ แต่ไม่ได้แยกที่ทิ้งผ้าอนามัยเป็นการเฉพาะ ผู้ใช้บริการทิ้งผ้าอนามัย และกระดาษชำระลงในโถส้วม/ชักโครกทำให้เกิดการอุดตันส่งผลให้ต้องซ่อมแซมบ่อยขึ้น รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่ไม่คุ้นชินกับการใช้ส้วมแบบนั่งราบ และขึ้นเหยียบบนฝารองนั่งของโถชักโครกทำให้เกิดความชำรุดเสียหาย

๑.๓ ด้านการจัดการมูลฝอย

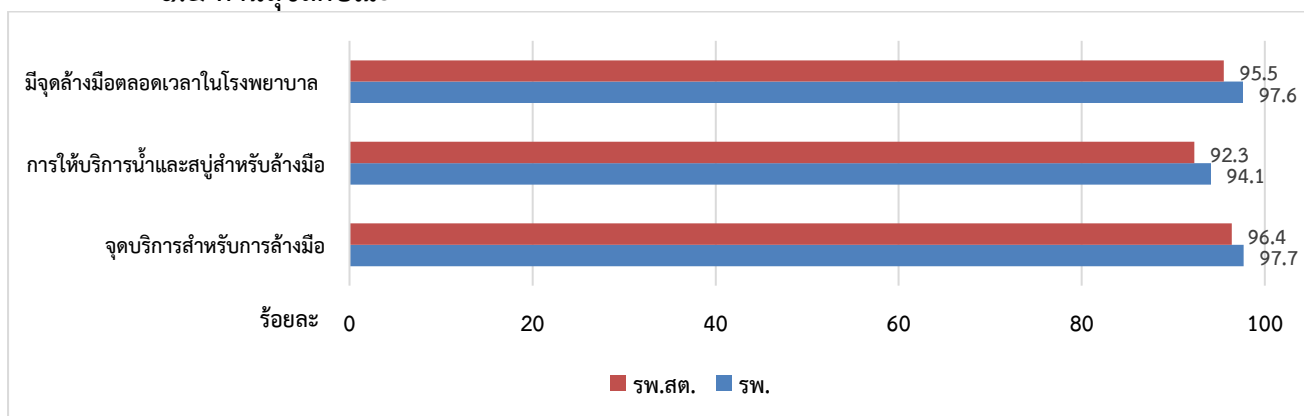


ภาพที่ ๔ แสดงข้อมูลด้านการจัดการมูลฝอย จำแนกเป็นโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากภาพที่ ๔ พบว่า โรงพยาบาล ร้อยละ ๙๖ ส่งกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยหน่วยงานอื่นภายนอก โรงพยาบาล ทำให้มีการบำบัด/กำจัดมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเองเพียง ร้อยละ ๔ และโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๕.๖ ส่งมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคมไปบำบัด/กำจัดภายนอกโรงพยาบาล ทำให้มีการบำบัด/กำจัดของมีคมทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๔.๔ ในขณะที่ รพ.สต. ร้อยละ ๙๗.๖ ส่งกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยหน่วยงานอื่นภายนอก รพ.สต. ทำให้มีการบำบัด/กำจัดมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.สต. เพียงร้อยละ ๒.๔ และ รพ.สต. ร้อยละ ๙๗.๒ ส่งมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคมไปบำบัด/กำจัดภายนอก ทำให้มีการบำบัด/กำจัดของมีคมทางการแพทย์ใน รพ.สต. ร้อยละ ๒.๘

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีสถานที่กำจัดและหน่วยงานรับของเสียอันตรายไปกำจัด ทำให้ปริมาณของเสียอันตรายสะสมอยู่ในโรงพยาบาลจำนวนมาก และรถเก็บขนขยะติดเชื้อไม่มาเก็บขนตามเวลาที่กำหนด และรถเก็บขนบางคนไม่มีการควบคุมอุณหภูมิ ผู้เก็บขนบางคนไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล นอกจากนี้ การติดตามมูลฝอยติดเชื้อ มีการใช้เอกสารติดตาม แต่ไม่เป็นไปตามหลักการของระบบ Manifest รวมทั้งโรงพยาบาลไม่เคยได้เอกสารกลับมาจากแหล่งกำจัด และระบบกำกับติดตามออนไลน์ (Infectious Waste Manifest System) ยังไม่สามารถแสดงข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ(รวมรายปี) ของ รพ.สต. ได้ และบริษัทเก็บขนลงข้อมูลทะเบียนรถ ชื่อพนักงานเก็บขน และเวลา ยังไม่ครบถ้วน

๑.๔ ด้านสุขลักษณะ

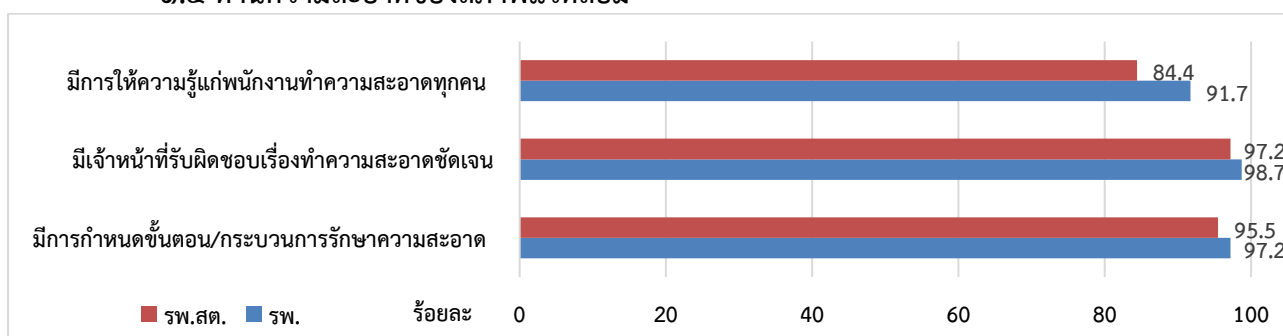


ภาพที่ ๕ แสดงข้อมูลด้านสุขลักษณะ จำแนกเป็นโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากภาพที่ ๕ พบว่า โรงพยาบาลจัดให้มีจุดบริการสำหรับการล้างมือให้กับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ร้อยละ ๙๗.๗ โดยจัดให้มีการให้บริการน้ำและสบู่สำหรับล้างมือพร้อมใช้งาน ร้อยละ ๙๔.๑ และจัดให้มีจุดล้างมือตลอดเวลาในโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๗.๖ ในขณะที่ รพ.สต. พบว่า จัดให้มีจุดบริการสำหรับการล้างมือให้กับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ร้อยละ ๙๖.๔ โดยจัดให้มีการให้บริการน้ำและสบู่สำหรับล้างมือพร้อมใช้งาน ร้อยละ ๙๒.๓ และจัดให้มีจุดล้างมือตลอดเวลาใน รพ.สต. ร้อยละ ๙๕.๕

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า บริเวณภายในตัวอาคารโรงพยาบาลมีอ่างล้างมือ หรือจุดให้บริการล้างมือภายนอกห้องส้วม และมีน้ำ สบู่เหลวให้บริการ หรือบริเวณที่ไม่มีอ่างล้างมือจะจัดเจลแอลกอฮอล์ทดแทน และจัดให้มีจุดบริการล้างมือได้ตลอดเวลา แต่บริเวณภายนอกอาคารยังขาดจุดบริการล้างมือให้แก่ผู้ใช้บริการเพื่อใช้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร นอกจากนี้ โรงพยาบาลบางแห่งยังจัดกิจกรรมรณรงค์ เรื่อง การล้างมือ ในช่วงเดือนตุลาคมเป็นประจำทุกปี และอบรมการล้างมือให้ถูกต้องตาม ๗ ขั้นตอน และมีสติ๊กเกอร์สอนการล้างมือติดบริเวณอ่างล้างมือ

๑.๕ ด้านความสะอาดของสภาพแวดล้อม



ภาพที่ ๖ แสดงข้อมูลด้านความสะอาดของสภาพแวดล้อม จำแนกเป็นโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากภาพที่ ๖ พบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนดขั้นตอน/กระบวนการรักษาความสะอาด ร้อยละ ๙๗.๒ กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการทำมาความสะอาดของโรงพยาบาลชัดเจน ร้อยละ ๙๘.๗ และมีการให้ความรู้แก่พนักงานทำความสะอาดทุกคน ร้อยละ ๙๑.๗ ในขณะที่ รพ.สต. มีการกำหนดขั้นตอน/กระบวนการรักษาความสะอาด ร้อยละ ๙๕.๕ กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเรื่องทำความสะอาด รพ.สต. ชัดเจน ร้อยละ ๙๗.๒ และมีการให้ความรู้แก่พนักงานทำความสะอาดทุกคน ร้อยละ ๘๔.๔

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กบางแห่งไม่มีการกำหนดขั้นตอนการทำมาความสะอาดอย่างชัดเจน ส่วนมากจ้างคนงานในพื้นที่เป็นแม่บ้านทำความสะอาด และการให้ความรู้โดยการสอนงานจากเจ้าหน้าที่

๒. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานะการจัดการน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทยกับตัวชี้วัดการจัดระดับบริการด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาลและสุขอนามัยของสถานบริการสาธารณสุข (JMP service ladders for monitoring basic WASH services in health care facilities)

องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ (๒๐๑๙) ได้จัดทำตัวชี้วัดระดับความก้าวหน้าด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของสถานบริการสาธารณสุข (JMP service ladders for monitoring basic WASH services in health care facilities) (ที่มา: WHO&UNICEF, ๒๐๑๙) โดยแบ่งการให้บริการออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ บริการพื้นฐาน (Basic service) บริการแบบจำกัด (Limited service) และไม่มีบริการ (No service) ซึ่งระบุการให้บริการในแต่ละด้าน ดังนี้

๒.๑ ด้านน้ำสะอาด การจัดระดับของการให้บริการน้ำสะอาด แบ่งได้ดังนี้

ระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) หมายถึง มีบริการน้ำสะอาดผ่านการบำบัดได้คุณภาพจากโรงพยาบาลที่สามารถใช้ได้เพียงพอ

ระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) หมายถึง มีบริการน้ำสะอาดผ่านการบำบัดอยู่ในระยะไม่เกิน ๕๐๐ เมตร แต่ยังมีบางประเด็นไม่ถึงระดับพื้นฐาน

ระดับไม่มีบริการ (No service) หมายถึง น้ำที่ถูกนำมาจากแหล่งน้ำดิบที่ไม่มีระบบการป้องกันหรือน้ำที่ผ่านการบำบัดแต่ห่างไกลจากโรงพยาบาลเกิน ๕๐๐ เมตร รวมทั้งโรงพยาบาลที่ไม่มีแหล่งน้ำใช้เลย

ผลการวิเคราะห์จัดระดับการให้บริการน้ำสะอาด พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดการน้ำสะอาดผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๕๙.๕ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๔๐.๕ และ รพ.สต. มีการจัดการน้ำสะอาดในระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๑๙.๒ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๘๐.๔ และระดับไม่มีบริการ (No service) ร้อยละ ๐.๔

๒.๒ ด้านสุขาภิบาล การจัดระดับของการให้บริการด้านสุขาภิบาล แบ่งได้ดังนี้

ระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) หมายถึง มีการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลในโรงพยาบาล โดยอย่างน้อยต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับเจ้าหน้าที่อย่างน้อย ๑ แห่ง มีห้องน้ำแยกเพศ พร้อมจัดให้มีถังสำหรับทิ้งผ้าอนามัยในห้องน้ำหญิง อย่างน้อย ๑ แห่ง และห้องน้ำสำหรับผู้พิการ/ผู้ชรา/ผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๑ แห่ง

ระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) หมายถึง มีการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลในโรงพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งแต่ไม่ได้ครบตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

ระดับไม่มีบริการ (No service) หมายถึง ห้องส้วมไม่มีการปรับปรุง (ส้วมหลุม ส้วมซึม ส้วมแบบไม่มีฐานรอง) หรือไม่มีส้วมเลย

ผลการวิเคราะห์จัดระดับการให้บริการด้านสุขาภิบาล พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดการด้านสุขาภิบาลผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๗๔.๖ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๒๕.๔ และ รพ.สต. มีการจัดการด้านสุขาภิบาลผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๔๕.๒ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๕๔.๘

๒.๓ ด้านการจัดการมูลฝอย การจัดระดับของการให้บริการด้านการจัดการมูลฝอย แบ่งได้ดังนี้

ระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) หมายถึง มูลฝอยทางการแพทย์ มีการคัดแยกทิ้งอย่างปลอดภัยโดยคัดแยกในถัง อย่างน้อย ๓ ประเภท และของมีคม และมูลฝอยติดเชื้อมีการบำบัด และกำจัดอย่างถูกสุขลักษณะ

ระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) หมายถึง มีข้อจำกัดในการคัดแยก การบำบัด และกำจัดมูลฝอยทางการแพทย์ ทั้งของมีคมและมูลฝอยติดเชื้อ โดยไม่มีการจัดการครบถ้วนตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

ระดับไม่มีบริการ (No service) หมายถึง ไม่มีการแยกถังทิ้งของมีคม หรือมูลฝอยติดเชื้อ และถังของมีคมและหรือมูลฝอยติดเชื้อไม่มีการบำบัด/กำจัดอย่างถูกสุขลักษณะแต่อย่างใด

ผลการวิเคราะห์จัดระดับการให้บริการด้านมูลฝอย พบว่า โรงพยาบาล มีการจัดการมูลฝอยผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๙๘.๘ อยู่ในระดับมีข้อจำกัดต่อการให้บริการ ร้อยละ ๑.๒ ส่วน รพ.สต. มีการจัดการมูลฝอยผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๙๖.๘ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๓.๒

๒.๔ ด้านสุขลักษณะ การจัดระดับของการให้บริการด้านสุขลักษณะ แบ่งได้ดังนี้

ระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) หมายถึง มีการให้บริการที่ล้างมือ พร้อมอุปกรณ์ล้างมือ คือ น้ำสะอาด และสบู่ หรือแอลกอฮอล์ โดยจัดบริการในจุดบริการผู้ป่วย และในระยะ ๕ เมตรจากห้องส้วม

ระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) หมายถึง การให้บริการที่ล้างมือ พร้อมอุปกรณ์ล้างมือ คือ น้ำสะอาด และสบู่ หรือแอลกอฮอล์ โดยจัดบริการในจุดบริการผู้ป่วย หรือในระยะ ๕ เมตรจากห้องส้วมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ระดับไม่มีบริการ (No service) หมายถึง ไม่มีบริการที่ล้างมือและไม่มีอุปกรณ์ล้างมือในห้องส้วมและจุดบริการผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์จัดระดับการให้บริการสุขลักษณะ พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดการด้านสุขอนามัยผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๙๔.๑ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๕.๒ และไม่มีบริการ (No service) ร้อยละ ๐.๗ และ รพ.สต. มีการจัดการด้านสุขอนามัยผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๙๒.๓ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๗.๓ และระดับไม่มีบริการ (No service) ร้อยละ ๐.๔

๒.๕ ด้านความสะอาดของสภาพแวดล้อม การจัดระดับของการให้บริการด้านการทำความสะอาด แบ่งได้ดังนี้

ระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) หมายถึง มีการกำหนดแนวทางการทำความสะอาดอย่างชัดเจน และเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดทุกคนได้รับการอบรม หรือให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาด

ระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) หมายถึง มีการกำหนดแนวทางการทำความสะอาดแต่เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดเพียงบางคนเท่านั้นที่ได้รับการอบรมหรือให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาด

ระดับไม่มีบริการ (No service) หมายถึง ไม่มีการกำหนดแนวทางการทำความสะอาดและไม่มีการอบรมหรือให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดแก่เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดเลย

ผลการวิเคราะห์จัดระดับการให้บริการด้านความสะอาดของสภาพแวดล้อม พบว่า โรงพยาบาลมีการทำความสะอาดผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๙๐.๕ อยู่ในระดับมีข้อจำกัดต่อการให้บริการ ร้อยละ ๗.๘ และไม่มีบริการจัดการ ร้อยละ ๑.๗ และ รพ.สต. มีการจัดการด้านทำความสะอาดผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๘๒.๘ อยู่ในระดับบริการแบบจำกัด (Limited service) ร้อยละ ๑๔.๔ และไม่มีบริการ (No service) ร้อยละ ๒.๘

การอภิปรายผลการศึกษา พบว่า ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจการจัดบริการด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของสถานบริการสาธารณสุขสุขทั่วโลก^(๗) เมื่อปี ค.ศ.๒๐๒๐ ซึ่งจัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund ; UNICEF) (๒๐๒๐) (Global Progress Report on WASH in Health care facilities) พบว่า สถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีการจัดการน้ำสะอาดผ่านบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๘๘ การจัดการด้านสุขาภิบาลผ่านบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๖๑ การจัดการด้านสุขอนามัยผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๙๓ การจัดการด้านการทำความสะอาด

สะอาดผ่านระดับบริการพื้นฐาน (Basic service) ร้อยละ ๘๗ ยกเว้นข้อมูลด้านการจัดการมูลฝอยที่ยังไม่มีข้อมูลของประเทศไทย เนื่องจากไม่มีข้อมูลการสำรวจของประเทศไทยในรายงานฉบับนี้

๑๐. การนำไปใช้ประโยชน์

๑๐.๑ ใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อการรายงานข้อมูลสถานการณ์ WASH ของประเทศ และเปรียบเทียบสถานะเพื่อรายงานสถานการณ์ระดับโลก รวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล WASH กับนานาชาติได้

๑๐.๒ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง การขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาล น้ำสะอาด และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวต่อไป

๑๑. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค (ที่เป็นปัญหายุ่งยากของผู้ดำเนินการ)

๑๑.๑ ผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุขอาจยังไม่ให้ความสำคัญขาดความเข้าใจในข้อคำถามของแบบสอบถาม และยิ่งขาดความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในข้อคำถามบางประเด็น ซึ่งทำให้ข้อมูลอาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริงของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นช่องว่าง (gap) ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงควรจัดทำคู่มือคำแนะนำการตอบแบบสอบถาม เพื่ออธิบายและชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ตอบแบบสอบถามให้เข้าใจถึงสาระสำคัญของข้อคำถามในแต่ละประเด็น ก่อนทำการตอบแบบสอบถาม ทำให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับมีความถูกต้อง ครบถ้วนและตรงประเด็น ช่วยลดการสูญหายของข้อมูล (Missing Data) ที่เกิดจากความไม่เข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลให้ขาดข้อมูลสำคัญได้

๑๑.๒ ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามฯ โดยการใช้รูปแบบออนไลน์ หรือ Google form เนื่องจากไม่สามารถตรวจทานความถูกต้องข้อมูลทั้งหมดก่อนส่งแบบสอบถามได้ จึงต้องปรับรูปแบบ ช่องทางของวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในรูปแบบออนไลน์อื่น ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถทวนสอบคำตอบก่อนการส่งข้อมูลทุกครั้ง เพื่อลดความผิดพลาดของข้อมูลการตอบแบบสอบถาม

๑๒. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

๑๒.๑ ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

๑) ข้อเสนอแนะเชิงประเด็นสำหรับการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข ควรพัฒนายกระดับการให้บริการด้านน้ำสะอาด และด้านสุขาภิบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งทั้งสองประเด็นยังอยู่ในระดับการให้บริการแบบจำกัด (Limited service) เนื่องจากการบริการด้านน้ำสะอาดของ รพ.สต. ยังไม่เพียงพอ ถึงแม้จะมีบริการน้ำสะอาดผ่านการปรับปรุงอยู่ในระยะไม่เกิน ๕๐๐ เมตร และด้านสุขาภิบาลของ รพ.สต. ยังขาดการให้บริการอย่างหนึ่งซึ่งไม่ได้ครบตามเกณฑ์การให้บริการระดับพื้นฐาน ได้แก่ การจัดให้มีห้องส้วมสำหรับเจ้าหน้าที่อย่างน้อย ๑ แห่ง มีห้องน้ำแยกเพศ พร้อมจัดให้มีถังสำหรับทิ้งผ้าอนามัยในห้องน้ำหญิง อย่างน้อย ๑ แห่ง และต้องมีห้องน้ำสำหรับผู้พิการ/ผู้ใช้รถเข็น/ผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๑ แห่ง โดยมอบหมายให้กรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง คือ กรมอนามัยในฐานะเป็นหน่วยงานระดับประเทศที่มีหน้าที่อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (National Lead Authority) จัดทำคู่มือวิชาการ ชุดข้อมูล องค์ความรู้ เรื่อง แนวทางการจัดบริการด้านสุขาภิบาล และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาและยกระดับการดำเนินงานด้านน้ำสะอาด และด้านสุขาภิบาลของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น และควรพัฒนาระบบเฝ้าระวัง (Surveillance) และระบบฐานข้อมูล (Platform) เรื่องน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวัง มาวิเคราะห์ สังเคราะห์

และใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดทำแผนงาน/โครงการ ค่าของงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับพื้นที่เป้าหมาย หรือสถานบริการการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสากล และสามารถทำให้เทียบข้อมูลการจัดบริการฯ กับระดับสากลได้

๒) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวต่อไป และเร่งพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการการสาธารณสุข และขอความร่วมมือหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขที่มีโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนใหญ่ที่ควบคุมกำกับสถานบริการการสาธารณสุขเป้าหมาย เพื่อเป็นหน่วยงานร่วมดำเนินการเก็บข้อมูลจากสถานบริการการสาธารณสุขในสังกัดของตนเอง และขยายกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้มีความครอบคลุมสถานบริการการสาธารณสุขทุกแห่ง และควรมีการดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี เพื่อจะใช้เป็นแหล่งอ้างอิงฐานข้อมูล (Baseline data) ด้านน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในสถานบริการการสาธารณสุขของประเทศไทย และใช้เป็นข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ WASH ของระดับพื้นที่เพื่อการจัดการให้ทันต่อสถานการณ์ และหน่วยงานส่วนกลางมีข้อมูลในการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของประเทศตามตัวชี้วัดของเป้าหมายตามวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑๒.๒ ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อจัดทำฐานข้อมูลการจัดการสุขาภิบาล น้ำสะอาด และสุขอนามัยของสถานบริการการสาธารณสุขของประเทศไทย และประมวลผลข้อมูล Dash Board แบบ Real Time เพื่อแสดงสถานะของประเทศไทยและเทียบเคียงกับผลการดำเนินงานกับนานาประเทศ

๒) ควรจัดทำคู่มือแนะนำการตอบแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ตอบแบบสอบถาม ก่อนการตอบแบบสอบถาม และลดข้อมูลสูญหาย (Missing Data) และควรเพิ่มข้อคำถาม เรื่อง การบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสียของสถานบริการการสาธารณสุข (กรณีที่มีหน่วยงานมีระบบบำบัดน้ำเสีย)

๑๓. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งที่สนับสนุนข้อมูล นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) และเจ้าหน้าที่สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม และสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จนทำให้การศึกษาครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

๑๔. เอกสาร/เว็บไซต์อ้างอิง

๑. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. ๒๐๑๔ Jun ๑;๒(๖):e๓๒๓-๓๓.
๒. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. ๒๐๑๑ Jan ๑๕; ๓๗๗(๙๗๖๑):๒๒๘-๔๑.
๓. WHO | No end to cholera without basic water, sanitation and hygiene [Internet]. WHO. [cited ๒๐๑๙ Jul ๑]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/๙๖/๖/๑๘-๒๑๓๖๗๘/en/>
๔. WASH in health care facilities: Global Baseline Report ๒๐๑๙[Internet]. World Health Organization (WHO) and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). [cited ๒๐๑๙ Jul ๕]. Available from: <https://washdata.org/report/jmp-๒๐๑๙-wash-hcf>
๕. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แจกข้อมูลจำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพ. ๒๕๖๑.
๖. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. ๑๙๗๐ Sep ๑;๓๐(๓):๖๐๗-๑๐.
๗. Global Progress Report on WASH in Health care facilities [Internet]. World Health Organization (WHO) and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). [cited ๒๐๒๒ Dec ๒๔]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/๙๗๘๙๒๔๐๐๑๗๕๔๒>