

การวิจัยประเมินผลโครงการการพัฒนาสิ่งแวดล้อมประเทศไทย

มลฤดี นนทเกียรติกุล
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลโครงการการพัฒนาสิ่งแวดล้อมประเทศไทย วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของโครงการ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อยกระดับมาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทยให้อยู่ในระดับสากล ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามหน่วยงานภาคีเครือข่าย 89 แห่งทั่วประเทศ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทบทวนเอกสารมาตรฐาน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การจัดการสิ่งแวดล้อมในต่างประเทศ นโยบายการพัฒนาประเทศและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการวิเคราะห์ SWOT-TOWS โดยแบบสอบถามประเมินตามโมเดล CIPP ครอบคลุม 4 ด้าน คือ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product)

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 29 - 44 ปี (Gen Y) การศึกษาระดับปริญญาตรี และดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข โดยความคิดเห็นต่อโครงการทุกด้านอยู่ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ยรวม 3.75) ด้านบริบทได้คะแนนสูงสุด (เฉลี่ย 3.99) สะท้อนความสอดคล้องกับกฎหมายและความจำเป็นของการดำเนินงานโครงการ ด้านปัจจัยนำเข้ามีคะแนนต่ำสุด (เฉลี่ย 3.65) เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร ส่วนด้านกระบวนการและผลผลิตได้รับการประเมินว่าเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยประเภทสิ่งแวดล้อมที่ควรพัฒนาเร่งด่วน 3 อันดับแรก ได้แก่ สถานียขนส่ง สถานที่ท่องเที่ยว และตลาดสด

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ตามแผนงานโครงการในปีงบประมาณ 2566 สิ่งแวดล้อมทุกประเภทผ่านเกณฑ์ HAS มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 76.91 สูงกว่าเป้าหมายตัวชี้วัดซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 75 แต่ยังมีสิ่งแวดล้อม 6 ประเภท มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย การเปรียบเทียบกับมาตรฐานต่างประเทศพบช่องว่างด้านเทคโนโลยี การบังคับใช้ Universal Design การกำหนดรายละเอียดเชิงเทคนิคการออกแบบเพื่อทุกคน และขาดระบบประเมินเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับสุขลักษณะ ความปลอดภัย การเข้าถึง และสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ จึงควรปรับปรุงเกณฑ์ HAS ให้สอดคล้องกับกฎหมายทุกฉบับ การเชื่อมโยงกับนโยบายและ SDGs พบความสอดคล้องในหลายเป้าหมาย แต่ยังคงขาดกลไกการติดตามและการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วถึงทั้งประเทศ การวิเคราะห์ SWOT ชี้ให้เห็นจุดแข็งด้านมาตรฐานและความตระหนักรู้ของประชาชน แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และระบบประเมินยังเป็นอุปสรรค ขณะที่โอกาสมาจากความร่วมมือภาคเอกชน การเติบโตด้านการท่องเที่ยว และเทคโนโลยีสมัยใหม่

มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ การบังคับใช้มาตรฐาน Universal Design และ Inclusive Design ในทุกพื้นที่สาธารณะ จัดทำแผนแม่บทการพัฒนาสังคมสาธารณะแห่งชาติ ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ-เอกชน (PPP/CSR) กำหนดให้สังคมสาธารณะเป็นองค์ประกอบในผังเมือง ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การพัฒนา มาตรฐานสังคมสาธารณะระดับองค์กรและพัฒนาและปรับปรุงเกณฑ์ HAS ให้มีความสอดคล้องกับข้อกำหนดทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การจัดระบบติดตามและประเมินผลแบบดิจิทัล การฝึกอบรมผู้ดูแลและผู้ประเมินอย่างต่อเนื่อง และการรณรงค์สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสาธารณะของสังคมผ่านสื่อสมัยใหม่ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม ลดความซ้ำซ้อน และสร้างความยั่งยืน

สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป ควรขยายการวิจัยในมิติของประชาชนและผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ส้วม ความพึงพอใจ ความต้องการ และผลลัพธ์ด้านการลด ความเสี่ยงต่อโรคติดต่อ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนามาตรฐานและนโยบายที่สอดคล้องกับความเป็นจริง มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สังคมสาธารณะ, มาตรฐาน HAS, การวิจัยประเมินผล

บทนำ

ส้วมเป็นปัญหาพื้นฐานที่สำคัญทางด้านการสุขาภิบาลของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้เริ่มดำเนินการการมีและใช้ส้วมอย่างจริงจังตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2503 โดยมีจุดมุ่งหมาย ดำเนินการปรับปรุงการสุขาภิบาลหมู่บ้านในชนบท เพื่อลดอัตราป่วยและตายของประชาชนในชนบท อันมีสาเหตุเนื่องจากโรกระบบทางเดินอาหาร ต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับเป้าหมายการดำเนินงานให้ ประชาชนในประเทศไทยมีส้วมถูกหลักสุขาภิบาลครอบคลุมครัวเรือนจนถึงปี พ.ศ. 2542 พบว่า มีส้วมถูกหลักสุขาภิบาลครอบคลุมครัวเรือนร้อยละ 98.1 จนกระทั่งปี พ.ศ. 2553 ในการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁾ พบว่า ครัวเรือนไทยมีส้วมถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 99.8

ด้วยวิถีชีวิตของคนไทยในปัจจุบันประชาชนมีการเดินทางติดต่อสื่อสารทั้งเพื่อการประกอบอาชีพ การศึกษา และการท่องเที่ยว ประชาชนใช้เวลาอยู่ภายนอกบ้านมากขึ้น การใช้ส้วมสาธารณะในสถานที่ต่างๆ เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จากการสำรวจส้วมสาธารณะทั่วประเทศของกรมอนามัย พบว่า ส้วม สาธารณะมีปัญหาเรื่องความสกปรก กลิ่นเหม็น การทำความสะอาดที่ไม่ดีพอ และการชำระของถังเก็บกัก สิ่ง ปฏิกูล ทำให้เป็นแหล่งก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ส่งผลกระทบต่อผู้ใช้บริการและประชาชน ใกล้เคียง อีกทั้งอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจ ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ดีของ ประเทศไทย จึงได้ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่มีความเห็นสอดคล้องกันขับเคลื่อนการพัฒนาส้วม สาธารณะไทยให้เกิดผลโดยจัดทำแผนแม่บทพัฒนาส้วมสาธารณะไทย 3 ระยะ คือ แผนแม่บทพัฒนาส้วม สาธารณะไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ.2549 - 2551) เน้นพัฒนาในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเพื่อให้ ประชาชนและนักท่องเที่ยวต่างชาติได้ใช้ส้วมที่สะอาด และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ เป็นส้วมมาตรฐานที่ผู้ที่ต้องใช้เก้าอี้รถเข็น (Wheel Chair) เข้าไปใช้บริการได้ กลุ่มของเด็ก และเยาวชนได้เข้าถึงการใช้ส้วมโรงเรียนที่สะอาดและมีพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะที่ถูกต้อง⁽²⁾ แผนแม่บท พัฒนาส้วมสาธารณะไทย ระยะที่ 2 (พ.ศ.2552 - 2555) มุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อการอำนวยความสะดวกในการ เดินทางของประชาชนให้ประชาชนได้ใช้ส้วมที่สะอาดได้มาตรฐานระหว่างเดินทางทั้งทางบกและทาง อากาศและการใช้ส้วมตามสถานที่ที่ใช้ชีวิตประจำวันนอกบ้าน และมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลัก สุขาภิบาล⁽³⁾ และแผนแม่บทพัฒนาส้วมสาธารณะไทย ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2556-2559) มุ่งเน้นให้สอดคล้องกับ โครงสร้างประชากรไทยที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ อายุไขเฉลี่ยมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเดินทาง และใช้ชีวิตนอกบ้านมากขึ้น จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมรองรับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น จึงมุ่งเน้น สนับสนุนให้ส้วมสาธารณะมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มีส้วมแบบนั่งราบพร้อมราวจับเพื่อ ช่วยพยุงเวลานั่งและลุกขึ้นไว้บริการให้มีเพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾ โดยผลการขับเคลื่อนแผนแม่บทฯ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึง ระยะที่ 3 ทำให้ส้วมสาธารณะใน 12 กลุ่มเป้าหมาย พัฒนาได้ตามมาตรฐานความสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ร้อยละ 71.04 มีการกำหนดมาตรฐานส้วมสาธารณะ (HAS) เน้น 3 ประเด็น คือ สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย โดยขับเคลื่อนงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในสถานที่ต่างๆ 12 ประเภท ซึ่ง

ประชาชนใช้มากที่สุด คือ สถานที่ราชการ สถานศึกษา โรงพยาบาล ตลาดสด แหล่งท่องเที่ยว ร้านจำหน่ายอาหาร แหล่งท่องเที่ยว สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง สวนสาธารณะ ห้างสรรพสินค้า/ศูนย์การค้า สถานีขนส่งทางบก/ทางอากาศ และสัอมริมทาง เพื่อกำหนดกรอบทิศทางการขับเคลื่อนการทำงานของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และแผนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง กรมอนามัยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) เพื่อนำมากำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ ให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์และความท้าทายในปัจจุบัน และการขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) กำหนดค่าเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุข เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ของทุกปี⁽⁵⁾

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วงปี 2562 ถึงปัจจุบัน ทำให้เห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจากห้องสุขาสาธารณะซึ่งมีประชาชนใช้บริการร่วมกัน รวมถึงความเสี่ยงเกิดโรคอื่นๆ ที่เกิดจากห้องสุขาสาธารณะ โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากการสัมผัสอุปกรณ์ หรือสุขภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในห้องสุขา เช่น โรคติดต่อทางการสัมผัสโดยตรง ได้แก่ โรคตาแดง โรคเชื้อรา แผลอักเสบที่ผิวหนัง โรคระบบทางเดินปัสสาวะหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน⁽⁶⁾ และในอนาคตอาจมีการเผชิญกับโรคระบาดอุบัติใหม่ รวมถึงการที่ห้องสุขาสาธารณะมีจำนวนที่มากขึ้น มีการเพิ่มประเภทมากกว่า 12 ประเภท โดยปัจจุบันมีข้อมูลสาธารณสุขทั้ง 12 ประเภท จำนวน 209,370 แห่ง ซึ่งทำให้การตรวจประเมินรายแห่งในรูปแบบเดิมทำได้ล่าช้า จึงมีคำถามว่าการดำเนินโครงการการพัฒนาสาธารณสุขนั้น ยังเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาก่อให้เกิดผลลัพธ์ ด้านใดบ้าง และควรจะมีการปรับปรุงหรือพัฒนาโครงการอย่างไร และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านใดบ้าง และควรจะมีการปรับปรุงหรือพัฒนาโครงการอย่างไร

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินผลโครงการการพัฒนาสาธารณสุขไทย ของกรมอนามัย
2. เพื่อค้นหาปัจจัยในการปรับปรุงโครงการการพัฒนาสาธารณสุขไทย ของกรมอนามัย
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายโครงการการพัฒนาสาธารณสุขไทย

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method research) ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้โมเดลการประเมินผลโครงการ CIPP Model ของสตีฟเฟิลปิม เป็นกรอบกำหนดประเด็นการประเมินผล มีวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการการพัฒนาสามสาธารณะไทย ค้นหาปัจจัยในการปรับปรุงโครงการฯ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายโครงการการพัฒนาสามสาธารณะไทย ดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประมวลผลการศึกษาตามวิธีทางสถิติ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลการจัดการสามสาธารณะทั้งในและต่างประเทศ ข้อมูลสถานการณ์ ความเสี่ยงการปนเปื้อนเชื้อโรคในสามสาธารณะ นโยบายการพัฒนาสามและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กฎหมายและแนวทางการจัดการสามสาธารณะ เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคเพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการพัฒนาโครงการฯ

ประชากร เป็นผู้รับผิดชอบโครงการการพัฒนาสามสาธารณะไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย 76 คน ผู้รับผิดชอบโครงการของศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง จำนวน 13 คน เนื่องจากกลุ่มประชากรมีจำนวนจำกัด และมีขนาดประชากรที่สามารถสำรวจข้อมูลได้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยใช้จำนวนประชากร โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการวิจัยในพื้นที่เป้าหมายทุกจังหวัด และดำเนินวิจัยฯ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลปฐมภูมิ

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและตรวจสอบความเหมาะสมของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้วิธีการส่งแบบสอบถามอย่างเป็นทางการ โดยมีหนังสือนำส่งจากกรมอนามัย ถึงหัวหน้าหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม พร้อมแนบ QR Code แบบสอบถาม เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประมวลผลการศึกษาตามวิธีทางสถิติต่อไป

2. ข้อมูลทุติยภูมิ

เก็บรวบรวมจากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย การจัดการสามสาธารณะทั้งในและต่างประเทศ ข้อมูลสถานการณ์ ความเสี่ยงการปนเปื้อนเชื้อโรคในสามสาธารณะ นโยบายการพัฒนาสามและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสามสาธารณะ หลักการ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการ รูปแบบการประเมินโครงการโดยใช้แบบซีพี (CIPP Model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ศึกษาใช้การประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
สถิติ t – Test สถิติความแปรปรวนทางเดียว (f-Test หรือ One – Way ANOVA)
สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ตามใบรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย 647/2566 วันที่พิจารณารับรอง 29 สิงหาคม 2566 และได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากแหล่งข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสาร

1) ด้านแผนงานและกิจกรรมโครงการการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย พบว่าในปีงบประมาณ 2566 มีการตั้งเป้าหมายร้อยละ 75 และสามารถดำเนินการร้อยละ 76.91 ซึ่งถือว่าบรรลุตามเป้าหมาย ผลการประเมินรายประเภท พบว่ายังมีประเภทสิ่งแวดล้อมที่มีผลประเมิน ต่ำกว่าค่าเป้าหมายถึง 6 ประเภท ได้แก่ ศาสนสถาน โรงเรียน ตลาดสด สถานีขนส่ง สวนสาธารณะ และสถานที่ท่องเที่ยว ช่องว่าง (Gap) สำคัญของแผนงาน ได้แก่ จำนวนกิจกรรมน้อย งบประมาณจำกัด ขาดการเน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ระบบประเมินยังไม่ดีพอ จึงควรเพิ่มกิจกรรม งบประมาณ และพัฒนาเทคโนโลยีประเมินผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

2) ด้านการเปรียบเทียบมาตรฐานกับต่างประเทศ พบว่าประเทศไทยมีแนวทางเบื้องต้นที่ดีภายใต้มาตรฐาน HAS แต่ยังคงต้องประกอบสำคัญด้านเทคโนโลยี การออกแบบเพื่อความเท่าเทียม และระบบประเมินคุณภาพเชิงรุก จึงควรพัฒนาแนวทางให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และส่งเสริมภาพลักษณ์ของประเทศในเวทีโลก โดยยังมีช่องว่าง (Gap) หลายประเด็นหลักที่ควรพัฒนา ดังนี้

- ความสะอาด ไทยมีเกณฑ์ด้านความสะอาดแต่ยังไม่มีระบบตรวจสอบแบบเรียลไทม์ เช่น Smart Toilet เหมือนสิงคโปร์หรืออังกฤษ ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะ เช่น กล้อง AI ระบบตรวจจับกลิ่น และแอปแจ้งเตือน

- ความเพียงพอและการเข้าถึง แม้มีห้องน้ำคนพิการ แต่ไทยยังไม่บังคับใช้ Universal Design และไม่มีห้องน้ำครอบครัวควรกำหนด Universal Design และ Family Toilet เป็นมาตรฐานบังคับ
- ความปลอดภัย ไทยยังไม่รวมรายละเอียดเชิงเทคนิค เช่น ขนาดประตู ราวจับ เหมือนมาตรฐาน ADA (สหรัฐฯ) หรือ BS 8300 (อังกฤษ) ควรบูรณาการมาตรฐานวิศวกรรมความปลอดภัยในมาตรฐานร่วมไทย
- การออกแบบเพื่อทุกคน (Inclusive Design) ไทยยังไม่มีแนวทางเฉพาะสำหรับร่วมแบบ All-Gender หรือ Unisex Restroom ควรจัดทำคู่มือออกแบบร่วมแบบ Inclusive และส่งเสริมร่วมที่รองรับทุกเพศ
- การบำรุงรักษาและประเมินคุณภาพ ไม่มีระบบอบรมผู้ดูแลหรือประเมินคุณภาพซ้ำแบบต่อเนื่อง เช่น Star Rating ของสิงคโปร์ ควรอบรมผู้ดูแลร่วมและประเมินคุณภาพตามรอบเวลา
- การมีส่วนร่วมของสังคม ไทยยังขาดองค์กรกลางส่งเสริมความร่วมมือภาคประชาชนและเอกชนควรจัดตั้ง “สมาคมร่วมไทย” เพื่อขับเคลื่อนความร่วมมือแบบมีส่วนร่วม

3) ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการร่วมสาธารณะไทย พบว่าประเทศไทยมีการตรากฎหมายและกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการจัดการร่วมสาธารณะหลายฉบับ กฎหมายเหล่านี้มีบทบัญญัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับสัญลักษณ์ ความปลอดภัย การเข้าถึง และสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ โดยเฉพาะในด้านเทคนิค เช่น ปริมาณแสง ความชันของทางลาด ขนาดประตู ระยะหมุนของรถเข็น และการระบายอากาศ ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานร่วมสาธารณะ (HAS) ได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรปรับปรุงเกณฑ์ HAS ให้สอดคล้องกับกฎหมายทุกฉบับ เพื่อให้สามารถใช้ประเมินและยกระดับคุณภาพร่วมสาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม เกิดความชัดเจนทางเทคนิค ความเป็นธรรมทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการในระยะยาว

4) ด้านความเชื่อมโยงการพัฒนาร่วมสาธารณะต่อนโยบายการพัฒนาประเทศและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) พบว่า มาตรฐานร่วมสาธารณะไทย (HAS) มีความเชื่อมโยงกับนโยบายระดับชาติ เช่น ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี, แผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 13, แผนท่องเที่ยว, แผนอนามัยสิ่งแวดล้อม, และ SDGs โดยเฉพาะเป้าหมายย่อย SDG 3.3, 3.8, 3.d, 6.2 และ 11.1 ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ การขาดรายละเอียดเชิงโครงสร้างที่รองรับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุและผู้พิการ การไม่มีระบบติดตามและประเมินคุณภาพร่วมในแหล่งท่องเที่ยว ขาดกลไกบังคับใช้ในระดับท้องถิ่น และไม่มีการเชื่อมโยงกับงบประมาณหรือแรงจูงใจ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการเข้าถึงร่วมในพื้นที่ห่างไกล การขาดแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน และการไม่บรรจุเรื่องร่วมสาธารณะไว้ในผังเมืองหรือแผนพัฒนาเมืองอย่างเป็นทางการ

ทางการ ช่องว่างเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสังคมสาธารณะยังต้องการการยกระดับในเชิงนโยบาย โครงสร้างพื้นฐาน และกลไกบริหารจัดการ เพื่อให้ตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

5) ด้านการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและกลยุทธ์การพัฒนาสังคมสาธารณะไทย พบว่า โครงการมีมาตรฐานสังคมสาธารณะของไทย (HAS) ที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานต่าง ๆ มีการใช้งานอย่างต่อเนื่อง และมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ อีกทั้งประชาชนให้ความสำคัญกับสุขอนามัยมากขึ้น โดยเฉพาะหลังการแพร่ระบาดของ Covid 19 ซึ่งเอื้อให้เกิดการสนับสนุนจากสังคมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดอ่อนที่สำคัญ เช่น ข้อจำกัดด้านงบประมาณ โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่ไม่แสวงหาผลกำไร เช่น วัด โรงเรียน และสถานที่ราชการ รวมถึงระบบประเมินคุณภาพสังคมที่ยังไม่สะดวกต่อผู้ใช้งาน และจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการดำเนินการทั่วประเทศ ในด้านโอกาสมีแนวโน้มที่เอื้อต่อการพัฒนา เช่น ความร่วมมือจากภาคเอกชน และองค์กรเพื่อสังคม การเติบโตของภาคการท่องเที่ยว ความสอดคล้องกับเป้าหมาย SDGs แนวโน้มสลับแบบ Universal Design และเทคโนโลยีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในขณะเดียวกันอุปสรรคที่ต้องเผชิญ ได้แก่ พื้นที่ในเมืองที่จำกัด ไม่สามารถพัฒนาสังคมเพิ่มได้ง่าย ความไม่เป็นเอกภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และความเหลื่อมล้ำด้านศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การยกระดับคุณภาพสังคมในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน จากการเชื่อมโยงปัจจัยเหล่านี้ สามารถกำหนดแนวทางกลยุทธ์ที่เหมาะสม เช่น การใช้จุดแข็งของมาตรฐาน HAS ดึงดูดภาคเอกชนเข้าร่วมพัฒนา การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้งาน การออกแบบแนวทางที่ยืดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่ รวมถึงการจัดทำระบบประเมินออนไลน์และแนวทางขั้นต่ำเพื่อแก้ไขข้อจำกัดในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน และประชาชน พร้อมจัดตั้งเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชนเพื่อร่วมกันดูแลคุณภาพสังคม ตลอดจนการผลักดันให้สังคมสาธารณะเป็นวาระสำคัญในการพัฒนาเมืองและสุขาภิบาลของประเทศอย่างยั่งยืน

2. สรุปผลการวิจัยจากแบบสอบถาม

จากการวิเคราะห์แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 89 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มอายุ Gen Y (อายุ 29 – 44 ปี) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี และดำรงตำแหน่งนักวิชาการ ผู้รับผิดชอบโครงการ โดยสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นส่วนใหญ่

สรุปผลการประเมินความคิดเห็นตามโมเดล CIPP ในการประเมินความคิดเห็นต่อโครงการการพัฒนาสังคมสาธารณะไทยตามโมเดล CIPP ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามประเมินทุกด้านอยู่ในระดับ "มาก" และผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด

1) ด้านบริบท (Context) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมีความจำเป็นต่อการพัฒนาพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทของการเจริญเติบโตของเมือง และเห็นว่าเกณฑ์การประเมินมีความครอบคลุมตามกฎหมาย โดยรวมด้านบริบทได้รับการประเมินอยู่ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ยรวม 3.99, S.D. = 0.70) แสดงให้เห็นว่าโครงการมีความจำเป็นและเหมาะสมกับสภาพการพัฒนาเมือง โดยเฉพาะในเรื่องความครอบคลุมของเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในบทบาทของโครงการต่อการยกระดับสุขภาพในพื้นที่ยัง

2) ด้านนำเข้า (Input) ด้านนี้สะท้อนถึงความพร้อมของหน่วยงาน ทั้งในด้านบุคลากรและข้อมูล โดยผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยงานมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถ และมีจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับภาระงาน อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและทรัพยากรที่ยังไม่เพียงพอ โดยรวมด้านนำเข้าได้รับการประเมินอยู่ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ยรวม 3.65, S.D. = 0.86) หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความสามารถและเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก มีข้อจำกัดสำคัญด้านงบประมาณและทรัพยากร เช่น วัสดุและอุปกรณ์ ที่ยังไม่เพียงพอในหลายพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

3) ด้านกระบวนการ (Process) กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าโครงการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการประเมินและประชาสัมพันธ์ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความสำคัญต่อโครงการในระดับหน่วยงาน และวิธีการประเมินที่เหมาะสม โดยรวมด้านกระบวนการได้รับการประเมินอยู่ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ยรวม 3.85, S.D. = 0.77) แสดงให้เห็นว่า โครงการได้รับความสำคัญจากหน่วยงานในพื้นที่ มีระบบการบริหารจัดการประชาสัมพันธ์ และการประเมินมาตรฐานที่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับรองมาตรฐานที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าเป็นแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพของกลุ่มเป้าหมาย

4) ด้านผลผลิต (Product) ผลการประเมินด้านนี้ชี้ให้เห็นว่าโครงการมีประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมต่อประชาชน โดยเฉพาะในด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงส้วมที่สะอาด ปลอดภัย โดยรวมได้รับการประเมินอยู่ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ยรวม 3.84, S.D. = 0.81) แสดงให้เห็นว่า โครงการสามารถตอบสนองต่อวัตถุประสงค์หลัก ได้แก่ การส่งเสริมการใช้ส้วมที่สะอาดและปลอดภัยของประชาชน การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ส้วมในทิศทางที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้หน่วยงานสามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ได้ในระดับหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าประเภทส้วมที่ควรพัฒนาเร่งด่วน 3 ลำดับแรก คือ ส้วมในสถานียขนส่ง สถานีท่องเที่ยว และตลาดสด และความพึงพอใจต่อโครงการโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ย 3.75) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และหน่วยงาน พบว่าไม่มีปัจจัยใดส่งผลกระทบต่อระดับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อโครงการในแต่ละด้านของ CIPP กับความพึงพอใจ พบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความคิดเห็นด้านบริบทและภาพรวมของ CIPP มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับระดับความพึงพอใจ

ด้านข้อเสนอแนะ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสมัยใหม่ พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประเมินแบบ real-time กำหนดเป้าหมายรายปีให้ชัดเจน พร้อมฝึกอบรมผู้ตรวจประเมิน และจัดกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเสนอให้มีการ MOU ระหว่างหน่วยงานเจ้าของพื้นที่เพื่อสร้างความ

ร่วมมือ และกำหนดมาตรฐานร่วมกันเพื่อยกระดับคุณภาพสาธารณสุขไทยให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกกลุ่มประชากรในอนาคต

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยโดยใช้กรอบการประเมิน CIPP Model (Context, Input, Process, Product) เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสาธารณสุขไทย ในเชิงโครงสร้าง นโยบาย และผลกระทบเชิงพฤติกรรม พร้อมเชื่อมโยงกับงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

1) ด้านบริบท (Context) โครงการพัฒนาสาธารณสุขไทยมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะ SDG ข้อ 6.2 และ 11.1 ที่เน้นสุขาภิบาลที่เพียงพอและการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานในเขตเมือง สอดคล้องกับงานวิจัยของ World Health Organization (WHO, 2022) ที่ชี้ว่า “การมีห้องน้ำสาธารณะที่ถูกสุขลักษณะเป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญในการลดโรคติดต่อทางเดินอาหาร และการแพร่กระจายของเชื้อโรคในชุมชนเมือง” ซึ่งในบริบทไทย การพัฒนาสุขาภิบาลไม่ใช่แค่ประเด็นสุขอนามัยเท่านั้น แต่เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชน

จากความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโครงการตอบสนองต่อการขยายตัวของเมืองและความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม สะท้อนถึงความจำเป็นของโครงการในเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุธีรา (2564) ที่พบว่าการพัฒนาสุขาภิบาลต้องอ้างอิงกับแผนระดับชาติและเชื่อมโยงกับโครงการของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องทางนโยบายและการสนับสนุนระยะยาวจากทุกภาคส่วน ในมิติของกฎหมาย พบว่าประเทศไทยมีกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณสุข เช่น กฎกระทรวง สุขลักษณะ พ.ศ. 2561 กฎกระทรวงควบคุมอาคาร พ.ศ. 2551 และกฎกระทรวงสิ่งอำนวยความสะดวก พ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน HAS ยังพบช่องว่างในด้านเทคนิค เช่น ขนาดพื้นที่ห้องน้ำคนพิการ ความชันของทางลาด และการจัดแสงสว่าง ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงมาตรฐานเพื่อให้กฎหมายและมาตรฐานมีความสอดคล้องกันและสามารถบังคับใช้ได้จริง

อีกหนึ่งประเด็นสำคัญในด้านบริบทคือ การออกแบบห้องน้ำที่รองรับผู้ใช้งานทุกกลุ่ม (Universal Design และ Inclusive Design) โดยงานวิจัยของกาญจนา (2563) ระบุว่า ห้องน้ำในสถานที่สาธารณะหลายแห่งในประเทศไทยยังขาดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการออกแบบเพื่อความเท่าเทียม (Inclusive Design) ที่ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีและการเข้าถึงอย่างเสมอภาคของผู้ใช้งานทุกกลุ่ม ห้องน้ำในต่างประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร มีการบังคับใช้กฎหมาย Equality Act 2010 และแนวทางการออกแบบตามมาตรฐาน BS8300 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาห้องน้ำแบบ Changing Places และ All-Gender Toilet อย่างกว้างขวาง ขณะที่ประเทศไทยมีกฎหมาย Barrier-Free เพื่อส่งเสริมการสร้าง Multipurpose Toilet ในสถานที่สาธารณะ อาทิ สถานีรถไฟ

สวนสาธารณะ และห้างสรรพสินค้า (Department for Levelling Up, Housing & Communities, 2021; TOTO Ltd., 2020) ประเทศไทยควรกำหนด Universal Design เป็นข้อบังคับ และส่งเสริมการมีห้องน้ำแบบครอบครัว ห้องน้ำทุกเพศ และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ใช้งานพิเศษในทุกพื้นที่

2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) แม้โครงการจะมีกรอบแนวทางที่ชัดเจนและได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณและบุคลากรในกลุ่มเป้าหมายที่ไม่แสวงหาผลกำไร เช่น วัด โรงเรียน หรือพื้นที่ห่างไกล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรพงษ์ (2563) ที่ระบุว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่วนใหญ่มีงบประมาณจำกัดขาดบุคลากรเฉพาะทาง และไม่สามารถดำเนินโครงการพัฒนาอย่างทั่วถึงได้ ข้อจำกัดเหล่านี้สอดคล้องกับผลการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าด้าน Input ได้รับคะแนนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ทั้งนี้ แนวทางจากต่างประเทศ เช่น Tokyo Toilet Project ในญี่ปุ่น แสดงให้เห็นว่าการระดมทรัพยากรร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชนสามารถเป็นทางออกที่มีประสิทธิภาพ (The Nippon Foundation, 2020) โดยมีการสนับสนุนจากทั้งมูลนิธิ นักออกแบบ และภาคประชาชน ซึ่งประเทศไทยอาจนำมาเป็นต้นแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาและจัดโครงสร้างการสนับสนุนใหม่ โดยการส่งเสริมการลงทุนร่วมของภาคีทั้งภาครัฐและเอกชน

3) ด้านกระบวนการ (Process) มาตรฐาน HAS ซึ่งถูกนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาสวนสาธารณะได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า แนวทางการดำเนินงานมีความชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปใช้ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ระบบการประเมินและติดตามผลยังขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถประเมินผลแบบเรียลไทม์ และขาดแรงจูงใจในการพัฒนาต่อเนื่อง ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์ใช้ระบบ Star Rating พร้อมอบรมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมคุณภาพได้ทั่วประเทศ (Restroom Association of Singapore, 2023) และเป็นที่ยอมรับในระดับอาเซียนว่าเป็นต้นแบบของการจัดการห้องน้ำสาธารณะที่ยั่งยืน ประเทศไทยจึงควรพัฒนาระบบตรวจสอบอัตโนมัติ การประเมินออนไลน์ และพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้ใช้งาน เพื่อให้การติดตามคุณภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) ด้านผลผลิต (Product) ผลการประเมินคุณภาพสวนตามประเภทในปี 2566 พบว่าโครงการบรรลุเป้าหมายโดยรวมร้อยละ 76.91 แต่ยังมีส่วนในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น ตลาดสด วัด และสถานียขนส่งที่ได้ผลประเมินต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของงบประมาณและการออกแบบเฉพาะพื้นที่ ทั้งนี้ ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติเฉพาะประเภทสวน (Setting-Based Approach) และพัฒนาเทคโนโลยีติดตามผล เช่น QR Code Feedback หรือ Mobile Assessment Tool เพื่อยกระดับการประเมินและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และจากผลการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าให้คะแนนระดับ "มาก" ในประเด็นที่เกี่ยวกับการลดการแพร่เชื้อ การส่งเสริมการเข้าถึงสวนที่สะอาดและปลอดภัย และการป้องกันโรคจากการใช้สวนสาธารณะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ภูริรัตน์ (2562) ที่ชี้ว่า การจัดให้มีสวนสาธารณะที่ถูกลักษณะในพื้นที่ชุมชนเมืองช่วยลดอัตราการเกิดโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคอุจจาระร่วงได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก แสดงว่าโครงการได้รับการยอมรับในเชิงความรู้สึก และสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงานให้ร่วมกันพัฒนาสวนได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

จากการวิเคราะห์ทุกมิติ พบว่าเพื่อยกระดับคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้ตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง จำเป็นต้องเสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วมและการใช้เทคโนโลยีอย่างเป็นระบบ ข้อเสนอที่สำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งองค์กรกลาง เช่น "สมาคมห้องน้ำไทย" เพื่อเป็นกลไกในการประสานงานระหว่างภาคีต่าง ๆ การส่งเสริมเทคโนโลยี Smart Toilet การใช้ระบบฐานข้อมูลแบบ real-time การติดตั้ง QR Code สำหรับการประเมิน และการแจ้งเตือนอัตโนมัติ โดยสามารถพัฒนาเป็นแพลตฟอร์มแบบเดียวกับที่ประเทศสิงคโปร์และญี่ปุ่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกำกับคุณภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยแบบผสม (Mixed method research) ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้โมเดลการประเมินผลโครงการ CIPP Model ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ในระดับต่างๆ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

1) บังคับใช้มาตรฐาน Universal Design และส่งเสริม Inclusive Design

กำหนดให้การออกแบบสิ่งแวดล้อมในอาคารสาธารณะและพื้นที่บริการสาธารณะต้องรองรับผู้ใช้กลุ่มเปราะบาง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็กและผู้ดูแลเด็ก โดยควรดำเนินการผ่านการปรับปรุงกฎกระทรวงควบคุมอาคาร ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมโยธาธิการและผังเมือง และให้หน่วยงานท้องถิ่นควบคุมการอนุญาตก่อสร้าง รวมถึงส่งเสริมการออกแบบเพื่อทุกคน (Inclusive Design) ห้องน้ำที่ออกแบบมาเพื่อให้คนทุกเพศสามารถใช้งานได้อย่างเสมอภาค เท่าเทียม ไม่จำกัดเฉพาะเพศชายหรือหญิง โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัย ครอบคลุม และไม่เลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะสำหรับกลุ่ม LGBTQ+ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเด็กเล็กที่อาจต้องเข้าห้องน้ำกับผู้ปกครองต่างเพศ

2) จัดทำแผนแม่บทการพัฒนาสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ

จัดทำแผนแม่บทระดับประเทศที่กำหนดทิศทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในระยะ 5-10 ปี โดยบูรณาการกับนโยบายด้านสาธารณสุข เมืองน่าอยู่ และการท่องเที่ยว รวมถึงเชื่อมโยงกับ แผนยุทธศาสตร์ในระดับต่างๆ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เพื่อบูรณาการการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมให้หน่วยงานต่างๆ มีแผนงานและแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ลดปัญหาการบริหารแบบกระจัดกระจาย และความสับสนของการมีมาตรฐานสิ่งแวดล้อมหลายมาตรฐาน หน่วยงานหลักที่ควรดำเนินการ ได้แก่ กรมอนามัย กรมการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เป็นเจ้าของสิ่งแวดล้อมเป้าหมาย เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานพระพุทธศาสนา กรมการขนส่งทางบก เป็นต้น

3) ส่งเสริมความร่วมมือรัฐ-เอกชน

ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรเพื่อสังคมในการพัฒนาสังคมสาธารณะ โดยภาครัฐอาจดำเนินการขอรับการสนับสนุนผ่านกลไกความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility: CSR) หรือโครงการความร่วมมือแบบรัฐ-เอกชน (Public-Private Partnership: PPP) ซึ่งเป็นกลไกที่สามารถช่วยระดมทรัพยากรทั้งในด้านงบประมาณ เทคโนโลยี และบุคลากรจากภาคเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ควรเน้นการพัฒนาในพื้นที่ที่มีความต้องการสูง เช่น พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่เมือง พื้นที่ตลาด และจุดพักรถโดยสาร รวมถึงพื้นที่ห่างไกลเพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) โดยเฉพาะ เป้าหมาย SDG 6.2 ซึ่งมุ่งหมายให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขาภิบาลที่เพียงพอ ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ และเท่าเทียมภายในปี พ.ศ. 2573

ภาครัฐควรออกแบบนโยบายหรือกลไกจูงใจให้ภาคเอกชนเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาสังคมสาธารณะอย่างยั่งยืน เช่น การให้สิทธิประโยชน์ทางภาษี การสนับสนุนในรูปแบบเงินทุนสมทบ การประชาสัมพันธ์หรือมอบตราสัญลักษณ์รับรองคุณภาพแก่กิจการที่ให้การสนับสนุน การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระยะยาวที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานรัฐและเอกชน กลไกความร่วมมือในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับการพัฒนาสังคมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน เท่านั้น แต่ยังช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ของประเทศในด้านสุขาภิบาลและการท่องเที่ยวอีกด้วย

4) กำหนดให้สังคมสาธารณะเป็นองค์ประกอบในผังเมือง

กำหนดให้การจัดให้มีสังคมสาธารณะเป็นองค์ประกอบที่ชัดเจนในผังเมืองรวมและผังแม่บทจังหวัด โดยให้หน่วยงานด้านผังเมือง เช่น กรมโยธาธิการและผังเมือง ทำหน้าที่ในการเสนอหลักการและกรอบแนวคิดในการบรรจุข้อมูลเกี่ยวกับจำนวน ความหนาแน่น ตำแหน่ง และลักษณะของสังคมสาธารณะในพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ อาทิ สวนสาธารณะ สถานีขนส่ง ตลาด แหล่งท่องเที่ยว และศูนย์ราชการ เพื่อให้การจัดวางผังสอดคล้องกับหลักการด้านสุขาภิบาลและความเท่าเทียม

ในระดับท้องถิ่น ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทในการจัดทำรายละเอียดเชิงปฏิบัติ เช่น การวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดสัดส่วนจำนวนสัมพันธ์ต่อจำนวนประชากรตามบริบทของพื้นที่ และการระบุกลุ่มเป้าหมายสังคมที่ควรพัฒนาเป็นลำดับต้น เพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขาภิบาลที่ยั่งยืน โดยการบรรจุประเด็นสังคมสาธารณะไว้ในแผนผังเมืองจะเป็นการวางรากฐานเชิงโครงสร้างที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายระดับประเทศและนานาชาติอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1) พัฒนามาตรฐานร่วมสาธารณะระดับองค์กร

กำหนดแนวทางการประเมินคุณภาพร่วมสาธารณะในรูปแบบใหม่ โดยเปลี่ยนจากการประเมินเป็นรายแห่งไปสู่ การประเมินในระดับองค์กร (Organizational Toilet Standard) เพื่อให้สามารถตรวจสอบคุณภาพโดยรวมของหน่วยงานที่มีร่วมสาธารณะหลายแห่งในความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระการตรวจสอบซ้ำซ้อน และกระตุ้นให้หน่วยงานเจ้าของร่วมพัฒนาระบบบริหารจัดการของตนเองอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระด้านกำลังคนและงบประมาณของภาครัฐ

นอกจากนี้ ควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงเกณฑ์ HAS ให้มีความสอดคล้องกับข้อกำหนดทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถใช้ประเมินและยกระดับคุณภาพร่วมสาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม เกิดความชัดเจนทางเทคนิค ความเป็นธรรมทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ

2) พัฒนาระบบติดตามและประเมินคุณภาพร่วมสาธารณะแบบดิจิทัลโดยใช้กลไก มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

จัดตั้งระบบติดตามและประเมินคุณภาพร่วมสาธารณะในรูปแบบดิจิทัล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่สำคัญคือประชาชนผู้ให้บริการ เพื่อร่วมกันประเมินคุณภาพร่วมสาธารณะในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในด้านความสะอาด ความปลอดภัย การเข้าถึง และความเหมาะสมของบริการ ระบบควรออกแบบให้สามารถส่งข้อมูลผลการประเมินเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลออนไลน์แบบเรียลไทม์ และ เชื่อมโยงข้อมูลไปยังหน่วยงานเจ้าของหรือผู้ดูแลร่วมโดยตรง เช่น เทศบาล อบต. ผู้ประกอบการ หรือหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบ เพื่อให้สามารถ ดำเนินการปรับปรุง แก้ไข และตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันท่วงที ลดระยะเวลาการแก้ไขเรื่องร้องเรียน และสร้างระบบตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการควรอยู่ภายใต้การกำกับของ กรมอนามัย ซึ่งทำหน้าที่กำหนดเกณฑ์และพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพมาตรฐาน Health Accessibility and Safety (HAS) พร้อมประสานกับสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (DGA) ในการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลที่มีความปลอดภัย ใช้งานง่าย และเข้าถึงได้สำหรับทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยควรเปิดช่องทางให้ประชาชนสามารถประเมินหรือร้องเรียนได้ด้วยตนเอง ทั้งในรูปแบบแบบสอบถามออนไลน์ แอปพลิเคชัน หรือ QR Code ณ จุดให้บริการ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทในการประเมินคุณภาพ ร่วมสาธารณะจะช่วยสร้างระบบการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง กระตุ้นให้หน่วยงานเจ้าของร่วมมีความตระหนักและรับผิดชอบต่อคุณภาพบริการมากขึ้น อันจะนำไปสู่การยกระดับสุขาภิบาลของประเทศอย่างยั่งยืน

3) จัดอบรมผู้ดูแลและผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ประเมิน

ให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเนื้อหาควรครอบคลุมด้านการทำความสะอาดเชิงลึก การซ่อมบำรุงเชิงป้องกัน การให้บริการที่เหมาะสม ตลอดจนการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพผู้ดูแลและผู้ดูแลตามเกณฑ์ Health Accessibility and Safety (HAS) อย่างถูกต้อง โดยกรมอนามัยสามารถร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษาหรือหน่วยฝึกอบรมในพื้นที่ เพื่อจัดการฝึกอบรมทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานและผู้ประเมินผล

กำหนดให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ประเมินผลในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การอบรมควรจัดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันของทุกปี เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอเป็นระบบ และทุกหน่วยงานสามารถวางแผนล่วงหน้าได้

4) สื่อสารและสร้างกระแสสังคมผ่านช่องทางสมัยใหม่

วางแผนการสื่อสารเชิงรุกเพื่อ สร้างกระแสสังคมด้านสุขภาพสาธารณะ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการใช้และดูแลผู้ดูแลและผู้ดูแลอย่างถูกสุขลักษณะ ผ่านช่องทางการสื่อสารสมัยใหม่ที่เข้าถึงง่ายและเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง เช่น โซเชียลมีเดีย (Facebook, TikTok, YouTube, Instagram) แพลตฟอร์มสตรีมมิง เว็บไซต์ข่าวออนไลน์ และแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือไลฟ์สไตล์

การดำเนินงานควรใช้ กลยุทธ์การสร้างกระแส (Social Campaign) โดยร่วมมือกับภาคเอกชน เช่น ผู้ให้บริการแพลตฟอร์มออนไลน์ บริษัทโฆษณา สื่อดิจิทัล และกลุ่มอินฟลูเอนเซอร์ เพื่อออกแบบเนื้อหาและกิจกรรมที่สามารถสร้างการรับรู้ในวงกว้างและเชิญชวนให้ประชาชนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม ตัวอย่างเช่น การผลิตวิดีโอไวรัลเกี่ยวกับ “สวมดีมีสุข”, แคมเปญรณรงค์ออนไลน์, การรีวิวผู้ดูแลและผู้ดูแลโดยอินฟลูเอนเซอร์ด้านการท่องเที่ยวหรือสุขภาพ ซึ่งกรมอนามัยทำหน้าที่ในการวางนโยบายเนื้อหา (content direction) และประสานงานร่วมกับภาคเอกชนด้านสื่อ, แพลตฟอร์มดิจิทัล ในการกระจายเนื้อหาไปยังกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบที่เหมาะสม

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ศึกษาปัจจัยเชิงลึกด้านพฤติกรรมและความต้องการของประชาชน

การศึกษาควรครอบคลุมกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น นักท่องเที่ยว คนทำงานในเมือง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ความคาดหวัง และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการผู้ดูแลและผู้ดูแล

2) ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้ผู้ดูแลและผู้ดูแล

ควรมีการวิจัยเชิงระบาดวิทยาเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของผู้ดูแลและผู้ดูแลกับการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและโรคผิวหนัง รวมถึงความเสี่ยงเกิดโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากการใช้งานห้องผู้ดูแลและผู้ดูแล

3) วิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Benefit Analysis)

ควรมีการศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนในการสร้างและบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อมสาธารณะคุณภาพสูง โดยคำนึงถึงทั้งต้นทุนก่อสร้าง เทคโนโลยี และค่าบำรุงรักษา กับประโยชน์ทางตรงและทางอ้อม เช่น การลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข และการเพิ่มรายได้จากการท่องเที่ยว เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต

4) ศึกษาโมเดลความร่วมมือรัฐ-เอกชนที่เหมาะสมกับบริบทไทย

ควรเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานของความร่วมมือ การสนับสนุนจากภาคเอกชนและองค์กรเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility หรือ Public-Private Partnership) จากต่างประเทศ เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ หรือเกาหลีใต้ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรค และโอกาสในการนำมาปรับใช้กับโครงสร้างการบริหารจัดการของประเทศไทย

5) ประเมินผลกระทบทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ควรวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในมิติที่หลากหลาย เช่น การลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค การสร้างความเสมอภาคทางสังคม การรองรับสังคมผู้สูงอายุ การลดปัญหามลพิษทางสิ่งแวดล้อม และการยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยควรเชื่อมโยงกับแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ร้อยละของครัวเรือนที่มีสุขลักษณะ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://data.go.th/dataset/os_01_00060
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. แผนแม่บทพัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย ระยะที่ 2 (พ.ศ.2549 - 2551). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2549
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. แผนแม่บทพัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ.2552 - 2555). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2552
4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. แผนแม่บทพัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย ระยะที่ 2 (พ.ศ.2556 - 2559). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556
5. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
6. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือการจัดการสิ่งแวดล้อม ลดความเสี่ยงสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2563.
7. Stufflebeam DL. and Shinkfield AJ. Systematic Evaluation. Boston/Dordrecht/Lancaster: Kluwer – Nigh off Publishing; 1990.