ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5 ประเทศไทย

กาญจน์ สัจจา[1] ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ[2] อรวรรณ ขวัญศรี[3*] ณัฐนารี เอมยงค์[4]

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**อีเมล์ติดต่อ: orawan.qua@mahidol.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 10 เมษายน 2569
วันแก้ไข 27 เมษายน 2569
วันตอบรับ 30 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่างเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 251 แห่ง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan (1970) และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบ Google Forms ใช้เครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ องค์กรที่มีศักยภาพสูง เช่น เป็นเทศบาล มีลักษณะพื้นที่กึ่งเมือง/ชนบท มีจำนวนบุคลากรเพียงพอ มีรายได้สูง มีทรัพยากรสาธารณสุขที่เพียงพอ และมีระบบบริหารจัดการที่ดี มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์มากกว่าองค์กรที่มีข้อจำกัดด้านโครงสร้างและทรัพยากร

การพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพด้านทรัพยากรสาธารณสุข และการพัฒนาระบบบริหารจัดการภายในองค์กรอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ; ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม; เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ; การพัฒนาที่ยั่งยืน

บทนำ

อนามัยสิ่งแวดล้อมถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสาธารณสุข เนื่องจากมีบทบาทโดยตรงในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในมิติด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และสังคม การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมครอบคลุมภารกิจสำคัญหลายด้าน อาทิ การจัดการน้ำสะอาด การสุขาภิบาลอาหาร การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การควบคุมเหตุรำคาญ การกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุข ภารกิจเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ การคุ้มครองคุณภาพชีวิตของประชาชน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน (Public Health Act, 2017)

ในระดับสากล องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาระโรคของประชากรโลก และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมสามารถช่วยลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการจัดการน้ำสะอาด สุขาภิบาล การจัดการของเสีย และการควบคุมมลพิษ ซึ่งล้วนเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยการบริหารจัดการเชิงระบบและความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (WHO, 2016) นอกจากนี้ งานอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ 6 การจัดการน้ำสะอาดและสุขาภิบาล เป้าหมายที่ 11 เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน และเป้าหมายที่ 13 การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ดังนั้น การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่จึงนับเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม (WHO, 2017; UN-Habitat, 2020)

สำหรับบริบทของประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดบริการสาธารณะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนและรับผิดชอบการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่โดยตรง การดำเนินงานดังกล่าวอยู่ภายใต้กรอบของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งกำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถควบคุม ดูแล และจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม ทั้งการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น การควบคุมเหตุรำคาญ การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย การอนุญาตและกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ ทั้งนี้ การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการสาธารณสุข ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 ยังช่วยเพิ่มความชัดเจนของกลไกการบังคับใช้กฎหมาย ส่งเสริมการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมมากยิ่งขึ้น (Public Health Act, 1992; Public Health Act, 2017)

ตลอดช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องผ่านแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในแต่ละระยะ โดยแผนระยะที่ 1 มุ่งวางรากฐานและกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ชัดเจน ต่อมาแผนระยะที่ 2 ได้ขยายการดำเนินงานไปสู่การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ขณะที่แผนระยะที่ 3 มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ส่วนแผนปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 4 พ.ศ. 2566–2570 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีความยืดหยุ่น สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต (Bureau of Environmental Health, 2017)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานหลักด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ ได้พัฒนาแนวทาง มาตรฐาน และเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ “การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หรือ Environmental Health Accreditation (EHA) ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นระบบ มีมาตรฐาน และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กระบวนการ EHA ไม่เพียงมุ่งเน้นการประเมินผลการดำเนินงานเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดกระบวนการเรียนรู้ การประเมินตนเอง และการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภายในองค์กรอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ แนวคิดของ EHA ยังเชื่อมโยงกับ

หลักการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หรือ Public Sector Management Quality Award (PMQA) เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม (Department of Health, 2023; Department of Health, 2024)

เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครอบคลุมประเด็นสำคัญ 9 ด้าน ได้แก่ การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการมูลฝอย การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ การจัดการเหตุรำคาญ การกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และการบังคับใช้กฎหมาย โดยแต่ละประเด็นประกอบด้วยข้อกำหนดและตัวชี้วัดที่สะท้อนภารกิจหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างครอบคลุม ดังนั้น การดำเนินงานตามเกณฑ์ EHA จึงมิได้เป็นเพียงเครื่องมือประเมินผลสัมฤทธิ์ขององค์กรเท่านั้น หากแต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบบริหารจัดการภายใน การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานตามเกณฑ์ EHA ย่อมแตกต่างกันไปตามบริบทและศักยภาพของแต่ละองค์กร ทั้งในด้านประเภทองค์กร ลักษณะพื้นที่ จำนวนบุคลากร รายได้ขององค์กร ทรัพยากรสาธารณสุข ระบบบริหารจัดการ และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก การศึกษาของ พรไพริน พรมวาด (Pornpairin Promwad, 2024) พบว่า ปัจจัยด้านองค์กร โดยเฉพาะความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานตามเกณฑ์ EHA เป็นผลจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านโครงสร้างองค์กร ทรัพยากร และการบริหารจัดการ มิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งเพียงลำพัง

เขตสุขภาพที่ 5 นับเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ เนื่องจากมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคมที่หลากหลาย ครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐมราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่เมือง กึ่งเมือง ชนบท พื้นที่ชายฝั่ง พื้นที่เกษตรกรรม และพื้นที่อุตสาหกรรม รวมถึงพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ความหลากหลายดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่มีความซับซ้อนและแตกต่างกัน ทั้งปัญหามูลฝอยและน้ำเสียในเขตเมืองและอุตสาหกรรม ปัญหาสารเคมีทางการเกษตรในพื้นที่ชนบท ปัญหาสุขาภิบาลในชุมชนแรงงานหนาแน่น ตลอดจนปัญหาการจัดการทรัพยากรชายฝั่งและการท่องเที่ยวในพื้นที่ทะเล ซึ่งความแตกต่างเชิงบริบทเหล่านี้อาจส่งผลต่อศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานตามเกณฑ์ EHA (Ministry of Public Health, 2021)

แม้ว่า EHA จะเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการผ่านเกณฑ์ EHA ในเขตสุขภาพที่ 5 ยังมีอยู่จำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่พิจารณาปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ทรัพยากรสาธารณสุข และการบริหารจัดการร่วมกัน การศึกษาปัจจัยดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจเงื่อนไขแห่งความสำเร็จตลอดจนข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งยังสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนสนับสนุนเชิงพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพองค์กร และการกำหนดมาตรการส่งเสริมที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรแต่ละประเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงกำหนดกรอบแนวคิดโดยมุ่งพิจารณาปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ทรัพยากรสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ในฐานะตัวแปรอิสระที่อาจมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ คือ การผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 5 ผลการศึกษาจะช่วยสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการดำเนินงานตามเกณฑ์ EHA และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านศักยภาพ

ระหว่างองค์กร และสนับสนุนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะขององค์กร ทรัพยากรสาธารณสุข และการจัดการบริหารกับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาระดับการผ่านเกณฑ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 5

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดราชบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดเพชรบุรี รวมจำนวนทั้งสิ้น 690 แห่ง หน่วยวิเคราะห์ของการศึกษาคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคือเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรนั้นๆ ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการของ Krejcie และ Morgan (Krejcie RV, 1970) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณเท่ากับ 247 แห่ง และเพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 รวมเป็น 272 แห่ง ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 251 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.28 เกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1. ผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2. มีอายุงานในหน่วยงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 3. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้ที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาป่วยระยะยาว 2) แบบสอบถามที่มีการตอบไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ นโยบายระดับจังหวัดที่ให้การสนับสนุนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวนบุคลากรกองสาธารณสุข ระดับการร้องเรียนและมีคดีตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงาน (ผู้ตอบแบบสอบถาม) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประเภทองค์กรจังหวัดลักษณะพื้นที่ ประชากรในความรับผิดชอบ รายได้รวมต่อปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทรัพยากรสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากร ทรัพยากรและเครื่องมือ และระบบงาน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 การบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยนโยบายและการปฏิบัติตามนโยบาย การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล การปรับปรุงและพัฒนาการสื่อสาร การประสาน กระบวนการบริหาร และการบริหารงานสิ่งแวดล้อม จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 4 ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2 - ส่วนที่ 4 ใช้คำถามมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ ประกอบด้วย น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด แปลผลโดยแบ่งตามเกณฑ์มัธยฐาน มีระดับคะแนนสูงและต่ำกว่ามัธยฐาน

ส่วนที่ 5 เกณฑ์การพัฒนาระบบคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้เกณฑ์การประเมินของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 23 ข้อ สำหรับข้อมูลศึกษาการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

0 หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สมัครเข้าร่วมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

1 หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

2 หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมแต่ยังไม่ผ่านตามมาตรฐาน

3 หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมและพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านระดับพื้นฐาน

4 หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมและพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านระดับดีหรือระดับดีมาก

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ได้แบ่งคะแนน 0, 1, 2 หมายถึง การไม่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคะแนน 3, 4 หมายถึง การผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากนั้นจึงแบ่งเป็น 2 ระดับ คือผ่านเกณฑ์กับไม่ผ่านเกณฑ์ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ Chi-Square Test (χ^2) ต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยทดสอบเครื่องมือการวิจัย (Try out) จำนวน 30 แห่ง ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.993 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้คือ 0.67 ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม คือ ทรัพยากรสาธารณสุข (0.97) การบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม (0.99) ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร (0.97)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อขออนุญาตและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเครื่องมือคือ แบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google Forms) และ/หรือแบบสอบถามกระดาษขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของบริบทในแต่ละหน่วยงาน โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 1 เดือน มีการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ติดตามความก้าวหน้าในการตอบแบบสอบถามและการส่งคืน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามที่กำหนด เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง เมื่อพบข้อผิดพลาด เช่น ขาดข้อมูลสำคัญ ได้ดำเนินการติดต่อกลับไปยังหน่วยงานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม และข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทั้งรูปแบบเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ พบจำนวนการตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 251 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.28

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. NO. MUPH 2025-192 รหัสโครงการ 203/2025 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวนและร้อยละ (Frequency and Percentage) เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูล เช่น ประเภท อปท. ขนาดองค์กร รายได้ขององค์กร ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean and Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics)

เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัยว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Chi-Square Test (χ^2) : ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพ (เช่น ประเภท อปท. ลักษณะพื้นที่ รายได้องค์กร ทรัพยากรสาธารณสุข การบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร) กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม กรณีที่พบว่าความถี่คาดหวังในบางช่องมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ที่เหมาะสม ผู้วิจัยพิจารณารวมกลุ่มข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันหรือใช้สถิติ Fisher's exact test เพื่อให้การทดสอบมีความเหมาะสมกับลักษณะข้อมูล ทั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม มีข้อมูลได้รับกลับคืนมาสมบูรณ์จำนวน 251 แห่ง จึงใช้จำนวนดังกล่าวเป็นฐานในการรายงานผลการผ่านเกณฑ์โดยรวมวนการวิเคราะห์รายประเด็น EHA และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรบางรายการใช้จำนวนข้อมูลที่สมบูรณ์แตกต่างกันตามลักษณะของข้อมูลที่ได้รับ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ในแต่

ละตารางอย่างชัดเจนเจนเพื่อความโปร่งใสในการแปลผล โดยมีผลการวิจัยดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในเขตสุขภาพที่ 5 สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม จากการเก็บข้อมูล แสดงสถิติพื้นฐานของ อปท. ทั้งหมด 251 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 5 ผลการวิเคราะห์ พบว่ามี อปท. เพียง ร้อยละ 23.5 (59 แห่ง) เท่านั้นที่สามารถผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม มีร้อยละ 76.5 (192 แห่ง) ยังไม่ผ่านเกณฑ์ สะท้อนให้เห็นว่ามาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับท้องถิ่นยังมีความท้าทายสูง และต้องการการพัฒนาเชิงระบบอีกมาก เพื่อให้บรรลุเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร และศักยภาพขององค์กร โดยเฉพาะองค์กรขนาดเล็กหรือพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและกำลังคน ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินงานบางองค์ประกอบได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5 ทั้งหมด

การผ่านเกณฑ์ฯขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5 ทั้งหมด	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ไม่ผ่านเกณฑ์	192	76.5
ผ่านเกณฑ์	59	23.5
รวม	**251**	**100.0**

2. ผลการวิเคราะห์การผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายประเด็นและรายข้อ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีผลการประเมิน “ไม่ผ่านเกณฑ์” ในหลายประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น EHA : 3001 การจัดการส้วมสาธารณะ, EHA : 5000 การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ EHA : 9005 การเปรียบเทียบปรับและการดำเนินคดี ไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.6 รองลงมา คือ EHA : 8000 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ร้อยละ 99.2 และ EHA : 2003 การจัดการคุณภาพตู้น้ำดื่ม, EHA : 9004 การออกคำสั่งทางปกครอง ร้อยละ 98.8 ตามลำดับ

ประเด็นที่มีการผ่านเกณฑ์สูงสุด คือ การจัดการมูลฝอยทั่วไป (EHA: 4001): ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 16.3 การจัดการเหตุรำคาญ (EHA: 6000): ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 9.2 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหาร (EHA: 1001): ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 8 ตามลำดับ

ประเด็นที่มีวิกฤต (ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด) การจัดการส้วมสาธารณะ (EHA: 3001), การรองรับภาวะฉุกเฉิน (EHA: 5000) และ การเปรียบเทียบปรับ/ดำเนินคดี (EHA: 9005) มีผู้ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น (หรือเพียง 1 แห่งจากทั้งหมด) จึงวิเคราะห์ อปท. มักทำได้ดีในเรื่องพื้นฐานอย่างการเก็บขนขยะ (มูลฝอยทั่วไป) แต่กลับขาดศักยภาพอย่างมากในด้านการบังคับใช้กฎหมาย (การเปรียบเทียบปรับ) และ การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ซึ่งต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและทรัพยากรสูง ดังตาราง 2

ตาราง 2 การผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายประเด็น และรายข้อ (ร้อยละ)

ประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	**ไม่ผ่าน**	**ผ่าน**
1. EHA : 1001 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายและสะสมอาหาร	231 (92)	20 (8)
2. EHA : 1002 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในตลาด	244 (97.2)	7 (2.8)

ประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	ไม่ผ่าน	ผ่าน
3. EHA : 1003 การจัดการสุขาภิบาลอาหาร ในการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ	244 (97.2)	7 (2.8)
4. EHA : 2001 การจัดการคุณภาพน้ำประปา (ผลิตโดย อปท.)	240 (95.6)	11 (4.4)
5. EHA : 2002 การจัดคุณภาพน้ำประปา (ผลิตโดยหน่วยงานอื่น)	246 (98)	5 (2)
6. EHA : 2003 การจัดการคุณภาพตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ / น้ำดื่มบรรจุขวด	248 (98.8)	3 (1.2)
7. EHA : 3001 การจัดการส้วมสาธารณะ	250 (99.6)	1 (0.4)
8. EHA : 3002 การจัดการสิ่งปฏิกูล	247 (98.4)	4 (1.6)
9. EHA : 4001 การจัดการมูลฝอยทั่วไป	210 (83.7)	41 (16.3)
10. EHA : 4002 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	245 (97.6)	6 (2.4)
11. EHA : 4003 การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน	242 (96.4)	9 (3.6)
12. EHA : 5000 การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ	250 (99.6)	1 (0.4)
13. EHA : 6000 การจัดการเหตุรำคาญ	228 (90.8)	23 (9.2)
14. EHA : 7000 การจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	33 (92.8)	18 (7.2)
15. EHA : 8000 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	249 (99.2)	2 (0.8)
16. EHA : 9001 การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น	240 (95.6)	11 (4.4)
17. EHA : 9002 การออกหนังสือรับรองการแจ้ง	244 (97.2)	7 (2.8)
18. EHA : 9003 การออกใบอนุญาต	237 (94.4)	14 (5.6)
19. EHA : 9004 การออกคำสั่งทางปกครอง	248 (98.8)	3 (1.2)
20. EHA : 9005 การเปรียบเทียบปรับและการดำเนินคดี	250 (99.6)	1 (0.4)

จากตารางที่ 2 การผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายประเด็น พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในหลายองค์ประกอบ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเชิงระบบและการบังคับใช้กฎหมาย ขณะที่บางประเด็นซึ่งเป็นภารกิจพื้นฐานมีสัดส่วนการผ่านเกณฑ์มากกว่า เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า EHA 4001 การจัดการมูลฝอยทั่วไป มีสัดส่วนผ่านเกณฑ์มากที่สุดจำนวน 41 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.3 รองลงมาคือ EHA 6000 การจัดการเหตุรำคาญ ผ่านเกณฑ์จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.2 และ EHA 1001 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายและสะสมอาหาร ผ่านเกณฑ์จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.0 ขณะที่ EHA 7000 การจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 7.2 และ EHA 9003 การออกใบอนุญาต ผ่านเกณฑ์จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานด้านที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกำกับและการบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดอยู่

ในทางตรงกันข้าม พบว่าหลายประเด็นมีสัดส่วนการไม่ผ่านเกณฑ์สูงมาก โดยเฉพาะ EHA 3001 การจัดการส้วมสาธารณะ EHA 5000 การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ และ EHA 9005 การเปรียบเทียบปรับและการดำเนินคดี ซึ่งมีสัดส่วนไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 99.6 นอกจากนี้ยังพบว่า EHA 2003 การจัดการคุณภาพตู้กดน้ำดื่มผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 1.2 EHA 8000 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 0.8 และ EHA 3001 การจัดการส้วมสาธารณะผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 0.4 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานในประเด็นดังกล่าวยังมีข้อจำกัดอย่างมาก ทั้งในด้านบุคลากร ความรู้เฉพาะทาง และระบบบริหารจัดการ

นอกจากนี้ ควรมีการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ระบบจัดการส้วมสาธารณะ ระบบเฝ้าระวังเหตุรำคาญ และระบบจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ได้ครบถ้วนมากขึ้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคเอกชนก็เป็นอีกแนวทางสำคัญในการยกระดับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลอาหาร การจัดการขยะ และการควบคุมเหตุรำคาญ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและเพิ่มสัดส่วนการผ่านเกณฑ์ในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

3. ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5 ผลการศึกษาโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการผ่านหรือไม่ผ่านเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

1. ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ส่งผลต่อการผ่านเกณฑ์) ประเภทองค์กร (p<.001) รูปแบบการปกครองที่ต่างกันมีผลต่อการผ่านเกณฑ์อย่างชัดเจน

ลักษณะพื้นที่ (p<.001) พื้นที่เมือง กึ่งเมือง และชนบท มีระดับความสำเร็จต่างกัน

บุคลากรกองสาธารณสุข (p<.001) จำนวนเจ้าหน้าที่เป็นตัวแปรสำคัญ อปท. ที่มีบุคลากร 4 คนขึ้นไป มีสัดส่วนการผ่านเกณฑ์ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีเจ้าหน้าที่เลย

รายได้รวมต่อปี (p=.002) งบประมาณมีผลโดยตรงต่อการจัดทำระบบบริการ

ทรัพยากรสาธารณสุขและการบริหารงาน (p=.022 และ .003): อปท. ที่มีการบริหารงานและทรัพยากรในระดับ "สูง" มีโอกาสผ่านเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่มีระดับ "ต่ำ"

2. ปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จังหวัด (p=.449): ไม่ว่าจะอยู่จังหวัดใดในเขตสุขภาพที่ 5 (เช่น กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี) ก็ไม่ได้มีผลต่อการผ่านเกณฑ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จำนวนการร้องเรียน (p=.054) แม้จะมีค่าใกล้เคียง แต่ในทางสถิติถือว่าจำนวนเรื่องร้องเรียนไม่ได้สัมพันธ์โดยตรงกับการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วม (p=.234) เป็นสิ่งน่าสนใจว่าระดับภาวะผู้นำในงานอนามัยสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว (ตามเกณฑ์ประเมินนี้) ยังไม่สามารถเป็นปัจจัยชี้ขาดผลการผ่านเกณฑ์ได้

ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อปท. ในพื้นที่นี้ ขึ้นอยู่กับ "ความพร้อมด้านโครงสร้างและทรัพยากร" เป็นหลัก (งบประมาณ จำนวนคน และประเภทองค์กร) มากกว่าปัจจัยด้านทำที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ (จังหวัด) หรือปัจจัยภายนอก (เรื่องร้องเรียน)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 ได้แก่ ประเภทขององค์กร ลักษณะพื้นที่ รายได้ จำนวนบุคลากรสาธารณสุข รายได้เฉลี่ยขององค์กร และที่ระดับ p < 0.05 ได้แก่ ทรัพยากรสาธารณสุข จำนวนการร้องเรียน และหลักการบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า องค์กรที่มีศักยภาพสูง เช่น เป็นเทศบาล มีลักษณะพื้นที่กึ่งเมือง/ชนบท มีจำนวนบุคลากรเพียงพอ มีรายได้สูง มีทรัพยากรสาธารณสุขที่เพียงพอ และมีระบบบริหารจัดการที่ดี มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์มากกว่าองค์กรที่มีข้อจำกัดด้านโครงสร้างและทรัพยากร ในขณะที่ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารไม่พบความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 5

ปัจจัย	ผ่าน	ไม่ผ่าน	χ^2	p-value
1. จังหวัด				
กาญจนบุรี	31 (67.4)	15 (32.6)	6.805	.449
นครปฐม	36 (83.7)	7 (16.3)		
ประจวบคีรีขันธ์	17 (81.0)	4 (19.0)		
ราชบุรี	35 (85.4)	6 (14.6)		

ปัจจัย	ผ่าน	ไม่ผ่าน	χ^2	p-value
สมุทรสงคราม	11 (73.3)	4 (26.7)		
สมุทรสาคร	10 (71.4)	4 (28.6)		
สุพรรณบุรี	33 (70.2)	14 (29.8)		
เพชรบุรี	19 (79.2)	5 (20.8)		
2. ประเภทองค์กร				
เทศบาลนครและเทศบาลเมือง	4 (2.1)	12 (20.3)	77.362	<.001
เทศบาลตำบล	31 (16.1)	34 (57.6)		
อบต.	157 (81.8)	13 (22.0)		
รวม	192 (100)	59 (100)		
3. ลักษณะพื้นที่				
เมือง	22 (11.5)	12 (20.3)	16.343	<.001
กึ่งเมือง/ชนบท	74 (38.5)	35 (59.3)		
ชนบท	96 (50)	12 (20.3)		
รวม	192 (100)	59 (100)		
4. จำนวนบุคลากรกองสาธารณสุข				
ไม่มี	92 (47.9)	7 (11.9)	33.985	<.001
1-3 คน	95 (49.5)	41 (69.5)		
4 คน ขึ้นไป	5 (2.6)	11 (18.6)		
รวม	192 (100)	59 (100)		
5. จำนวนการร้องเรียน				
ไม่มีการร้องเรียน	100 (52.1)	30 (50.8)	5.828	.054
1-4 เรื่อง	61 (31.8)	12 (20.3)		
≥ 5 เรื่อง ขึ้นไป	31 (16.1)	17 (28.8)		
รวม	192 (100)	59 (100)		
6. รายได้รวมต่อปีของอปท.				
น้อยกว่า 39 ล้านบาท	73 (38)	13 (22)	12.874	.002
39,000,001 – 65,822,310 ล้านบาท	66 (34.4)	15 (25.4)		
มากกว่า 65,822,311 ล้านบาท	53 (27.6)	31 (52.5)		
รวม	192 (100)	59 (100)		
7. ทรัพยากรสาธารณสุข				
ต่ำ	114 (59.4)	25 (42.4)	5.280	.022
สูง	78 (40.6)	34 (57.6)		
8. การบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม				
ต่ำ	107 (55.7)	20 (33.9)	8.605	.003
สูง	85 (44.3)	39 (66.1)		
9. ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม				
ต่ำ	75 (39.1)	18 (30.5)	1.416	.234
สูง	117 (60.9)	41 (69.5)		

การทดสอบค่า χ^2 - test พบปัจจัยด้านโครงสร้างและทรัพยากร ได้แก่ ประเภทองค์กร ลักษณะพื้นที่ จำนวนบุคลากร รายได้ ทรัพยากรสาธารณสุข และหลักการบริหารงาน มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารไม่พบความสัมพันธ์ ($p > 0.05$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในเขตสุขภาพที่ 5 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพียงร้อยละ 23.5 ขณะที่ไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 76.5 สะท้อนให้เห็นว่าศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และระบบบริหารจัดการ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) ที่ระบุว่า ระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิและการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดศักยภาพในการจัดการด้านสุขาภิบาล น้ำสะอาด และการจัดการของเสีย ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและโรคติดต่อในชุมชน ทั้งยังสะท้อนความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ SDG 3 Good Health and Well-being, SDG 6 Clean Water and Sanitation และ SDG 11 Sustainable Cities and Communities ซึ่งมุ่งส่งเสริมสุขภาวะ การเข้าถึงสุขาภิบาลที่เหมาะสม และการพัฒนาเมืองที่ยั่งยืน (United Nations, 2015)

ในเชิงกฎหมายสาธารณสุขของไทย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การจัดการสิ่งปฏิกูล มูลฝอย เหตุรำคาญ และสุขาภิบาลอาหาร โดยการที่องค์กรส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการนำนโยบายและกฎหมายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

จากตารางที่ 2 พบว่า หลายองค์ประกอบมีสัดส่วนการไม่ผ่านเกณฑ์สูงมาก โดยเฉพาะ EHA : 3001 การจัดการส้วมสาธารณะ EHA : 5000 การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ และ EHA : 9005 การเปรียบเทียบปรับและการดำเนินคดี ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 99.6 สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการเชิงระบบ การบังคับใช้กฎหมาย และการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน ขณะที่ EHA : 4001 การจัดการมูลฝอยทั่วไป แม้เป็นภารกิจพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่มีอัตราการผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 16.3 แสดงให้เห็นว่าปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยยังเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะด้านการจัดเก็บ การกำจัด และระบบบริหารจัดการขยะ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย (Pollution Control Department, 2023)

ทั้งนี้ งานที่มีลักษณะเป็นภารกิจพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การจัดการมูลฝอยและการควบคุมเหตุรำคาญ มีแนวโน้มดำเนินการได้ดีกว่างานที่ต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะทางหรือการบูรณาการหลายภาคส่วน เช่น การรองรับภาวะฉุกเฉิน การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และการบังคับใช้กฎหมายทางปกครอง ซึ่งต้องใช้ทั้งบุคลากรเฉพาะทาง ทรัพยากร และกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ Howard et al. (2020) ที่พบว่า การบริหารจัดการน้ำสะอาดและสุขาภิบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคที่เกิดจากน้ำและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ขณะเดียวกัน United Nations Environment Programme (UNEP, 2021) ยังระบุว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายประเทศประสบปัญหาด้านการจัดการมูลฝอย สุขาภิบาล และการเตรียมพร้อมภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยีสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังเชื่อมโยงกับ SDG 13 Climate Action กับประเด็น EHA 5000 (การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ) จะส่งผลกระทบอย่างไรในบริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่รุนแรงขึ้น และมีความเร่งด่วนในการเตรียมความพร้อมในอนาคต เนื่องจากระบบรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการฟื้นตัว (resilience) ของชุมชนภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

จากผลการวิเคราะห์ตารางที่ 3 พบว่า ประเภทองค์กร ลักษณะพื้นที่ จำนวนบุคลากรกองสาธารณสุข

รายได้รวมขององค์กร ทรัพยากรสาธารณสุข และการบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า “ศักยภาพองค์กร” เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

องค์กรที่มีขนาดใหญ่หรือมีโครงสร้างการบริหารที่เข้มแข็ง มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์มากกว่าองค์กรขนาดเล็ก เนื่องจากมีความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร และระบบบริหารจัดการมากกว่า สอดคล้องกับงานของ Faguet (2014) ที่ระบุว่า ความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขขึ้นอยู่กับขีดความสามารถขององค์กรปกครองท้องถิ่นทั้งด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการ

ขณะเดียวกัน พื้นที่เมืองและกึ่งเมืองมีแนวโน้มผ่านเกณฑ์มากกว่าพื้นที่ชนบท อาจเนื่องมาจากความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน ระบบสาธารณูปโภค และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat, 2020) ที่ระบุว่าพื้นที่ชนบทในประเทศกำลังพัฒนามักเผชิญข้อจำกัดด้านระบบสุขาภิบาลและบริการสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ จำนวนบุคลากรกองสาธารณสุขและระดับทรัพยากรสาธารณสุขยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการผ่านเกณฑ์ โดยองค์กรที่มีบุคลากรเพียงพอและมีทรัพยากรสูงจะมีแนวโน้มผ่านเกณฑ์มากกว่า เนื่องจากบุคลากรเป็นกลไกหลักในการวางแผน กำกับติดตาม และบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับ WHO (2022) ที่ระบุว่า workforce capacity เป็นองค์ประกอบสำคัญของประสิทธิภาพระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ในด้านรายได้รวมขององค์กร พบว่า องค์กรที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มผ่านเกณฑ์มากกว่า เนื่องจากสามารถลงทุนด้านระบบสาธารณสุข เทคโนโลยี และบุคลากรได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ OECD (2019) ที่ชี้ว่า ความมั่นคงทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการจัดบริการสาธารณะ

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Pressman และ Wildavsky (1984) ที่อธิบายว่า ความสำเร็จของนโยบายสาธารณะขึ้นอยู่กับทรัพยากร โครงสร้างองค์กร และประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ขณะเดียวกัน Bossert และ Mitchell (2011) ยังพบว่า องค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีระบบบริหารจัดการที่เข้มแข็งและมีบุคลากรเพียงพอ จะสามารถจัดบริการสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อมจะไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพระยะยาว โดยเฉพาะด้านการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและการขับเคลื่อนความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (WHO, 2022) อย่างไรก็ตาม แม้ว่า ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการผ่านเกณฑ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ค่อนข้างขัดกับความเชื่อทั่วไปในด้านการบริหารจัดการ อาจเป็นไปได้ว่า ในบริบทนี้ ภาวะผู้นำอาจไม่เป็นปัจจัยหลักในการ "ผ่านเกณฑ์" แต่ยังคงสำคัญในการ "ขับเคลื่อนหรือยกระดับ" การทำงานในระยะยาว หรืออาจเป็นเพราะเกณฑ์ EHA ในปัจจุบันเน้นที่โครงสร้างและทรัพยากรที่จับต้องได้มากกว่ามิติของภาวะผู้นำ หรืออาจจะเกิดจากการวัด ซึ่งวิธีการวัดภาวะผู้นำในแบบสอบถามอาจยังไม่สามารถสะท้อนผลกระทบที่แท้จริงในเชิงสถิติได้ แม้ว่าค่าความเที่ยงจะสูงก็ตาม อาจมีปัจจัยซับซ้อนอื่น ๆ ที่ภาวะผู้นำไปมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยอื่น ๆ เช่น การจัดสรรทรัพยากร หรือการพัฒนาระบบบริหารจัดการ และบริบทขององค์กรที่มีข้อจำกัด ในองค์กรที่ขาดแคลนทรัพยากรอย่างรุนแรง ภาวะผู้นำที่เข้มแข็งอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผ่านเกณฑ์ได้ หากไม่มีงบประมาณหรือบุคลากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ

โดยสรุป ผลการศึกษาสะท้อนว่า ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎหมายหรือแนวนโยบายเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับศักยภาพเชิงโครงสร้างขององค์กร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร และระบบบริหารจัดการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและการยกระดับคุณภาพสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง จึงสามารถอธิบายได้เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วนได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ตอบ อีกทั้งจำนวนข้อมูลที่สมบูรณ์ในแต่ละตัวแปรไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับเขตสุขภาพ

สรุป

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่สามารถผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่ผ่านเกณฑ์ ขณะที่ร้อยละ 76.5 ไม่ผ่านเกณฑ์ สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อจำกัดทั้งในด้านทรัพยากร บุคลากร และระบบบริหารจัดการ

เมื่อพิจารณารายประเด็นของการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า หลายประเด็นมีอัตราการผ่านเกณฑ์ต่ำมาก โดยเฉพาะการจัดการส้วมสาธารณะ การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ การเปรียบเทียบปรับและดำเนินคดี การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และการจัดการคุณภาพน้ำดื่ม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่าการบริหารจัดการเชิงระบบและเชิงป้องกัน

ขณะเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประเภทองค์กร ลักษณะพื้นที่ จำนวนบุคลากรกองสาธารณสุข รายได้รวมขององค์กร ทรัพยากรสาธารณสุข และการบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อม แสดงให้เห็นว่า “ศักยภาพองค์กร” เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยองค์กรที่มีบุคลากรเพียงพอ มีทรัพยากรและงบประมาณสูง รวมถึงมีระบบบริหารจัดการที่ดี จะมีแนวโน้มผ่านเกณฑ์มากกว่าองค์กรที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Pressman และ Wildavsky (1984) ที่อธิบายว่า ความสำเร็จของการดำเนินนโยบายสาธารณะขึ้นอยู่กับทรัพยากร บุคลากร และประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Faguet (2014) ที่พบว่า ความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขขึ้นอยู่กับขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานระดับเขตสุขภาพและจังหวัดควรจัดทำแผนสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามระดับศักยภาพ โดยให้ความสำคัญกับองค์กรขนาดเล็ก องค์กรในพื้นที่ชนบท และองค์กรที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ โดยเฉพาะในประเด็นที่มีอัตราการผ่านเกณฑ์ต่ำ เช่น การจัดการมูลฝอย การจัดการน้ำสะอาด และการรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ

2.ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านองค์ความรู้ทางวิชาการ กฎหมายสาธารณสุข การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม และการจัดการภาวะฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

3. ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าจำนวนบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการผ่านเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด และเขตสุขภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและแนวทางการขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

5. ควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยงและการให้คำปรึกษาเชิงพื้นที่ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการจัดทำเอกสารหลักฐาน การวางระบบงาน และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การประเมิน EHA

6. ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ให้เป็นระบบมากขึ้น เช่น การจัดทำฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบติดตามประเมินผล และระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม และประเด็นที่ควรเร่งพัฒนาเพื่อเพิ่มการผ่านเกณฑ์ ได้แก่ 1) การจัดการส้วมสาธารณะ (EHA 3001) 2) การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ (EHA 5000) 3) การ

เปรียบเทียบปรับและการดำเนินคดี (EHA 9005) และ 4) การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (EHA 8000) ซึ่งเป็นประเด็นที่มีสัดส่วนผ่านเกณฑ์ต่ำมาก การพัฒนาเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดอบรมให้ความรู้ด้านกฎหมายการสาธารณสุขและการบังคับใช้กฎหมาย และการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง อปท. กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

1. กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับกระทรวงมหาดไทยกำหนดนโยบายพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านบุคลากร งบประมาณ และระบบบริหารจัดการ

2. ควรมีการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเป้า (targeted budget allocation) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพต่ำหรือมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำในการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม

3. ควรปรับปรุงกลไกกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความต่อเนื่อง โปร่งใส และสามารถสะท้อนผลลัพธ์เชิงคุณภาพได้จริง

4. ควรผลักดันนโยบายการบูรณาการงานอนามัยสิ่งแวดล้อมเข้ากับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะ SDG 3, SDG 6, SDG 11 และ SDG 13 เพื่อให้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระดับสากล

5. ควรส่งเสริมระบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต (Recommendations for Future Research)

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการพัฒนาระบบงาน

2. ควรศึกษารูปแบบการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ประสบความสำเร็จ (best practices) เพื่อนำมาใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาองค์กรอื่น

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชน และประสิทธิผลของการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะผู้นำไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาปัจจัยแทรกซ้อนเพิ่มเติม

4. ควรศึกษาผลกระทบของการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราการเกิดโรคจากสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของประชาชน

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพหรือระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในบริบทการกระจายอำนาจและการพัฒนาที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 5 ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Bossert, T., & Mitchell, A. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. Social Science & Medicine, 72(1), 39–48. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.019

Bureau of Environmental Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Third national environmental health strategic plan 2017–2021*. Ministry of Public Health.

Department of Health. (2023). *Operational manual: Development of quality environmental health service systems in local administrative organizations, fiscal year 2023*. Department of Health.

Department of Health. (2024). *Development of an environmental health service quality system for local administrative organizations*. Department of Health.

Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.

Faguet, J. P. (2014). Decentralization and governance. World Development, 53, 2–13. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.01.002

Howard, G., Bartram, J., Brocklehurst, C., Colford, J. M., Costa, F., Cunliffe, D., & Wright, C. Y. (2020). COVID-19: Urgent actions, critical reflections and future relevance of "WaSH": Lessons for the current and future pandemics. Journal of Water and Health, 18(5), 613–630. https://doi.org/10.2166/wh.2020.162

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610.

Li, J. (2025). Factors influencing public health governance capacity. *Frontiers in Public Health, 13*, Article 1628677.

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2021). *Health Region 5 profile and public health administration*. Ministry of Public Health.

Panya, N., Poboon, C., & Phoochinda, W. (2017). The performance of environmental management of local governments in Thailand. *Kasetsart Journal of Social Sciences, 39*(1), 1–9.

Pollution Control Department. (2023). *Thailand state of pollution report 2023*. Ministry of Natural Resources and Environment.

Promwad, P. (2024). *Factors affecting the development of environmental health service systems of local administrative organizations in Health Region 4* [Master's thesis, Thammasat University].

Public Health Act B.E. 2535 (1992) and amendments. (1992). *Royal Gazette, 109*(63A).

Public Health Act B.E. 2535 (1992), as amended by Public Health Act (No. 3) B.E. 2560 (2017). (2017). Office of the Council of State.

Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland (3rd ed.). University of California Press.

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations.

United Nations Development Programme. (2018). *Localizing the Sustainable Development Goals*. United Nations Development Programme.

United Nations Human Settlements Programme. (2020). *Sustainable cities and communities*. UN-Habitat.

World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Environmentally sustainable health systems: A strategic document*. World Health Organization.

Factors associated with achieving environmental health services quality development accreditation criteria for local administrative organizations, Health Region 5, Thailand

Karn Sajja[1] Chardsumon Prutipinyo[2] Orawan Quansri[3*] Natnaree Aimyong[4]

1. M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University
2. Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University
3. Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University
4. Assistant Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University
**Corresponding author: email: orawan.qua@mahidol.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Sajja, K., Prutipinyo, C., Aimyong, N. ., & Quansri, O. . (2026). Factors associated with achieving environmental health services quality development accreditation criteria for local administrative organizations, Health Region 5, Thailand. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, *12*(2), 367–381. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/288538

Received: 10 April 2026
Revised: 27 April 2026
Accepted: 30 April 2026

Abstract

This cross-sectional analytical study investigated factors related to achieving the quality development criteria for environmental health services in local administrative organizations, in Health Region 5. The sample consisted of 251 local administrative organizations from 8 provinces in Health Region 5, calculated by Krejcie and Morgan formula, and simple random sampling. Data were collected using a Google Forms questionnaire, which demonstrated a reliability coefficient of 0.99. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and the Chi-square test.

The study found that Factors significantly associated with achieving the criteria at the 0.05 level included high-potential organizations (e.g., municipalities), characteristics of semi-urban/rural areas, sufficient personnel, high income, adequate public health resources, and robust management systems. Local administrative organizations with these factors achieved the criteria more often than organizations with structural and resource limitations.

The development for achieving environmental health service systems by local administrative organizations should focus on strengthening public health resource capacity, allocating sufficient personnel, and developing systematic internal management systems, especially for small organizations or rural areas with budget and manpower limitations.

Keywords: Local administrative organizations; environmental health services; quality development accreditation criteria; Sustainable Development Goals