

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการมูลฝอย ในตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมูลฝอย
2. การจัดการขยะมูลฝอย
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย
5. นโยบายสุขภาพและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
6. หลักการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
7. องค์การบริหารส่วนตำบล
8. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น พ.ศ. 2542

9. ข้อมูลพื้นฐานองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
11. กรอบแนวคิด

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมูลฝอย

1.1 ความหมาย

พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ให้คำจำกัดความว่า มูลฝอย หมายถึง สิ่งต่างๆที่เราไม่ต้องการ ที่เป็นของแข็งหรืออ่อน มีความชื้นได้แก่ เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร วัสดุพลาสติกภาชนะกล่องใส่อาหาร เศษสัตว์ หรือซากสัตว์รวมตลอดถึงวัตถุอื่น สิ่งใดที่เก็บกวาดได้จากถนน ตลาดที่เลี้ยงสัตว์หรือที่อื่น

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ให้คำจำกัดความของคำว่า ของเสีย หมายความว่า ขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย อากาศเสีย มลสารหรือวัตถุอันตรายอื่นใด ซึ่งถูกปล่อยทิ้ง หรือมีที่มาจากแหล่งกำเนิดมลพิษ รวมทั้งกากตะกอนหรือสิ่งตกค้างจากสิ่งเหล่านั้นที่อยู่ในสภาพของแข็งของเหลวหรือก๊าซ

ในทางวิชาการจะใช้คำว่า ขยะมูลฝอย ซึ่งหมายถึง บรรดาสิ่งของที่ไม่ต้องการใช้แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นของแข็ง จะเน่าเปื่อยหรือไม่ก็ตาม รวมตลอดถึง เถ้า ซากสัตว์ มูลสัตว์ ฝุ่นละออง และเศษวัตถุที่ทิ้งแล้วจากบ้านเรือน ที่พักอาศัย สถานที่ต่าง ๆ รวมถึงสถานที่สาธารณะ ตลาดและโรงงานอุตสาหกรรม ขกเว้น อุจจาระ และปัสสาวะของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งปฏิกูล วิธีจัดเก็บและกำจัด แตกต่างไปจากวิธีการจัดขยะมูลฝอย

1.2 ประเภทของขยะมูลฝอย

ประเภทของขยะมูลฝอยสามารถ จำแนกได้หลายอย่าง ได้แก่

1.2.1 แบ่งตามลักษณะองค์ประกอบที่สำคัญ อาจจำแนกประเภทได้ดังนี้

1.2.1.1 ขยะมูลฝอยที่เผาไหม้ได้ เช่น เศษไม้ ใบหญ้า พลาสติก กระดาษ ผ้า สิ่งทอ ฯลฯ

1.2.1.2 ขยะมูลฝอยที่เผาไหม้ไม่ได้ ได้แก่ เศษโลหะ เหล็ก แก้ว กระเบื้อง หิน ฯลฯ

1.2.1.3 ขยะมูลฝอยที่ไม่เป็นพิษหรือขยะมูลฝอยทั่วไป ได้แก่ ขยะมูลฝอยที่เกิดจากบ้านเรือน ร้านค้า เช่น พวกเศษอาหาร กระดาษ พลาสติก เปลือกและใบไม้ เป็นต้น

1.2.1.4 ขยะมูลฝอยที่เป็นพิษ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตมนุษย์ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ได้แก่ ของเสียที่มีส่วนประกอบของสารอันตรายหรือของเสียที่มีฤทธิ์กัดกร่อนหรือติดไฟง่ายหรือมีเชื้อโรคติดต่อปะปนอยู่ เช่น ซากถ่านไฟฉาย ซากแบตเตอรี่ กากสารเคมี ซากหลอดฟลูออเรสเซนต์ สาลีและผ้าพันแผลจากโรงพยาบาล

1.2.2 แบ่งประเภทขยะตามลักษณะของส่วนประกอบของขยะมูลฝอย มีประเภทต่างๆ ดังนี้

1.2.2.1 กระดาษ ถุงกระดาษ กล่อง ลัง เศษกระดาษจากสำนักงาน

1.2.2.2 พลาสติก มีความทนทานต่อการทำลายได้สูง วัสดุ หรือผลิตภัณฑ์ที่ทำจากพลาสติก เช่น ถุง ภาชนะ ของเด็กเล่น ของใช้

1.2.2.3 แก้ว วัสดุหรือผลิตภัณฑ์ที่ทำจากแก้ว เช่น ขวด หลอดไฟ เศษกระจก ฯลฯ

1.2.2.4 เศษอาหาร ผัก ผลไม้ ซึ่งเป็นสารประกอบอินทรีย์ ย่อยสลายได้ง่าย เป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้ขยะเกิดกลิ่นเหม็น ส่งกลิ่นรบกวนหากไม่มีการเก็บขนออกจากแหล่งทิ้งทุกวัน

1.2.2.5 ผ้าสิ่งทอต่าง ๆ ที่ทำมาจากเส้นใยธรรมชาติและใยสังเคราะห์ เช่น ผ้าฝ้าย ผ้าไนลอน ขนสัตว์ ฯลฯ

1.2.2.6 ขางและหนัง เช่น รองเท้า กระเป๋า

1.2.2.7 ไม้ เศษเฟอร์นิเจอร์ โต๊ะ เก้าอี้ ฯลฯ

1.2.2.8 หิน กระเบื้อง กระดุกและเปลือกหอย พวกนี้ไม่น่าเบื่อพบมากใน
แหล่งก่อสร้างตึกที่ทุบทิ้ง

1.2.2.9 โลหะต่าง ๆ เช่น กระป๋อง ลวด สายไฟ ตะปู

1.2.2.10 อื่น ๆ ที่ไม่อาจจัดกลุ่มได้

1.2.3 แบ่งประเภทขยะตามแหล่งที่มา

1.2.3.1 ขยะมูลฝอยจากถนน (Street Refuse) ได้แก่ เศษสิ่งของต่างๆ ที่ปรากฏ
และกวาดจากถนนตรอก ซอย เช่น เศษกระดาษ ผงฝุ่น ใบไม้ พลาสติก อีฐ หิน ทราช ฯลฯ

1.2.3.2 ขยะมูลฝอยที่เกิดจากสิ่งที่เหลือจากการเผาไหม้ที่เรียกว่า ขี้เถ้า (Ashes)
เช่น เถ้าที่เกิดจาก เตาไฟ, การเผาถ่าน ฯลฯ

1.2.3.3 ขยะมูลฝอยจากการก่อสร้าง (Construction Refuse) ได้แก่ เศษวัสดุ
ก่อสร้าง เช่น เศษไม้ เศษกระเบื้อง เศษปูน อิฐหัก ฯลฯ

1.2.3.4 ขยะมูลฝอยจากการรื้อถอนสิ่งก่อสร้าง (Demolition Refuse) ได้แก่
เศษสิ่งที่ไม่ต้องการที่เกิดจากการรื้อถอนอาคาร บ้านเรือนเก่า ฯลฯ

1.2.3.5 ซากสัตว์ (Dead Animal) จากสัตว์ตาย น่าเบื่อ เหมือน

1.2.3.6 ซากยานพาหนะ (Abandoned Vehicles) ทุกชนิดที่หมดสภาพ ใช้งาน
ไม่ได้ รวมทั้งชิ้นส่วนประกอบ เช่น แบตเตอรี่ ขาง ฯลฯ

1.2.3.7 ขยะมูลฝอยจากโรงงานอุตสาหกรรม (Industrial Refuse) ได้แก่ เศษ
วัตถุที่เกิดจากการผลิต หรือขั้นตอนการผลิต

1.2.3.8 ขยะมูลฝอยประเภททำลายยาก (Hazardous Refuse) ได้แก่ ขยะ
มูลฝอยที่ต้องการใช้กรรมวิธีทำลายเป็นพิเศษ เช่น พลาสติก ฟิล์มถ่ายรูป กากแร่ธาตุต่าง ๆ

1.2.3.9 ขยะสด (Garbage)

1.2.3.10 ขยะแห้ง (Rubbish)

1.2.3.11 ขยะพิเศษ (Special Wastes)

1.2.3.12 ของใช้ชำรุด (Bulky Wastes)

1.2.3.13 ขยะจากการกสิกรรม (Agricultural Wastes)

1.2.3.14 กากตะกอนของน้ำโสโครก (Sewage treatment residues)

1.2.4 ประเภทของขยะมูลฝอย ที่สำนักรักษาความสะอาดของกรุงเทพมหานคร
กล่าวไว้ มี 3 ประเภทใหญ่ คือ

1.2.4.1 มูลฝอยเปียก ได้แก่ พวกเศษอาหาร เศษพืชผัก เปลือกผลไม้ อินทรีย์วัตถุที่สามารถย่อยสลายเน่าเปื่อยง่าย มีความชื้นสูง และส่งกลิ่นเหม็นได้รวดเร็ว

1.2.4.2 มูลฝอยแห้ง ได้แก่ พวกเศษกระดาษ เศษผ้า แก้ว โลหะ ไม้ พลาสติก ฯลฯ ขยะมูลฝอย ชนิดนี้จะมีทั้งที่เผาไหม้ได้และเผาไหม้ไม่ได้ ขยะแห้ง เป็นขยะมูลฝอยที่สามารถเลือกวัสดุที่ยังมีประโยชน์ กลับมาใช้ได้อีก โดยการคัดแยกมูลฝอยก่อนนำทิ้งซึ่งจะช่วยให้สามารถลดปริมาณมูลฝอยที่จะต้องนำไปทำลายลงได้และถ้านำส่วนที่ใช้ประโยชน์ได้นี้ไปขายก็จะทำรายได้กลับคืนมา

1.2.4.3 ขยะมูลฝอยอันตราย มูลฝอยนี้ ได้แก่ ของเสียที่เป็นพิษ มีฤทธิ์กัดกร่อนและระเบิดได้ง่าย ต้องใช้กรรมวิธีในการทำลายเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นวัสดุที่มีอันตราย เช่น สารฆ่าแมลง ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่ รถยนต์ หลอดไฟ สเปรย์ฉีดผม ฯลฯ

1.3 แหล่งกำเนิดขยะมูลฝอย

แหล่งชุมชน กิจกรรมอุตสาหกรรม และกิจกรรมเกษตร จัดได้ว่าเป็น แหล่งกำเนิดของขยะมูลฝอยที่สำคัญ เมื่อประชากรเพิ่มขึ้นขยะมูลฝอยก็จะเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว ประกอบกับการพัฒนาอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ก็ยิ่งทำให้มีขยะมูลฝอยใหม่ ๆ เกิดขึ้นมากมาย ขยะมูลฝอยเหล่านี้มีทั้งขยะมูลฝอยทั่วไปและของเสียอันตรายแต่ละประเภท มีลักษณะแตกต่างกัน สามารถแบ่งตามแหล่งกำเนิดได้ดังนี้

1.3.1 ของเสียจากอุตสาหกรรม ของเสียอันตรายทั่วประเทศไทย 73% มาจากระบบอุตสาหกรรม ส่วนใหญ่ยังไม่มีการจัดการที่เหมาะสม โดยทิ้งกระจายอยู่ตามสิ่งแวดล้อมและทิ้งรวมกับมูลฝอย รัฐบาลได้ก่อตั้งศูนย์กำจัดกากอุตสาหกรรมขึ้นแห่งแรกที่แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน เริ่มเปิดบริการตั้งแต่ 2531 ซึ่งก็เพียงสามารถกำจัดของเสียได้บางส่วน

1.3.2 ของเสียจากโรงพยาบาลและสถานศึกษาวิจัย ของเสียจากโรงพยาบาลเป็นของเสียอันตรายอย่างยิ่ง เช่น ขยะติดเชื้อ เศษอวัยวะจากผู้ป่วย และการรักษาพยาบาล รวมทั้งของเสียที่ปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี สารเคมี ได้ทิ้งสู่สิ่งแวดล้อมโดยปะปนกับมูลฝอยสิ่งปฏิกูล เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อโรคและสารอันตราย

1.3.3 ของเสียจากภาคเกษตรกรรม เช่น ขาฆ่าแมลง ปุ๋ย มูลสัตว์ น้ำทิ้งจากการทำปศุสัตว์ ฯลฯ

1.3.4 ของเสียจากบ้านเรือนแหล่งชุมชน เช่น หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่ แก้ว เศษอาหาร พลาสติก โลหะ หิน ไม้ กระเบื้อง ผนัง ฯลฯ

1.3.5 ของเสียจากสถานประกอบการในเมือง เช่น ภัตตาคาร ตลาดสด สถานเริงรมย์ วัด ฯลฯ

1.4 ผลกระทบจากขยะมูลฝอย

ขยะมูลฝอยก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์หลายประการดังต่อไปนี้ คือ

1.4.1 เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลง และพาหะนำโรค

เนื่องจากเชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนมากับขยะมูลฝอย มีโอกาสที่จะขยายพันธุ์เพิ่มจำนวนมากยิ่งขึ้นได้ เพราะขยะมูลฝอยมีทั้งความชื้นและสารอินทรีย์ที่จุลินทรีย์ใช้เป็นอาหารขยะพวกอินทรีย์สารที่ทิ้งค้างไว้เกิดการเน่าเปื่อยกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงวัน นอกจากนั้นพวกขยะที่ปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ จะเป็นที่อยู่อาศัยของหนู โดยหนูจะเข้ามาทำรังขยายพันธุ์เพราะมีทั้งอาหารและที่หลบซ่อน ดังนั้นขยะที่ขาดการเก็บรวบรวม และการกำจัด จึงทำให้เกิดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่สำคัญของเชื้อโรค เช่น แมลงวัน หนู แมลงสาบ ซึ่งเป็นพาหะนำโรคมารู้น

1.4.2 เป็นบ่อเกิดของโรค

เนื่องจากการเก็บรวบรวมและการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ดีหรือปล่อยปละละเลย ทำให้มีขยะมูลฝอยเหลือทิ้งค้างไว้ในชุมชน จะเป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคต่างๆ เช่น ดับอักเสบ เชื้อไทฟอยด์ เชื้อโรคเอดส์ ฯลฯ เป็นแหล่งกำเนิดและอาหารของสัตว์ต่าง ๆ ที่เป็นพาหะนำโรคมารู้น เช่น แมลงวัน แมลงสาบ และหนู เป็นต้น

1.4.3 ก่อให้เกิดความรำคาญ

ขยะมูลฝอย การเก็บรวบรวมได้ไม่หมดก็จะเกิดเป็นกลิ่นรบกวน กระจายอยู่ทั่วไปในชุมชนนอกจากนั้นฝุ่นละอองที่เกิดจากการเก็บรวบรวมการขนถ่าย และการกำจัดขยะก็ยังคงเป็นเหตุรำคาญที่มักจะได้รับการร้องเรียนจากประชาชนในชุมชนอยู่เสมอ อีกทั้งอุจาดคาน้ำขยะแขยง

1.4.4 ก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม

ขยะมูลฝอยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมลพิษของน้ำ มลพิษของดินและมลพิษของอากาศเนื่องจากขยะส่วนที่ขาดการเก็บรวบรวม หรือไม่นำมากำจัดให้ถูกวิธี ปล่อยทิ้งค้างไว้ในพื้นที่ของชุมชนเมื่อมีฝนตกลงมาจะไหลชะนำความสกปรก เชื้อโรค สารพิษจากขยะไหลลงสู่แหล่งน้ำ ทำให้แหล่งน้ำเกิดเน่าเสียได้ และนอกจากนี้ขยะมูลฝอยยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพดิน ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของขยะมูลฝอย ถ้าขยะมีซากถ่านไฟฉาย ซากแบตเตอรี่ ซากหลอดฟลูออเรสเซนต์มาก ก็จะส่งผลกระทบต่อปริมาณโลหะหนักพวกปรอท แคดเมียม ตะกั่ว ในดินมาก ซึ่งจะส่งผลเสียต่อระบบนิเวศน์ในดินและสารอินทรีย์ในขยะ มูลฝอยเมื่อมีการย่อยสลาย จะทำให้เกิดสภาพความเป็นกรดในดิน และเมื่อฝนตกมาชะกองขยะมูลฝอยจะ ทำให้น้ำเสียจากกองขยะมูลฝอยไหลปนเปื้อนดินบริเวณรอบ ๆ ทำให้เกิดมลพิษของดินได้ การปนเปื้อนของดิน ยังเกิดจาก

การนำมูลฝอยไปฝังกลบหรือการชักยอกนำไปทิ้งทำให้ของเสียอันตรายปนเปื้อนในดิน ถ้ามีการเผาขยะมูลฝอยกลางแจ้งทำให้เกิดควันมีสารพิษทำให้คุณภาพของอากาศเสีย ส่วนมลพิษทางอากาศจากขยะมูลฝอยนั้น อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากมลสารที่มีอยู่ในขยะและพวกแก๊สหรือไอระเหย ที่สำคัญก็ คือ กลิ่นเหม็นที่เกิดจากการเน่าเปื่อย และสลายตัวของอินทรีย์สารเป็นส่วนใหญ่

1.4.5 ทำให้เกิดการเสียด้อยสุขภาพ

ขยะมูลฝอยที่ทิ้งและรวบรวมโดยขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะมูลฝอยพวกของเสียอันตราย ถ้าขาดการจัดการที่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ง่าย เช่น โรคทางเดินอาหารที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่มีแมลงวันเป็นพาหะ หรือได้รับสารพิษที่มากับของเสียอันตราย

1.4.6 เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

ขยะมูลฝอยปริมาณมาก ๆ ย่อมต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดการ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผลกระทบจากขยะมูลฝอยไม่ว่าจะเป็น น้ำเสีย อากาศเสีย ดินปนเปื้อน เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ

1.4.7 ทำให้ขาดความสวยงาม

การเก็บขนและกำจัดที่ดีจะช่วยให้ชุมชนเกิดความสวยงาม มีความเป็นระเบียบเรียบร้อยอันสื่อแสดงถึงความเจริญและวัฒนธรรมของชุมชน ฉะนั้นหากเก็บขนไม่ดี ไม่หมด กำจัดไม่ดี ย่อมก่อให้เกิดความไม่น่าดู ขาดความสวยงาม บ้านเมืองสกปรก และความไม่เป็นระเบียบส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว

2. การจัดการขยะมูลฝอย (Solid Waste Management)

การจัดการขยะมูลฝอย หมายถึง การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับขยะ ตั้งแต่การเกิด การเก็บรวบรวม การขนส่ง และการกำจัดซึ่งรวมทั้งการลดปริมาณขยะด้วย ทั้งนี้หลักการจัดการขยะมูลฝอย จะเป็นการผสมผสานศาสตร์ต่างๆ ทั้งทางวิศวกรรม วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม เศรษฐศาสตร์ และด้านสังคม โดยคำนึงถึงการยอมรับหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วย (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค 10, 2548)

2.1 การเก็บรวบรวมขยะมูลฝอย

การเก็บรวบรวมขยะมูลฝอย คือการเก็บขยะมูลฝอยใส่ไว้ในภาชนะ เพื่อรอพนักงานเก็บขยะมูลฝอยมาเก็บขนไปเทใส่รวบรวมในรถบรรทุกขยะและการที่พนักงานกวาดถนนเก็บรวบรวมขยะมูลฝอยไว้ให้รถขยะ มูลฝอยที่รวบรวมจากแหล่งต่างๆ จะถูกนำไปถ่ายใส่ในรถบรรทุกขยะ เพื่อที่จะขนส่งต่อไปยังสถานกำจัดขยะมูลฝอย โดยการเก็บรวบรวมขยะที่ถูกต้องภายใน



บ้านควรใช้ภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด น้ำไม่สามารถจะรั่วซึมได้ เช่น ถังเหล็กหรือถังพลาสติก การใช้ถังเหล็กอาจจะสุกเร็วกว่าถังพลาสติกไม่ควรใช้แข่งในการเก็บรวบรวมขยะมูลฝอย

2.2 การขนส่งขยะมูลฝอย

การขนส่งขยะมูลฝอย เป็นการนำขยะมูลฝอยที่เก็บรวบรวมได้จากแหล่งชุมชนต่างๆ ใส่นิรรถบรรทุกขยะเพื่อนำไปยังสถานที่กำจัด ซึ่งอาจเป็นการขนส่งโดยตรงจากแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยไปยังสถานกำจัดเลยทีเดียว หรืออาจขนขยะมูลฝอยไปพักที่ใดที่หนึ่ง ซึ่งเรียกว่าสถานีขนถ่ายขยะก่อนจะนำไปยังแหล่งกำจัดก็ได้

2.3 การกำจัดขยะมูลฝอย

วิธีการกำจัดขยะมูลฝอยที่ใช้ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีหลายวิธี เช่น นำไปกองทิ้งบนพื้นดิน นำไปทิ้งลงทะเล หมักทำปุ๋ยเผากลางแจ้ง เผาในเตาเผาขยะ และฝังกลบอย่างถูกหลักวิชาการ เป็นต้น การกำจัดขยะมูลฝอยดังที่กล่าวนั้น บางวิธีก็เป็นการกำจัดที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดสภาวะเป็นพิษต่อสภาพแวดล้อม และมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนด้วย

วิธีการกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกหลักวิชาการ ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.3.1 ไม่ทำให้บริเวณที่กำจัดขยะเป็นแหล่งอาหาร แหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค เช่น แมลงวัน ยุง และแมลงสาบ เป็นต้น

2.3.2 ไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนแก่แหล่งน้ำและพื้นดิน

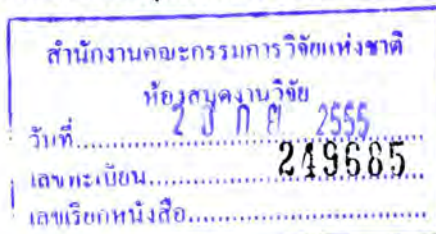
2.3.3 ไม่ทำให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม

2.3.4 ไม่เป็นสาเหตุแห่งความรำคาญ อันเนื่องมาจาก เสียง กลิ่น ควันผงและฝุ่นละออง

วิธีการกองทิ้งบนดิน การนำไปทิ้งทะเลรวมทั้งการเผากลางแจ้ง ถือว่าเป็นวิธีการกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง เพราะทำให้เกิดปัญหาภาวะมลพิษต่อสภาพแวดล้อม สำหรับวิธีที่ยอมรับทั่วไปว่าเป็นวิธีกำจัดที่ถูกต้อง คือ การเผาในเตาเผา การฝังกลบ และการทำปุ๋ย

3. การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญ และเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจเพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ ฝ่าย



ในการบริหารราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการบริหารราชการอย่างโปร่งใส สุจริต เปิดเผยข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ การตัดสินใจทางการเมือง รวมถึงการตรวจสอบ การใช้อำนาจอธิปไตยในระดับ หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

3.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าผู้กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสาร สิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3.2 การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3.3 การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

3.4 ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นส่วนร่วมกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

3.5 การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงสุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี ซึ่งบางวิธีสามารถทำได้อย่างง่าย ๆ แต่บางวิธีก็ต้องใช้เวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่

ถูกต้องแก่ประชาชน การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของข้าราชการทุกระดับควบคู่กันไปด้วย

จากหลักการและความจำเป็นดังกล่าวทำให้การพัฒนาระบบราชการที่ผ่านมามีได้รับการพัฒนากระบวนการบริหารราชการที่สนับสนุนการปรับกระบวนการทำงานของส่วนราชการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น หรือที่เรียกว่า “การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม”

ในส่วนภาคราชการ การส่งเสริมการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไขและเป็นกุญแจดอกสำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาระบบราชการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและเอื้อต่อประโยชน์สุขของประชาชน เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุน และส่งเสริมให้ระบบราชการมีพลังในการพัฒนาประเทศอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาราชการยุคใหม่ที่เป็นราชการระบบเปิด

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคราชการที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และชุมชนท้องถิ่น จะช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใกล้ชิดกับประชาชนได้รับทราบความต้องการและปัญหาที่แท้จริง ลดความขัดแย้งและต่อต้าน ทั้งยังเป็นการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ที่เสริมสร้างให้ประชาชน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในประเด็นสาธารณะ ซึ่งเป็นบทบาทที่หน่วยงานภาคราชการจะต้องดำเนินการให้เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายภาคประชาสังคมทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นหุ้นส่วน จะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหน่วยงานราชการต่าง ๆ จะสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมากน้อยเพียงใด รวมทั้งต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมที่เป็นพันธมิตรของภาคราชการ ซึ่งถึงเวลาแล้วที่ภาคราชการจะต้องร่วมมือกันเปิดระบบราชการให้ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อทำให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เกิดการแบ่งสรรทรัพยากรอย่างยุติธรรม และลดความขัดแย้งในสังคม และที่สำคัญที่สุด คือ การสร้างกลไกของการพัฒนาระบบราชการที่ยั่งยืน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนนั่นเอง

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

แนวความคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม ได้ปรากฏชัดในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ตลอดจนแผนและแนวนโยบายต่างๆ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ให้รัฐมีหน้าที่ ส่งเสริมให้ทุกฝ่ายในสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นรูปแบบหนึ่งของแนวความคิดในการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการให้โอกาสแก่สมาชิกชุมชนโดยเท่าเทียมกันในการเข้าร่วมรับผลประโยชน์ และ การมีส่วนร่วมในการพัฒนา ดังนั้นการพัฒนาโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วม จึงเป็นการวางแผนการพัฒนาร่วมกันกับประชาชน ไม่ใช่การวางแผนเพื่อประชาชน หลักการนี้มีพื้นฐานความคิด และการปฏิบัติ อยู่ที่ประชาชนเป็นเป้าหมายและอยู่ที่ความรู้ ความเป็นอยู่ และความต้องการของประชาชนเป็นหลัก ดังนั้นศูนย์กลางของการวางแผนแบบนี้ จึงเน้นที่ประชาชนเป็นอันดับแรก อย่างไรก็ตาม ปัญหาและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ

4.1 การขาดความรู้ ความเข้าใจของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นจึงไม่ให้ความร่วมมือในการจัดการสิ่งแวดล้อมเท่าที่ควร

4.2 ประชาชนบางส่วนไม่มีความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของ จึงไม่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อกรณีใดๆ

4.3 ประชาชนไม่มีเวลาเข้าร่วม เนื่องจากส่วนใหญ่ต้องดิ้นรนเพื่อหาเลี้ยงชีพ จึงยากที่จะมีความสนใจในประเด็นการมีส่วนร่วม

4.4 ประชาชนส่วนที่เกี่ยวข้อง อาจไม่ได้รับเชิญเข้าร่วมในการมีส่วนร่วมประชุม เสนาหรือได้รับเชิญเฉพาะตัวแทน ทำให้ไม่ทั่วถึงประชาชนโดยทั่วไป

ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ทั้งนี้โดยการนำหลักการป้องกันมลพิษ (Pollution Prevention) ไปใช้ ซึ่งได้แก่ ลดมลพิษหรือของเสียให้น้อยที่สุดหรือ ไม่มีเลย ซึ่งจะทำให้มีของเสีย ที่ต้องนำไปกำจัดมีปริมาณน้อยลง เมื่อของเสียมีปริมาณน้อย การจัดการก็จะง่าย และใช้งบประมาณในการดำเนินงานน้อย ซึ่งประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยให้น้อยลงได้ โดยการนำมูลฝอยกลับใช้ประโยชน์ใหม่ทั้งในส่วนของการใช้ซ้ำ และการแปรรูปเพื่อใช้ใหม่ ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

1) การลดปริมาณการผลิตขยะมูลฝอย (Reduce) ประชาชนมีส่วนร่วมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยในแต่ละวัน

2) การใช้ซ้ำ (Reuse) ประชาชนใช้วัสดุสิ่งของให้คุ้มค่าที่สุด

3) การจัดระบบรีไซเคิลหรือการนำกลับมาแปรรูปเพื่อนำมาใช้ใหม่ (Recycle) โดยคัดแยกขยะมูลฝอยตามประเภททั้งบ้าน โรงเรียนและสำนักงาน เพื่อนำกลับมาใช้ประโยชน์ โดยการนำขยะมูลฝอยที่ขายได้ไปขาย ขยะมูลฝอยเปียกหรือการนำเศษอาหารมาทำปุ๋ยหมัก และปุ๋ยชีวภาพ

ในกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถดำเนินได้ ทั้งระดับบุคคล หรือการรวมกลุ่มกัน เพื่อดำเนินกิจกรรม เช่น การจัดตั้งศูนย์รีไซเคิลในชุมชน โครงการธนาคารขยะมูลฝอยในโรงเรียนหรือชุมชน โครงการขยะมูลฝอยรีไซเคิลแลกสิ่งของ เช่น ดินไม้ ไข่ โครงการผ้าป่าสามัคคีรีไซเคิล โครงการทำน้ำหมักจุลินทรีย์ ปุ๋ยหมัก เป็นต้น แนวทางที่ควรดำเนินการ คือ การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุที่ทำให้เกิดขยะ คือ คน ที่จะต้องมีจิตสำนึกและคัดลดยขยะตั้งแต่เริ่มต้นซื้อสินค้าว่าจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาขยะมูลฝอยตามมา รู้จักการคัดแยกขยะเพื่อจำหน่าย หรือนำกลับมาใช้ใหม่ ใช้เทคโนโลยีภูมิปัญญาชาวบ้าน เช่น การทำปุ๋ยอินทรีย์ ประดิษฐ์สินค้า ของใช้ และเศษวัสดุ เป็นต้น

5. นโยบายสุขภาพและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

5.1 นโยบายสาธารณะ (Public Policy)

นโยบายสาธารณะ (Public Policy) ที่เกี่ยวข้องกับ การสาธารณสุข (Public Health) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

5.1.1 นโยบายด้านสาธารณสุข (Public Health Policy) หรือนโยบายด้านสุขภาพ (Health Policy)

ปัจจุบันได้ความพยายามใช้คำว่า “สุขภาพ” (Health) แทนคำว่า “สาธารณสุข” (Public Health) โดยให้ความหมายว่า “สุขภาพ” ครอบคลุมมิติต่างๆ มากกว่าการจำกัดความหมายเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกายมนุษย์เท่านั้น นโยบายด้านสุขภาพนี้ เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายด้านสังคม เช่นเดียวกับนโยบายด้านการศึกษา นโยบายด้านสุขภาพเป็นนโยบายที่รัฐบาลเป็นผู้กำหนดขึ้น โดยใช้กลไกสำคัญ คือ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่กำหนดแนวทางการดำเนินงาน โดยจัดทำเป็นแผนงาน โครงการต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบายรัฐบาลนี้

5.1.2 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy – HPP)

ความหมายว่า “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นนโยบายที่นอกเหนือจากด้านสาธารณสุข มีจุดกำเนิดจากแนวคิด ตัวกำหนด “สภาวะสุขภาพของมนุษย์” มิใช่เกิดจากโรค และตัวเชื้อโรคอย่างเดียว จากการศึกษาพบว่าความยากจน ระดับการศึกษา และผลกระทบจากการพัฒนาเศรษฐกิจ

สังคมประเทศ เป็นต้น เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนด "สภาวะสุขภาพ" ของประชากรในประเทศต่างๆ นโยบายด้านการเสริมสร้างรายได้ การเกษตร การศึกษา การพัฒนาแหล่งน้ำ การพัฒนาพลังงาน เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ ทำให้เกิด "ทุกขภาวะ" และ "สุขภาวะ" ของชุมชน (Community) และปัจเจกชน (Individual)

เป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อผลักดันให้การตัดสินใจหรือการดำเนินนโยบายหรือโครงการใดๆ ของภาครัฐ เอกชน หรือของชุมชนท้องถิ่น แสดงความห่วงใยและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน จึงมิใช่การกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นความพยายามในการนำแนวคิดเรื่อง "สุขภาพ" เข้าไปไว้ในความตระหนักหรือความคิดคำนึงในการกำหนดนโยบายในด้านต่างๆ ด้วย เช่น นโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรม นโยบายด้านพลังงาน นโยบายการเกษตร นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมและฐานทรัพยากร นโยบายด้านการศึกษา เป็นต้น เพื่อให้นโยบายเหล่านั้นเป็นประโยชน์ที่สุด ต่อสุขภาพของประชาชน

จะเห็นได้ว่า "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ" ไม่จำเป็นต้องได้รับการประกาศอย่างเป็นทางการจากรัฐบาล แต่ทุกภาคส่วนในสังคมสามารถเข้ามามีบทบาทได้ในทุกขั้นตอน เราจึงจะได้นโยบายสาธารณะที่ตรงกับความต้องการของท้องถิ่น ชุมชน และเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผลในทางบวกต่อสุขภาพของพวกเราทุกคน

5.1.2.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้อาป.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มี 4 กลไก คือ

(1) การจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพ เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

(2) การจัดสมัชชาสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนากระบวนการนโยบายในระดับชุมชนและท้องถิ่น ส่วนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เป็นการปรับแก้นโยบายในระดับประเทศ

(3) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) เป็นกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมกันพิจารณาผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเป็นผลสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบายการพัฒนาในด้านต่างๆ

(4) การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้ขอให้ประเทศสมาชิกทั่วโลก คำนึงถึง "สุขภาพ" ของคนว่า ให้เป็นส่วนหนึ่งหรือปัจจัยหนึ่งที่ต้องประเมินถึงคุณค่าเทียบกับผลตอบแทนทางด้านเศรษฐกิจ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านต่าง ๆ ของรัฐบาล เพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อ "สุขภาพ" คน

5.1.2.2 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สามารถดำเนินการได้สองแนวทาง

(1) ประการแรก คือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายทุกระดับ เช่น กรณีร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ที่ให้โอกาสภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขนโยบายต่างๆ ที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผ่าน “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” (National Health Assembly)

(2) ประการที่สอง คือ การใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assembly-HIA) ซึ่งแนวทางที่สองนี้ เป็นการใช้กระบวนการของ HIA เพื่อประเมินว่านโยบายของรัฐบาลด้านต่าง ๆ นั้น เกิดผลดีหรือผลเสีย ต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไร เมื่อประเมินแล้วเกิดผลดี นโยบายดังกล่าวควรสร้างกระแสให้เกิดขึ้นและขยายวงกว้างออกไป (Policy Advocacy) แต่ถ้าเกิดผลเสียควรปรับปรุงหรือยกเลิกนโยบายนั้น ๆ ไป

5.2 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA)

HIA ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพไม่ได้เป็นกระบวนการตัดสินใจในตัวเอง แต่เป็นกระบวนการที่จะให้ข้อมูลหลักฐานในด้านสุขภาพและเพิ่มน้ำหนักหรือให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ความมุ่งหวังของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วยบทบาทหลักใน 4 ด้านด้วยกัน คือ

5.2.1 การเปิดพื้นที่หรือเปิดกระบวนการ ให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสร่วมกันในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยอาศัยคุณค่า ข้อมูลหลักฐาน และทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่

5.2.2 การเพิ่มความสำคัญหรือการเพิ่มคุณค่าของมิติทางสุขภาพ ในกระบวนการกำหนดนโยบาย ในระดับต่างๆ รวมถึงการแสดงให้เห็นถึงการให้คุณค่าที่แตกต่างกันและการเคารพในการให้คุณค่าที่แตกต่างกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ทำให้การตัดสินใจเป็นไปโดยรอบคอบและมีความเป็นธรรมเพิ่มขึ้น

5.2.3 การแสดงน้ำหนักและข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพและข้อห่วงใยทางด้านสุขภาพที่ชัดเจนและเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินผลกระทบทาง

สุขภาพ ทำให้การตัดสินใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่จะเกิดขึ้นขึ้นอยู่กับฐานของข้อมูลที่เป็นจริง และมีความครบถ้วนรอบด้านมากขึ้น

5.2.4 การระดมทรัพยากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ การสร้างความตระหนัก และการสร้างจิตสำนึกร่วมกันในการสร้างเสริม คุ่มครอง และฟื้นฟูสุขภาพของตนเองและสมาชิกอื่นๆ ในสังคม จนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการหรือร่วมดำเนินการในนโยบายสาธารณะนั้นด้วยความเต็มใจและตั้งใจ

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการกำหนดและการดำเนินนโยบายสาธารณะที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีความตระหนัก และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำลังอยู่ในกระแสการกระจายอำนาจสู่ชุมชน ซึ่งเป็นเสมือนพื้นที่ขนาดเล็ก ที่มีศักยภาพในฐานะเป็นหน่วยการปกครองขนาดเล็กที่สามารถริเริ่มสร้างกระบวนการแสวงหาความรู้ แสวงหาความร่วมมือ ตลอดจนแสวงหาแนวทางการใช้ประโยชน์สูงสุดของการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เป็นการริเริ่มให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม ที่จะร่วมตัดสินใจในประเด็นสาธารณะที่กำลังจะเกิดขึ้น จะมีผลกระทบอย่างไรต่อสุขภาพของคนในชุมชน และแนวทางใด ทางเลือกใดจะเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับการสร้างเสริม และค้ำครองสุขภาพของคนในชุมชน

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนสามารถประยุกต์ใช้เพื่อสร้างและผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้ โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหรือเพิ่มความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพ สนับสนุนข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางสุขภาพ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และนำเสนอทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพผ่านการกำหนดนโยบาย

โดยแนวทางการพัฒนาระบบ HIA ในอนาคต ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการใช้ระบบ HIA และการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น และการขยายผลการประยุกต์ใช้ระบบ HIA สู่การกำหนดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น รวมถึงการประยุกต์ใช้ HIA ในการเป็นเครื่องมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการกำหนดและการบังคับใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่น

6. หลักการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

6.1 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ (Health) มีความหมาย คลอบคลุมถึงนอกจากการที่มนุษย์ไม่เจ็บป่วยแล้วด้วย โรคภัยไข้เจ็บหรือพิการแล้ว ยังรวมถึงการที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดี มีความสุขทั้งทางกาย จิตใจและสังคม ดังความหมายที่ให้ไว้ โดยองค์การอนามัยโลก และ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะของมนุษย์ที่ สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ มิได้หมายความว่าปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความ พิการเท่านั้น

[Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity (WHO Constitution, 1946).]

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3 ให้ความหมายของสุขภาพ ดังนี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวกับสุขภาพ

6.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) หมายถึง ขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของบุคคลหรือประชากร (National Institute for Health and Clinical Excellence; NIHCE, 2006)

Ministry of Public Works and Government Service Canada (1991) อ้างใน Health Canada (2004) ได้ศึกษาและกำหนดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย 12 ปัจจัย ได้ดังนี้

6.2.1 รายได้และสถานะทางสังคม (Income and Social Status)

การศึกษาวิจัยจำนวนมาก บ่งชี้ว่า รายได้และสถานะทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ คนที่มีรายได้สูงมักมีสุขภาพดีกว่าคนที่มีรายได้ต่ำ ถึงแม้ว่าจะอยู่ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่ยึดหลักความเท่าเทียมกันก็ตาม

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ยิ่งสังคมมีการกระจาย รายได้ที่มีความเป็นธรรมมากขึ้น ประชาชนในพื้นที่นั้นก็จะยิ่งมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ โดยมิได้ขึ้นอยู่กับรายจ่ายด้านบริการสุขภาพของแต่ละประเทศเลย

6.2.2 เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคม (Social Support Networks)

ครอบครัว เพื่อนและการช่วยเหลือกันในสังคมมีผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยลดความเครียดและแก้ปัญหาหลายประการ จากการศึกษาวิจัยพบว่า คนที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีจะมีอัตราการตายก่อนวัยอันควรน้อยกว่าคนที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยกว่าอย่างชัดเจน

6.2.3 การศึกษา (Education and Literacy)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสถานะทางสุขภาพ เพราะระดับการศึกษามีผลต่อการจ้างงาน รายได้ ความมั่นคงและความพึงพอใจต่อการทำงาน การมีทักษะที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า

6.2.4 การมีงานทำและสภาพการทำงาน (Employment Working Condition)

การมีงานทำและการว่างงานมีผลมากต่อสถานะทางสุขภาพ คนว่างงานจะเผชิญกับภาวะความเครียด มีความวิตกกังวล อัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการมีงานทำ แต่สภาพการทำงานก็มีผลต่อสุขภาพ เช่น งานที่มีความเครียด งานที่ไม่มีความก้าวหน้าหรือความมั่นคง ความเสี่ยงจากการบาดเจ็บและโรคจากการทำงาน

6.2.5 สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environments)

ความสำคัญของการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมจะขยายสู่ชุมชนที่กว้างขวาง เครือข่ายที่เข้มแข็งจะส่งผลถึงความมีชีวิตชีวาของสังคม โดยจะสะท้อนถึงสถาบัน องค์กร หรือการปฏิบัติการที่ชุมชนสร้างความสัมพันธ์และใช้ทรัพยากรร่วมกัน สังคมที่เข้มแข็งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ

6.2.6 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environments)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหารและที่พักอาศัยเป็นปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพ การกระทำของมนุษย์ที่มีผลทำให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อม และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการบาดเจ็บและการตายก่อนวันอันควรเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน

6.2.7 พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต (Personal Health Practices and Coping Skills)

การมีพฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิตที่ดีจะทำให้สุขภาพดี แข็งแรง เช่น การรับประทานอาหารที่สมดุล การออกกำลังกายเป็นประจำ ในขณะที่การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาด ทำให้เกิดโรคหลายชนิด

6.2.8 พัฒนาการที่ดีในวัยเด็ก (Health Child Development)

หลักฐานจำนวนมากบ่งชี้ว่า ช่วงชีวิตก่อนคลอดจนถึงช่วงในวัยเด็ก มีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิต และความสามารถต่างๆ เด็กนั้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น เด็กเมื่อแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย จะมีความเสี่ยงต่อการตาย ความผิดปกติทางสมอง ความพิการแต่กำเนิดและการพัฒนาการช้ากว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ นอกจากนี้ การดูแลในวัยเด็ก ยังมีผลต่อความสมบูรณ์ของจิตใจ และความสมพันธ์ทางสังคม เมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ด้วย

6.2.9 ปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรม (Biology and Genetic Endowment)

ปัจจัยและกลไกทางชีวภาพของร่างกายมนุษย์ เช่น การเจริญเติบโต การชราภาพ เพศชาย เพศหญิง ตลอดจนพันธุกรรม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและทำให้เกิดโรคของแต่ละคนแตกต่างกัน สารเคมีหลายอย่างในปัจจุบัน มีผลกระทบทำให้สารพันธุกรรมของคนเปลี่ยนแปลงไป

6.2.10 บริการสุขภาพ (Health Service)

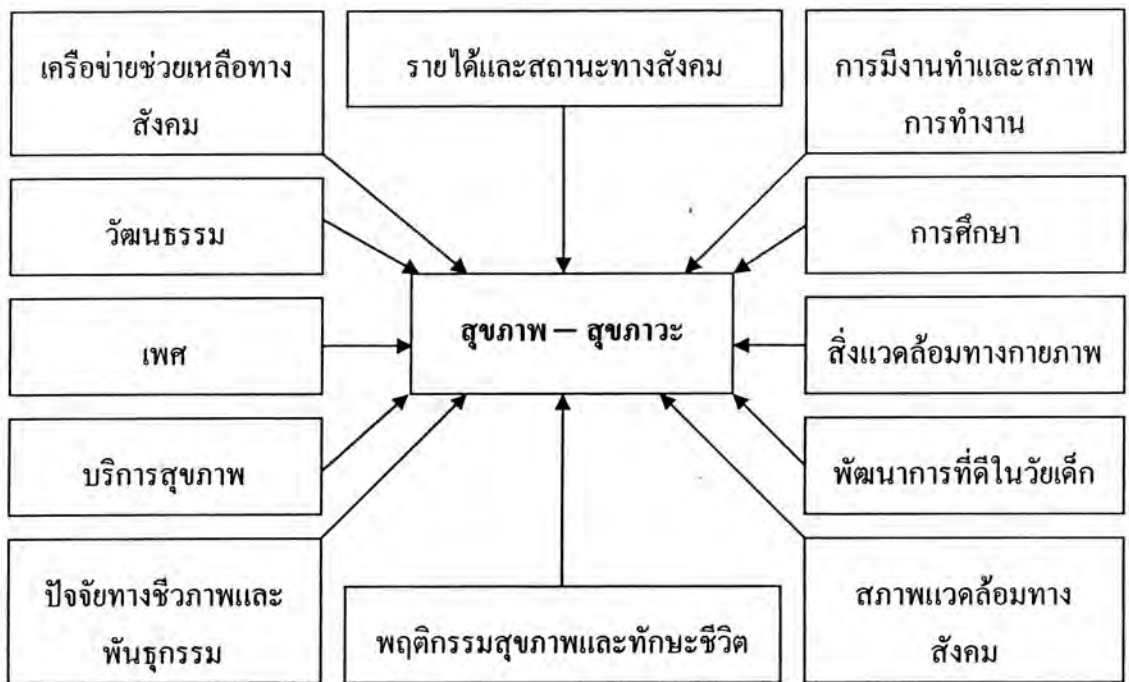
บริการสุขภาพที่เน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนในทางที่ดี บริการเหล่านี้ ได้แก่ บริการอนามัยแม่และเด็ก การดูแลก่อนคลอด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรก การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และทางเลือกต่างๆ เพื่อสุขภาพ

6.2.11 เพศ (Gender)

เพศจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสถานภาพ บทบาท ทักษะ พฤติกรรม คุณค่า อำนาจ และอิทธิพลที่มีต่อสังคม เพศยังมีอิทธิพลต่อลำดับความสำคัญและการปฏิบัติในระบบสุขภาพ ประเด็นสุขภาพหลายชนิดเป็นบทบาทหน้าที่แยกตามเพศและสถานภาพ

6.2.12 วัฒนธรรม (Culture)

บุคคลหรือชุมชนอาจได้รับความเสี่ยงสุขภาพ จากสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งบ่งชี้โดยคุณค่าทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อสถานภาพที่ถูกโคดเคี้ยว หรือสูญเสีย หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม



ภาพที่ 1 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

6.3 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

6.3.1 ความหมายของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (European Centre for Health Policy, 1999) ได้ให้จำกัดความของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment; HIA) ใน ข้อตกลง Gothenburg (Gothenburg Consensus Paper on HIA) ไว้ว่า

“กระบวนการ วิธีการ และเครื่องมือ หลานชนิด ที่ใช้เพื่อคาดการณ์ผลกระทบและการกระจายของผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการ นโยบาย แผนงาน หรือ โครงการ”

สำหรับประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2546) ให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

“เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม เพื่อให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันพิจารณาถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นแล้ว หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง อันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในทางเลือกที่ดีที่สุด สำหรับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของทุกคนในสังคม”

6.3.2 แนวคิด และ วัตถุประสงค์ของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

6.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับ HIA

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของชุมชน และให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างรอบคอบ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพในระดับต่างๆ พร้อมทั้งลดภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย โครงการ กิจกรรม ท้องถิ่นและชุมชน โดยการใช้วิธีการและเครื่องมือหลายชนิดร่วมกัน รวมทั้งข้อมูล หลักฐานทางวิชาการอย่างมีจริยธรรม เพื่อการปกป้องคุ้มครองสิทธิ และสุขภาพของประชาชน เป็นการป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพทางลบที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อประชาชน

6.3.2.2 ความสำคัญและคุณค่าของ HIA

ตามข้อตกลง Gothenburg ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของ HIA ดังนี้

(1) ใช้หลักการประชาธิปไตย (Democracy) โดยเน้นถึงสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจนโยบายโครงการ หรือกิจกรรม ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม และกระบวนการมีส่วนร่วม ต้องอยู่บนพื้นฐานของความโปร่งใส

(2) คำนึงถึงความเท่าเทียมกัน (Equity) HIA ควรมุ่งเพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในสังคม ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการมีสุขภาพและสังคมที่ดี ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว HIA จึงให้ความสำคัญกับ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ (Vulnerable Groups) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า โครงการหรือกิจกรรมที่พัฒนานั้นจะเอื้อประโยชน์หรือเกิดผลกระทบทางบวกต่อประชาชนกลุ่มเหล่านี้ให้มากที่สุด และข้อเสนอแนะ มาตรการลดผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดขึ้น สามารถป้องกันหรือลดผลกระทบทางลบให้เหลือน้อยที่สุด

(3) คำนึงถึงหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) HIA เน้นเป้าหมายทางสุขภาพให้ทุกคนมีความพร้อมและสามารถเลือกแนวทางพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ และสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีสันติสุข ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

(4) การใช้ข้อมูลหลักทางวิชาการอย่างมีจริยธรรม (Ethical use of evidence) HIA ประยุกต์ใช้ข้อมูลและหลักฐานที่ได้จากวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หลายวิธีการร่วมกัน โดยนักวิชาการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องหลากหลายสาขา

(5) ความครอบคลุมด้านสุขภาพแบบองค์รวม (Comprehensive approach to health) HIA คำนึงถึงสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และพิจารณาปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างรอบคอบ

6.3.2.3 วัตถุประสงค์ของ HIA

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อระบุนโยบาย โครงการพัฒนาหรือกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอย่างไร โดย HIA จะช่วยให้การกำหนดมาตรการและแผนปฏิบัติการลดความเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพจากการพัฒนา

ดังนั้น HIA จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้เพื่อระบุ คาดการณ์และพิจารณาถึงผลกระทบต่อสุขภาพจาก นโยบาย โครงการหรือกิจกรรม ที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วกับประชากรทุกกลุ่ม และนำเสนอข้อมูลแก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

(1) การทำ HIA เพื่อประกอบการขออนุญาตโครงการ เป็นการทำรายงาน HIA ในโครงการที่ พรบ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 กำหนดให้จัดทำรายงาน การวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) เพื่อประกอบการขออนุญาตดำเนินโครงการ โดยจัดทำรายงานก่อนเริ่มขออนุญาตโครงการ ซึ่งผู้ที่จัดทำรายงานจะต้องเป็นนิติบุคคลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอนุญาต จากกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้เป็นผู้จัดทำรายงาน EIA

(2) การทำ HIA เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพสามารถดำเนินการในนักวิชาการ หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในการจัดทำนโยบายสาธารณะ

(3) การทำ HIA ของชุมชน (Community HIA) เป็นการนำเอากระบวนการ HIA มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของชุมชน สร้างความร่วมมือในชุมชน สร้างความตระหนักด้านสุขภาพ เพื่อการสร้างสุขภาพในชุมชน สังคม เป็นการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ระหว่างนักวิชาการ ภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน ทั้งภาคประชาชน รัฐ และเอกชน

(4) การทำ HIA ของนโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนขึ้นแล้วหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร การประเมินผลกระทบ

ต่อสุขภาพจากเขื่อนปากมูล เป็นต้น ซึ่งดำเนินการโดยนักวิชาการ ร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรพัฒนาชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลและข้อเสนอแนะต่อองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการวางมาตรการป้องกันแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นและที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

6.3.3 ขอบเขตของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

ลักษณะหรือขอบเขตของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสามารถดำเนินการได้ในหลายระดับ ได้แก่

6.3.3.1 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของนโยบายมหภาคในระดับ องค์กร ระดับประเทศเช่น การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายการขนส่งของสหภาพยุโรป

6.3.3.2 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของนโยบาย หรือแผนงานต่างๆ ของรัฐ เช่น การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรมพลังงานและการใช้ดินในประเทศแคนาดา

6.3.3.3 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับใช้ประกอบการพิจารณา ร่างกฎหมายต่างๆของรัฐสภา เช่น การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากร่างกฎหมายภาษีพลังงานในประเทศเนเธอร์แลนด์

6.3.3.4 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อประกอบการพิจารณาความเหมาะสมของโครงการต่าง ๆ เช่น การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการทำเหมืองแร่ในประเทศแคนาดา

6.3.3.5 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับใช้ประกอบการตัดสินใจ และการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในระดับท้องถิ่นหรือเครือข่ายระดับท้องถิ่นหรือประชาคมท้องถิ่น เช่น การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดระบบการขนส่งระหว่างองค์กรท้องถิ่นซึ่งอยู่ใกล้เคียงกัน

6.3.4 รูปแบบผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลกระทบต่อสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพตัวใดตัวหนึ่ง หรือหลายตัว อันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบาย แผนงานหรือโครงการ ซึ่งสามารถจำแนกลักษณะของผลกระทบต่อสุขภาพตามความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

6.3.4.1 ผลกระทบโดยตรง (Direct Impact) เป็นผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบาย แผนงานหรือโครงการ โดยมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้องน้อยมาก เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากโครงการเหมืองแร่ในเขตป่าหรือผลกระทบต่อสุขภาพจิตอัน

เนื่องมาจากความวิตกกังวลในอุบัติภัยที่อาจเกิดขึ้นจากนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ผลกระทบลักษณะนี้มักง่ายต่อการวิเคราะห์เชิงปริมาณ และการติดตามเฝ้าระวัง เพราะมีตัวแปรเข้ามาเกี่ยวข้องน้อย

6.3.4.2 ผลกระทบโดยอ้อม (Indirect Impact) เป็นผลกระทบที่มีได้เกิดขึ้นกับสุขภาพโดยตรงแต่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหลายตัวร่วมกัน จนมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในที่สุด เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพกายที่แย่ง เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิต ภายหลังจากทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมลงจากการดำเนินโครงการ หรือผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เนื่องมาจากการจ้างงานที่เพิ่มขึ้น และความภาคภูมิใจในความสามารถในการพึ่งตนเอง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินโครงการ ดังนั้น การประเมินผลกระทบในลักษณะนี้ค่อนข้างยากในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพราะมีปัจจัยประกอบมาก จึงจำเป็นต้องใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เช่น การสังเกตโดยตรง กรณีศึกษา เพื่ออธิบายให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

6.3.4.3 ผลกระทบสะสม (Cumulative Impact) เป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่สะสมมาจากการดำเนินนโยบาย แผนงานและโครงการต่าง ๆ ในพื้นที่เดียวกัน หรือในกลุ่มประชากรเดียวกัน ซึ่งบางครั้งทำให้ผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงขึ้นเกินกว่าที่คาดการณ์ไว้ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในแต่ละโครงการ การประเมินผลกระทบสะสม จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่หรือประชากรแต่ละกลุ่มเป็นอย่างดี ตลอดจนต้องสามารถมองทะลุไปสู่การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่น่าจะเกิดขึ้น แม้ว่าความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะอยู่นอกเหนือจากขอบเขตของโครงการก็ตาม

6.3.5 รูปแบบของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสามารถดำเนินการได้ในหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อเสนอนโยบาย (หรือโครงการ) ความซับซ้อนของผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ความสัมพันธ์ในเชิงช่วงเวลาของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินการนั้น และความพร้อมและทรัพยากรในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้ โดยการแบ่งรูปแบบและประเภทของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพมักแบ่งได้ใน 2 ลักษณะ คือ

6.3.5.1 ประเภทของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจำแนกตามเวลา

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสามารถแบ่งได้ตามความสัมพันธ์ในเชิงช่วงเวลาของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินการ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

(1) ศึกษาแบบมองไปข้างหน้า (Prospective HIA) เป็นการประเมินก่อนโครงการ เริ่มดำเนินการ การประเมินผลกระทบในช่วงนี้เปิดโอกาสให้มีการแก้ไขข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือโครงร่างโครงการก่อนมีการดำเนินการ เพื่อเพิ่มผลกระทบด้านบวกต่อสุขภาพ และลดผลกระทบทางลบ การประเมินผลกระทบแบบศึกษาไปข้างหน้ามักเป็นรูปแบบหลักของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(2) ศึกษาแบบมองย้อนหลัง (Retrospective HIA) เป็นการประเมินภายหลัง จากที่นโยบายหรือโครงการได้ดำเนินไปแล้ว การประเมินผลกระทบในช่วงนี้เปิดโอกาสให้มีการทบทวน และประเมินผลการดำเนินการของนโยบายหรือโครงการที่ผ่านมา เพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข หรือฟื้นฟู หากพบว่ามีผลกระทบทางลบแก่สุขภาพ และเพื่อหาทางส่งเสริม และขยายผล หากพบว่ามีผลกระทบทางบวกแก่สุขภาพ นอกจากนี้ การประเมินรูปแบบนี้ยังมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับการสร้างเสริมองค์ความรู้เพื่อการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในรูปแบบแรก

(3) ศึกษาแบบมองไปพร้อมกับการดำเนินการ (Concurrent HIA) เป็นการประเมินไปพร้อม ๆ กับที่นโยบายหรือโครงการดำเนินไป โดยมีความมุ่งหวังที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ การทบทวน และการปรับเปลี่ยนทิศทาง กลไก หรือวิธีการดำเนินการอย่างรวดเร็วที่สุด เมื่อเห็นว่าแนวทางใดมีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินในรูปแบบนี้จึงจำเป็นต้องมีทั้งการประเมินผลแบบย้อนหลัง และการมองไปข้างหน้าประกอบกันด้วย การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในรูปแบบนี้จะประสบความสำเร็จได้ ต้องมีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้กำหนดนโยบาย ผู้ได้รับผลกระทบ และผู้ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

สิ่งสำคัญที่สุดเกี่ยวกับช่วงเวลา คือ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการมองไปข้างหน้า แบบมองย้อนหลัง และแบบมองไปพร้อม ๆ กัน จะต้องดำเนินการ และได้ผลการประเมินอย่างทันการณ์ กับช่วงเวลาการตัดสินใจทางนโยบายในแต่ละช่วง ดังนั้น การพิจารณาเกี่ยวกับช่วงเวลาในการตัดสินใจ และการเลือกรูปแบบในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก

6.3.5.2 ประเภทของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจำแนกตามขนาดการดำเนินงาน

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพยังสามารถแบ่งได้ตามขนาดของการดำเนินการในขั้นตอนการวิเคราะห์ หรือการประเมิน (Appraisal) ตามขนาดการดำเนินการหรือความรวดเร็วในการได้รับผลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ

(1) การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบบเร่งด่วน

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบบเร่งด่วน มักใช้สำหรับการพิจารณาโยบายหรือโครงการขนาดเล็ก ที่มีความซับซ้อนของผลกระทบต่อสุขภาพไม่มากนัก หรือใช้ในกรณีที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับทราบผลการประเมินผลกระทบอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สามารถนำเสนอผลการประเมินดังกล่าวได้ทันกับกระบวนการตัดสินใจ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบบเร่งด่วนจึงใช้ระยะเวลาอันสั้นและเน้นการมีส่วนร่วมและประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นหลัก

(2) การประเมินผลกระทบแบบรอบด้าน

การประเมินผลกระทบแบบรอบด้าน ใช้สำหรับการพิจารณา นโยบายหรือโครงการขนาดใหญ่ ซึ่งมีความซับซ้อนของผลกระทบต่อสุขภาพสูง มีความต่อเนื่องยาวนาน และมีผลกระทบต่อสุขภาพกับประชาชนในวงกว้าง รวมถึงมีความพร้อมในเชิงทรัพยากร และไม่มีเหตุแห่งการรีบรัดในการตัดสินใจ การประเมินผลกระทบแบบรอบด้านจึงมักจะใช้ทรัพยากรและเวลาเป็นอย่างมาก โดยข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินในรูปแบบนี้ ได้จากความรู้ และการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ทบทวนวรรณกรรม หลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่โดยผู้ประเมินทบทวนผลงานการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในโครงการอื่น ๆ ที่มีลักษณะของโครงการที่ใกล้เคียงกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม และการทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะ รวมถึงอาจมีการวางระบบการติดตามและเก็บข้อมูลระยะยาว เช่น Cohort study

(3) การประเมินผลกระทบแบบระดับกลาง

ข้อมูลที่ได้เก็บได้ใช้ในการประเมินได้มาจาก การประเมินแบบรอบด้านแต่ละระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินสั้นกว่า เนื่องจากอาจมีความซับซ้อนของปัญหาน้อยกว่า มีความพร้อมในทางทรัพยากรน้อยกว่า หรือมีความจำกัดของเวลาในการนำเสนอผลการประเมินเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ โดยข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินในรูปแบบนี้ได้จากความรู้และการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ทบทวนวรรณกรรม หลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ โดยผู้ประเมินทบทวนผลงานการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในโครงการอื่น ๆ ที่มีลักษณะของโครงการที่ใกล้เคียงกันและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมและการทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะ

อย่างไรก็ดี การจำแนกตามขนาดการดำเนินการนี้ยังไม่มีข้อตกลงอย่างเป็นทางการในระดับนานาชาติ สำหรับการใช้คำเหล่านี้ยังเป็นสากล เพราะขนาดและเวลาที่ใช้ในการประเมินต่างกรณีกันอาจไม่เท่ากัน และถึงแม้ใช้เวลาเท่ากันก็อาจเรียกไม่เหมือนกัน ทั้งนี้

การกำหนดการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในแต่ละครั้งควรที่ดำเนินการประเมินในรูปแบบใด ควรดำเนินการพิจารณาตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองโครงการ (screening) โดยข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในรูปแบบนี้ได้มาจากความรู้และการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ประเมิน ข้อมูลหลักฐานที่มีอยู่แล้ว ประสพการณ์ความรู้ที่ได้จากการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของนโยบายหรือโครงการที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

6.3.6 ระดับในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

ระดับของผลกระทบต่อสุขภาพที่จะทำการประเมินมีความสำคัญในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพราะการเลือกระดับในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ย่อมมีผลให้ผลลัพธ์ของการประเมินแตกต่างกัน ทั้งในแง่ของข้อมูลทางวิชาการ ข้อเสนอสำหรับการเรียนรู้ของสังคมและผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่

6.3.6.1 ผลกระทบในระดับปัจเจกบุคคล เช่น ผลกระทบที่มีต่อความเจ็บป่วยหรือสถานะทางสุขภาพของแต่ละบุคคล ทำให้เข้าใจถึงผลกระทบที่แตกต่างกันในสมาชิกของแต่ละครัวเรือน (เช่น เด็กหรือผู้สูงอายุอาจได้รับผลกระทบมากกว่าผู้อื่น) แต่การประเมินผลกระทบในระดับนี้แต่เพียงอย่างเดียว ก็มีข้อจำกัดในการเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพในขอบเขตที่กว้างขึ้นและลึกซึ้งขึ้น เพราะขาดกรอบการมองมิติความสัมพันธ์ในระดับและโครงสร้างต่าง ๆ

6.3.6.2 ผลกระทบในระดับครอบครัว เช่น ผลกระทบที่มีต่อความสัมพันธ์ภายในครัวเรือน ซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินเห็นถึงขีดความสามารถในการรับมือกับปัญหาในระดับครอบครัวหรือในมุมกลับกัน ผู้ประเมินก็อาจจะเห็นถึงปัญหาอันเนื่องมาจากความล้มเหลวในการรับมือกับปัญหาดังกล่าว จนเกิดเป็นปัญหาภายในครอบครัว หรือขยายปัญหาในระดับชุมชน การประเมินผลกระทบในระดับนี้จึงเป็นการศึกษาในระดับที่เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญกับสถาบันทางสังคมที่ใหญ่ขึ้นกว่านั้น เช่น ชุมชนหรือองค์กรของรัฐ ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

6.3.6.3 ผลกระทบในระดับชุมชน เช่น ผลกระทบที่มีต่อความสามารถในการจัดการการคุ้มครองและการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน การประเมินในระดับนี้จะทำให้เห็นถึงเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือของชุมชนในการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของสมาชิกในชุมชนจากการดำเนินนโยบายหรือโครงการ

6.3.6.4 ผลกระทบในระดับสาธารณะ เช่น ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของสาธารณะในวงกว้าง ไม่สามารถจำกัดเฉพาะกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบโดยตรง (เช่น การก่อวินาศกรรม การเกิดอุบัติเหตุจากการขนส่ง) หรือผลกระทบที่มีต่อทัศนคติของสาธารณะในแง่ของความสำคัญของสุขภาพ เช่น การมองเห็นทางเลือกหรือโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

ไปจากเดิม รวมถึงทัศนคติที่มีต่อความเสี่ยง ของแต่ละกลุ่มประชากรและภาพรวมที่เปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการดำเนิน (หรือผลของการดำเนิน) นโยบาย แผนงาน หรือโครงการนั้น การประเมินผลกระทบในระดับสาธารณะแม้ว่าจะยากในการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมิน แต่ก็มีความสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีจึงควรพิจารณาผลกระทบต่อสุขภาพในทุกระดับ และสามารถเชื่อมโยงถึงผลกระทบต่อสุขภาพในแต่ละระดับเข้าด้วยกัน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในแง่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็พื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดแนวทางในการเสริมผลกระทบทางบวกและลดผลกระทบทางลบ จากการดำเนินนโยบาย แผนงานหรือโครงการดังกล่าวในระดับต่าง ๆ กัน

6.3.7 แนวทางการดำเนินการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

หลักการและขั้นตอนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถใช้ประเมินทั้งในระดับนโยบาย ระดับแผนและระดับโครงการ กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ แสดงขั้นตอนโดยสรุปย่อได้ ดังนี้

6.3.7.1 การกั่นกรอง (Screening)

การคัดกรอง เป็นขั้นตอนแรกของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้ทราบว่านโยบาย แผนงานหรือโครงการนั้นๆ จำเป็นต้องทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่ และหากควรมีการประเมินผลกระทบต่อไป จะใช้วิธีการประเมินแบบใด

ผู้ทำการคัดกรอง คือ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย โครงการ หรือเป็นตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหรือโครงการนั้นๆ ผู้ทำการคัดกรองอาจเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการประเมินผลกระทบโดยตรง ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆ ดังนี้

(1) การศึกษารายละเอียดโครงการเป็นขั้นตอนแรก เพื่อทราบว่าโครงการที่พิจารณานั้นมีหลักการ และเหตุผล เป้าหมายและวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงานและผลที่จะได้จากโครงการอย่างไรบ้าง

(2) การกั่นกรองในขั้นตอนนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกเป็นการตรวจสอบผลกระทบตอสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ทราบว่าจำเป็นต้องทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือไม่ เมื่อพิจารณาแล้ว บางกรณีอาจไม่จำเป็นต้องทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพต่อไป เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยมาก หรือผลกระทบต่อสุขภาพและกลไกการแก้ไขเป็นประจักษ์และมีเอกสารในเรื่องนี้อยู่แล้ว

หลังจากที่คัดกรองแล้วพบว่าควรมีการประเมินผลกระทบต่อไป งานต่อไปในขั้นตอนคัดกรองนี้ คือ การพิจารณาว่าจะประเมินแบบใด (type of appraisal) เช่น แบบเร่งด่วน แบบรอบด้านหรือแบบปานกลาง

6.3.7.2 การกำหนดขอบเขต (Scoping)

หลังจากขั้นตอนการคัดกรองพบว่าควรมีการสืบข้อมูลเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพต่อไป ขั้นตอนต่อไป คือ การกำหนดขอบเขตของการประเมินผลกระทบ ทั้งนี้ เพื่อให้มีการวางแผนเกี่ยวกับการประเมินที่ดี เป็นระบบ ตรงตามคุณลักษณะของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจบทบาท และความรับผิดชอบของตนเอง งานหลักในการกำหนดขอบเขต คือ

- (1) กำหนดขอบเขตของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
- (2) พิจารณาและกำหนดวิธีการจัดการประเมิน
- (3) แบ่งการรับผิดชอบเพื่อตัดสินใจ
- (4) พิจารณาและกำหนดลักษณะของความรับผิดชอบ การติดตาม

และประเมินผลกระทบรวมการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินการติดตามโครงการที่ปรับแล้วและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ประเด็นที่ต้องทำในขั้นตอนการกำหนดขอบเขต ได้แก่

(1) ขอบเขตของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ตารางเวลา ปฏิบัติงานของทางภูมิศาสตร์ ประชากรที่ครอบคลุม กลุ่มค้อยโอกาสที่ต้องได้รับความสนใจเป็นพิเศษ ผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

- (2) วิธีการประเมิน
- (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ
- (4) ลักษณะการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- (5) การเตรียมการสำหรับการบริหารจัดการเพื่อการประเมินได้แก่

แต่งตั้งผู้ประเมินกลไกการบริการผู้ประเมิน รวมทั้งกระบวนการป้อนกลับ

(6) แผนผังการทำงาน ได้แก่ แผนปฏิบัติงาน กำหนดเวลาที่แน่นอน ในการสิ้นสุดแผนงาน รวมทั้งการจัดการผลงาน เช่น ใครเป็นเจ้าของผลงาน การเก็บเป็นความลับ และลิขสิทธิ์

(7) ทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร สำนักงาน ครุภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ

(8) ความรับผิดชอบในการตัดสินใจ

(9) ลักษณะความรับผิดชอบต่อการติดตามและประเมินผลภายหลังการที่โครงการที่ถูกประเมินนำไปปฏิบัติ ทั้งในแง่ของการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จัดตั้งคณะกรรมการกำกับงาน (Steering group) การกำหนดขอบเขตนี้ควรเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการกำกับงาน ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลกระบวนการประเมินและผลทางสุขภาพทั้งหมด

6.3.7.3 การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ (Appraisal of the potential health impacts)

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นขั้นตอนหลักขั้นตอนที่ 3 หลังจากการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการศึกษา ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป้าหมายของขั้นตอนนี้ คือ การประเมินว่าจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ถ้านำโครงการ(นโยบาย แผนงาน หรือโครงการ) นั้นไป ปฏิบัติ ขั้นตอนการประเมิน (Appraisal) ประกอบด้วย 4 งานหลัก คือ

- (1) วิเคราะห์นโยบาย แผนงาน หรือ โครงการ
- (2) ศึกษาเกี่ยวกับประชากรที่ได้รับผลกระทบ
- (3) บ่งชี้ถึงลักษณะของผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น
- (4) รายงานที่เกี่ยวกับผลกระทบนั้นและข้อเสนอแนะทางการแก้ไข

6.3.7.4 การจัดทำรายงานและข้อเสนอแนะ (Reporting and Recommendation)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นและการร่างข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงนโยบาย แผนงาน โครงการ ให้เพิ่มโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ มีแนวโน้มในการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

(1) ทีมผู้ประเมิน จัดทำร่างรายงาน HIA ประกอบด้วยความเป็นมาของนโยบาย แผนงาน โครงการ ข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่การศึกษา สถานะสุขภาพของประชาชน วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ข้อเสนอแนะในการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพด้านต่างๆ

(2) ทีมผู้ประเมิน จัดการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่างรายงาน HIA และรวบรวมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องของกลุ่ม ได้แก่ ผู้รับผิดชอบนโยบาย แผนงาน โครงการ นักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนกลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบทางลบและกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางบวก

(3) ทีมผู้ประเมินรวบรวมข้อคิดเห็นจากที่ประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็น นำมาปรับปรุงรายงาน และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ เสนอต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจ

6.3.7.5 การติดตามตรวจสอบ และประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

(1) วัตถุประสงค์ของการติดตามตรวจสอบและประเมินผล

ก. เพื่อติดตามตรวจสอบผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง ภายหลังจากการดำเนินการตามนโยบาย แผนงาน โครงการ ว่าตรงกับที่คาดไว้หรือไม่ อย่างไร

ข. เพื่อติดตามว่าผู้รับผิดชอบมาตรการป้องกันหรือลดผลกระทบต่อสุขภาพและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพตามที่ได้กำหนดไว้ในรายงาน HIA มีการดำเนินการตามข้อเสนอแนะหรือไม่

ค. เพื่อนำผลการติดตามตรวจสอบไปเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข การดำเนินการตามนโยบาย แผนงาน โครงการต่อไป

ง. เพื่อเป็นองค์ความรู้และประสบการณ์ สำหรับการประเมินผลกระทบสุขภาพในครั้งต่อไป

(2) รูปแบบและวิธีการติดตามตรวจสอบและประเมินผล การติดตามตรวจสอบและประเมินผล แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

ก. การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

การประเมินผลกระบวนการเป็นการติดตามว่าการดำเนินการ HIA โครงการนั้นๆ ว่ามีการดำเนินการตามหลักการมากน้อยเพียงใด การดำเนินการมีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไร โดยการประเมินผลกระบวนการ คณะกรรมการกำกับติดตามสามารถติดตามกำกับ ดูแลในระหว่างขั้นตอนต่างๆของการทำ HIA ผลสรุปจากการประเมินผลกระบวนการ จะเป็นประโยชน์สำหรับการเป็นบทเรียนหรือองค์ความรู้ที่จะนำไปเป็นประโยชน์ในการดำเนินการ HIA โครงการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป

ข. การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation)

การประเมินผลลัพธ์ เป็นการติดตามและวิเคราะห์ตัวชี้วัดต่างๆ และผลลัพธ์ทางสุขภาพว่ามีการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพหรือไม่ทั้งในประเด็นที่คาดการณ์ไว้หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ การประเมินผลลัพธ์จึงเป็นการทดสอบการคาดการณ์เพื่อบ่งชี้ให้เห็นถึงผลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ยังเป็นการติดตามว่าผลจากการดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่ระบุในรายงาน HIA สามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพ บรรลุตามที่ต้องการหรือไม่

7. องค์การบริหารส่วนตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบล มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า อบต. มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งจัดตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับที่ 5 พ.ศ. 2546 โดยยกฐานะจากสภาตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีพื้นที่เท่ากับตำบลและตำบล โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อดูแลทุกข์สุขและให้บริการประชาชนในหมู่บ้าน ตำบล เขต อบต. แทนรัฐบาลกลาง มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และหน้าที่อื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งมีงบประมาณ และพนักงานเจ้าหน้าที่ของ อบต. เอง

องค์การบริหารส่วนตำบลเกิดขึ้นตามประกาศกระทรวงมหาดไทย โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

7.1 เป็นสภาตำบล ที่มีรายได้โดยไม่รวมเงินอุดหนุนในปีงบประมาณที่ล่วงมาติดต่อกัน 3 ปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 บาท

7.2 กฎหมายกำหนดให้สภาตำบลและอบต. ที่มีประชากรไม่ถึง 2,000 คน ต้องยุบรวมพื้นที่เข้ากับ อบต. อื่นหรือหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีเขตติดต่อกันภายในเขตอำเภอเดียวกัน นอกจากสภาตำบลที่มีสภาพพื้นที่เป็นเกาะหรืออยู่ห่างไกลไม่สามารถติดต่อกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นได้สะดวก ดังนั้น สภาตำบลที่มีประชากรไม่ถึง 2,000 คน ก็จะไม่ได้รับการพิจารณาจัดตั้งเป็น อบต.

8. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

สาระสำคัญเกี่ยวกับ HIA

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีสาระสำคัญในการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)และระหว่าง อปท. กันเอง โดยได้กำหนดอำนาจหน้าที่ ของ อปท. ไว้ในมาตรา 16, 17, 18, 19, 20 และ 21 ดังนี้

มาตรา 16 ให้เทศบาลเมืองพัทยาและ อบต. มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้

1. การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
2. การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำและทางระบายน้ำ
3. การจัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้ามและที่จอดรถ
4. การสาธารณสุขูปโภคและการก่อสร้างอื่นๆ
5. การสาธารณูปการ
6. การส่งเสริม การฝึก และการประกอบอาชีพ
7. การพาณิชย์และการส่งเสริมการลงทุนกัน
8. การส่งเสริมการท่องเที่ยว
9. การจัดการศึกษา
10. การสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและ



ผู้ด้อยโอกาส

งามของท้องถิ่น

11. การบำรุงรักษาสีตปะ จาริตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดี
12. การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
13. การจัดให้มีและบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
14. การส่งเสริมกีฬา
15. การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
16. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
17. การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง
18. การกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย
19. การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล
20. การจัดให้มีและควบคุมสุสาน และฌาปนสถาน
21. การควบคุมสัตว์เลื้อย
22. การจัดการให้มีและควบคุมการฆ่าสัตว์
23. การรักษาความปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและการอนามัยโรงเรียน

โรงแรมสรรพ และสาธารณสถานอื่นๆ

24. การจัดการ การบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากป่าไม้ที่ดิน
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

25. การผังเมือง

26. การขนส่ง และการวิศวกรรมจราจร

27. การดูแลรักษาที่สาธารณะ
28. การควบคุมอาคาร
29. การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
30. การรักษาความสงบเรียบร้อย การส่งเสริมและการสนับสนุนการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

31. กิจการใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศ กำหนด

มาตรา 17 ภายใต้งบกับมาตรา 16 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้

1. การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด
2. การสนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ในการพัฒนาท้องถิ่นอื่น
3. การประสานและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
4. การแบ่งสรรเงินซึ่งตามกฎหมายจะต้องแบ่งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
5. การคุ้มครอง ดูแล การบำรุงรักษาป่าไม้ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
6. การจัดการศึกษา
7. การส่งเสริมประชาธิปไตยและความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
8. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
9. การส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม
10. การจัดตั้งและดูแลระบบบำบัดน้ำเสียรวม
11. การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลรวม
12. การจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่างๆ
13. การจัดการดูแลสถานีขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำ
14. การส่งเสริมการท่องเที่ยว
15. การพาณิชย์ การส่งเสริมการลงทุนและการจัดทำกิจการไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือร่วมกับบุคคลอื่นหรือจากสหการ

16. การสร้างและบำรุงรักษาทางบกและทางน้ำที่เชื่อมต่อระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

17. การจัดตั้งและดูแลตลาดกลาง

18. การส่งเสริมกีฬา จารีตประเพณี และวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น

19. จัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

20. การจัดให้พิพิธภัณฑสถานและหอจดหมายเหตุ

21. การขนส่งมวลชนและการวิศวกรรมจราจร

22. การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

23. การจัดให้มีระบบการรักษาความสงบเรียบร้อยในจังหวัด

24. จัดทำกิจการอื่นเป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขต และกิจการนั้นเป็นการสมควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร่วมดำเนินการหรือให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสั่งทำ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศ กำหนด

25. สนับสนุนหรือช่วยเหลือส่วนราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาท้องถิ่นอื่น

26. การให้บริการแก่เอกชน ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

27. การสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส

28. จัดทำกิจการอื่นใดตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น กำหนดให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

29. กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 18 ให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา 16 และมาตรา 17

มาตรา 19 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษไม่เต็มพื้นที่จังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตราที่ 16

มาตรา 20 ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะอย่างเดียวกันหรือคล้ายคลึงกันให้คณะกรรมการมีอำนาจกำหนดว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบในส่วนใด

มาตรา 21 บรรดาอำนาจและหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของรัฐตามกฎหมาย รัฐอาจมอบอำนาจและหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแทนได้

ในการดำเนินงานตามอำนาจและหน้าที่ที่ระบุไว้ในมาตรา 16 มาตรา 17 มาตรา 18 และ มาตรา 19 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจร่วมมือกันดำเนินการหรืออาจร้องขอให้รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น แล้วแต่กรณี ดำเนินการแทนได้

มาตรา 22 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมอบให้เอกชนดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่แทนได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้กฎกระทรวง

9. ข้อมูลพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ

9.1 สภาพทางภูมิศาสตร์

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 20,812.5 ไร่ (55.5 ตารางกิโลเมตร) มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดกับ ตำบลเมืองเก่า	อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
ทิศใต้	ติดกับ กิ่งอำเภอบ้านแฮด	อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
ทิศตะวันออก	ติดกับ ตำบลคอนหัน	อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
ทิศตะวันตก	ติดกับ ตำบลคอนช้าง	อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

การคมนาคม มีถนนตัดผ่านระหว่างตำบลท่าพระกับอำเภอเมืองขอนแก่น ได้แก่ ถนนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2 (ถนนมิตรภาพ) ตัดผ่านจากอำเภอบ้านไผ่ ผ่าน ตำบลท่าพระ ไปยัง อำเภอเมืองขอนแก่น และ ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 208 เชื่อมต่อจากอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ต่อกับทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2 ณ หมู่ที่ 10 ตำบลท่าพระมีเส้นทางรถไฟตัดผ่าน

9.2 ข้อมูลด้านประชากร

ประชากรในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2552 มีจำนวนทั้งสิ้น 11,285 คน แยกเป็นชาย 5,644 คน หญิง 5,641 คน ความหนาแน่นประชากร 203.33 คนต่อตารางกิโลเมตร จำนวนครัวเรือน จำนวน 2,981 หลังคาเรือน

ตารางที่ 1 จำนวนครัวเรือนและประชากร พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ

หมู่ที่	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนประชากร (คน)		
		ชาย	หญิง	รวม
2	279	442	443	885
3	207	366	384	750
4	213	502	509	1,011
5	212	582	572	1,154
8	165	384	373	757
9	187	499	467	966
12	213	463	484	947
14	185	405	431	836
15	459	473	445	918
16	89	164	190	354
17	182	482	469	951
19	407	518	546	1,064
21	145	290	271	561
22	38	74	57	131
รวม	2,981	5,644	5,641	11,285

(ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2552)

ที่มา : ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าพระ, 2553

9.3 ข้อมูลองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ

บุคลากร พนักงานและลูกจ้าง ประจำองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ มีจำนวน 41 คน แบ่งส่วนราชการออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

- 9.3.1 สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

จำนวน 13 คน
- 9.3.2 ส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

จำนวน 11 คน
- 9.3.3 ส่วนการศึกษา

จำนวน 8 คน
- 9.3.4 ส่วนโยธา

จำนวน 5 คน
- 9.3.5 ส่วนการคลัง

จำนวน 4 คน

9.4 ข้อมูลจากภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อบต.ท่าพระเกี่ยวกับการจัดการ มูลฝอยในชุมชน

ตารางที่ 2 โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ย้อนหลัง 3 ปี

ลำดับ	โรค	จำนวนผู้ป่วย (คน)					
		ปี 2550	อัตราป่วย (ต่อแสน ประชากร)	ปี 2551	อัตราป่วย (ต่อแสน ประชากร)	ปี 2552	อัตราป่วย (ต่อแสน ประชากร)
1	โรคอุจจาระร่วง	125	1,274.08	58	578.96	185	1,639.34
2	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	1	10.19	3	29.95	24	212.67
3	โรคอาหารเป็นพิษ	24	244.62	9	89.84	15	132.92
4	โรคไข้เลือดออก	2	20.39	4	39.93	11	97.47
5	โรคสุกใส	5	50.96	4	39.93	10	88.61
6	โรคตาแดง	5	50.96	4	39.93	9	79.75
7	โรคฉี่หนู	2	20.39	3	29.95	3	26.58
8	บาดทะยัก	0	0.00	0	0.00	5	44.31
9	โรคไข้หวัดนก	0	0.00	0	0.00	3	26.58
10	ไข้หวัดใหญ่	0	0.00	1	9.98	2	17.72
11	โรคคางทูม	0	0.00	0	0.00	3	26.58
12	โรค มือ เท้า ปาก	0	0.00	0	0.00	1	8.86
13	โรคไข้ฉี่หนู	1	10.19	0	0.00	1	8.86

ที่มา : ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท่าพระ, 2553

ตารางที่ 3 สาเหตุการป่วย 21 กลุ่มโรค แยกตามผู้ป่วย (รง.504) 12 อันดับแรก ย้อนหลัง 3 ปี

กลุ่มโรค	สาเหตุการป่วย (กลุ่มโรค)	จำนวนผู้ป่วย					
		ปี 2550		ปี 2551		ปี 2552	
		จำนวน (ครั้ง)	อัตราป่วย (ต่อแสนประชากร)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราป่วย (ต่อแสนประชากร)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราป่วย (ต่อแสนประชากร)
1	โรคระบบหายใจ	3,696	37,672.00	3,698	36,913.56	3,714	32,910.94
2	สาเหตุจากภายนอกอื่นๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	3,637	37,070.64	3,764	37,572.37	2,242	19,867.08
3	อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากคลินิกฯ	3,296	33,594.94	3,394	33,879.02	2,578	22,844.48
4	โรคระบบทางเดินอาหาร รวมโรคในช่องปาก	1,919	19,559.68	1,691	16,879.62	2,054	18,201.15
5	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม	1,204	12,271.94	1,109	11,070.07	1,408	12,476.74
6	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ เมตาบอลิซึม	1,133	11,548.26	836	8,344.98	1,075	9,525.92
7	โรคระบบไหลเวียนเลือด	864	8,806.44	700	6,987.42	830	7,354.90
8	โรคตา รวมทั้งส่วนประกอบของตา	669	6,818.88	570	5,689.76	501	4,439.52
9	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อได้ผิวหนัง	420	4,280.91	288	2,874.83	1,101	9,756.31
10	โรคติดเชื้อและปรสิต	371	3,781.47	316	3,154.32	567	5,024.37
11	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	233	2,374.89	217	2,166.10	226	2,002.66
12	โรคระบบประสาท	123	1,253.69	132	1,317.63	158	1,400.09

ที่มา : ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท่าพระ, 2553

9.5 รายงานงบประมาณ (รายรับ-รายจ่าย)

ตารางที่ 4 รายงานรับจ่ายเงินงบประมาณประจำปี

ปีงบประมาณ	รายรับ	รายจ่าย	ผลดำเนินการ
2548	19,000,026.85	15,521,861.20	3,478,165.65
2549	41,773,114.53	32,755,718.17	9,017,396.36
2550	30,726,865.98	18,601,386.07	12,125,479.91
2551	31,657,318.17	36,838,995.44	-5,181,677.27

9.6 แผนพัฒนาสามปี องค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ (พ.ศ.2553-2555)

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ กำหนดวิสัยทัศน์ ดังนี้

“ การคมนาคมสะดวก เศรษฐกิจดี เน้นการศึกษา วัฒนธรรม นำชุมชนเข้มแข็ง”
ยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนาท้องถิ่น ของ อบต.ท่าพระ ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- 9.6.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการโครงสร้างพื้นฐาน
- 9.6.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ
- 9.6.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านพัฒนาคนและสังคม
- 9.6.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- 9.6.5 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการกีฬาและนันทนาการ
- 9.6.6 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 9.6.7 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการเมือง การบริหาร

9.7 การดำเนินการจัดการมูลฝอย อบต. ท่าพระ

9.7.1 สภาพปัจจุบัน

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ (อบต.ท่าพระ) ทำการเก็บ รวบรวมและขนส่งมูลฝอยในเขตพื้นที่ อบต.ท่าพระ เพื่อนำไปกำจัดที่บ่อกำจัดขยะของเทศบาลตำบลท่าพระ ที่ออกแบบเป็นระบบกำจัดแบบผสมผสาน ประกอบด้วยการเทกองบนพื้นแล้วทำการฝังกลบ โดยเสียค่าธรรมเนียมกำจัดขยะมูลฝอย เดือนละ 8,000 บาท นับตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา

9.7.2 ระบบการเก็บรวบรวม เก็บขนและกำจัดขยะมูลฝอย

อบต.ท่าพระ แบ่งพื้นที่การเก็บมูลฝอยออกเป็น 2 โซน โดยยึดที่ตั้งของหมู่บ้าน ชุมชนและสถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรม เป็นหลัก ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.ท่าพระ สำหรับพื้นที่ทั้ง 2 โซน ได้กำหนดแผนการเดินรถ จัดเก็บขยะเพื่อให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยการกำหนดวัน เวลา พื้นที่จัดเก็บและบันทึกปริมาณ จัดเก็บขยะในแต่ละวัน

ปัจจุบัน ภาชนะสำหรับรองรับขยะมูลฝอยที่ อบต.ท่าพระ จัดหาให้เพื่อให้บริการให้พื้นที่ทั้งสิ้น 1,500 ใบ เป็นชนิดถังยางดักแปลงจากยางรถยนต์ ขนาดบรรจุ 50 ลิตร เพื่อ บริการในชุมชน หมู่บ้านและสถานประกอบการต่างๆ โดยปัจจุบันเป็นอัตราส่วนถังขยะต่อ หลังคาเรือน คิดเป็นอัตราส่วน 1:2 สำหรับรถเก็บขนขยะมูลฝอย มี 2 คัน เป็นรถบรรทุกแบบอัด ท้ายขนาดบรรจุ 4 ตัน จะใช้รถบรรทุกหกล้อสำหรับเศษแก้ว ขวด จากบริษัทอุตสาหกรรมล้าง ขวด ในการเก็บขน โดยใช้สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยร่วมกับเทศบาลตำบลท่าพระ ที่บ่อกำจัดขยะ ของเทศบาลตำบลท่าพระ ห่างจากพื้นที่ อบต. ท่าพระ

9.7.3 ปริมาณขยะมูลฝอยและอัตราการเกิดขยะมูลฝอย

จากการศึกษามีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น ประมาณ 4,380 ตันต่อปีหรือ ประมาณ 12 ตันต่อวัน คิดเป็นอัตราการเกิดขยะมูลฝอย 12 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดย อบต.ท่าพระ สามารถทำการเก็บขนขยะมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดได้ประมาณ ร้อยละ 83.33 หรือเก็บขนขยะมูลฝอย ได้ 10 ตันต่อวัน และ อบต.ท่าพระ ทำการเก็บรวบรวมและขนส่ง เพื่อนำไปกำจัดที่บ่อกำจัดขยะ ของเทศบาลตำบลท่าพระ ที่ออกแบบเป็นระบบการกำจัดขยะแบบผสมผสาน

9.7.4 ลักษณะและองค์ประกอบของขยะมูลฝอย

จากการสำรวจ ลักษณะและองค์ประกอบของขยะมูลฝอยแต่ละแหล่งกำเนิด พบว่า บริเวณที่พักอาศัย บ้านเรือน ชุมชน ขยะส่วนใหญ่ ได้แก่ เศษอาหาร กระดาษ พลาสติก และเศษใบไม้ ตามลำดับ สำหรับโรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการต่างๆ องค์ประกอบ หลักของขยะมูลฝอยขึ้นอยู่กับประเภทของกิจการและตามเส้นทางสายหลักในพื้นที่ ขยะมูลฝอย ส่วนใหญ่ ได้แก่ กระดาษ พลาสติก เศษอาหารและเศษใบไม้ ตามลำดับ ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น โดยรวม พบว่า มีขยะมูลฝอยที่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ได้ โดยเป็นขยะที่สามารถขาย ได้ สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้และบางส่วนสามารถนำมาใช้ทำปุ๋ยชีวภาพได้และอาจมีขยะมูลฝอย อันตรายปะปนมาด้วยเช่นกัน

9.7.5 ปัญหาการจัดการมูลฝอย

ปัญหาการจัดการฝอยของ อบต. ท่าพระ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นไม่แน่นอนในแต่ละวัน และขยะไม่มีการคัดแยกก่อนทิ้ง ทำให้การเก็บรวบรวมบางครั้งทำได้ยาก เช่น ขยะประเภทกิ่งไม้ และจากขยะจากสถานประกอบการต่างๆ แคมป์คนงานก่อสร้าง ก็ทำให้มีปัญห ปริมาณขยะไม่แน่นอนในแต่ละวัน และนอกจากนี้ อบต.ท่าพระ เป็นเขตที่มีสถานประกอบการโรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งและเป็นเส้นทางผ่านเข้าออกตัวเมืองขอนแก่น ในแต่ละวันมีผู้คนสัญจรไปมาเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มพ่อค้า แม่ค้า พบว่ามีการนำขยะมาทิ้งข้างทางตามเส้นทางต่างๆ ในเขตพื้นที่ อบต.ท่าพระ เป็นเหตุให้มีการเพิ่มปริมาณขยะเป็นจำนวนมาก จากปัญหาดังกล่าว กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.ท่าพระ ได้ดำเนินการแก้ไขโดยประสานความร่วมมือผู้นำชุมชน เพื่อประชาสัมพันธ์และแจ้งงดทิ้งขยะดังกล่าว พร้อมทั้งมีมาตรการทางกฎหมายที่บังคับใช้ในเรื่องจัดการมูลฝอยในพื้นที่ อบต. ท่าพระ รวมทั้งจัดสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ

ปัจจุบันปัญหาสำคัญและมีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจาก ตั้งแต่ ปี 2551 คือสถานที่กำจัดขยะ ที่ อบต.ท่าพระ นำไปทิ้งเพื่อกำจัด เกิดปัญหาขยะล้นและคาดการณ์ว่าจะเต็มพื้นที่ในอีกไม่นาน (หนังสือประสานงาน เรื่องแจ้งการดำเนินงานการจัดเก็บขยะ จากเทศบาลตำบลท่าพระ วันที่ 15 ตุลาคม 2551) ดังนั้น จึงต้องรีบดำเนินการแก้ไขปัญหาในส่วนที่เกี่ยวข้องและกำหนดเป็นมาตรการเร่งด่วน ทั้งนี้เพื่อรองรับปัญหาหรือผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา โดยได้ศึกษาสถานการณ์ขยะและระบบการจัดการมูลฝอยในพื้นที่ อบต.ท่าพระ (รายงานผลการดำเนินการจัดการมูลฝอย ปี 2551)

9.7.6 กำหนดแผนงานโครงการในปีงบประมาณ 2552 ดังนี้

- 9.7.6.1 โครงการจัดทำสถานที่กำจัดขยะในชุมชน โดยบูรณาการมีส่วนร่วม
- 9.7.6.2 โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม
- 9.7.6.3 โครงการธนาคารวัสดุรีไซเคิล
- 9.7.6.4 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเก็บขยะ
- 9.7.6.5 โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

9.7.7 เขตการเก็บมูลฝอย เส้นทางรถเก็บมูลฝอย

ตารางที่ 5 แผนการเดินทางรถจัดเก็บขยะมูลฝอย พื้นที่ โซนที่ 1 บ้านหนองแขวง

วัน	ช่วงเวลา	พื้นที่จัดเก็บ	ปริมาณขยะต่อวัน	หมายเหตุ
จันทร์	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 9, 16, 22 - ปิมน้ำมันซัสโก้ - ปิมนเซลล์	4 - 5 ตัน (1 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
อังคาร	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 8, 17	4 - 8 ตัน (1 - 2 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
พุธ	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 12, 21, 7, 11 - โรงเรียนบ้านหนองแขวง - วัดหนองแขวง	4 - 8 ตัน (1 - 2 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
พฤหัสบดี	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 14, 15 - ค่ายทหาร - ซอยริมทางรถไฟ	3 ตัน (1 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
ศุกร์	04.00-06.00 น.	- สนง.ศูนย์วิจัย - สนง.เกษตรภาค 4 - สนง.ส่งเสริมพันธุ์พืช - สนง.วิจัยสัตว์	5 ตัน (1 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
เสาร์	หยุด			
อาทิตย์	หยุด			

หมายเหตุ : ขยะประเภทแก้ว ขวด บริษัทขอนแก่น LSK เก็บทุกวันพุธและศุกร์

ตารางที่ 6 แผนการเดินทางจัดเก็บขยะมูลฝอย พื้นที่ โซนที่ 2 บ้านหนองไช่

วัน	ช่วงเวลา	พื้นที่จัดเก็บ	ปริมาณขยะต่อวัน	หมายเหตุ
จันทร์	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 2 - บ.ขอนแก่นบริเวอรี่ จำกัด - แคมป์คนงาน	4 - 8 คัน (1 - 2 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
อังคาร	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 19 - ป้อมศาลเท็กซ์	4 คัน (1 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
พุธ	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 5 - บ.ขอนแก่นบริเวอรี่ จำกัด - บ.ขอนแก่น LSK จำกัด	4 - 8 คัน (1 - 2 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
พฤหัสบดี	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 3 - ศูนย์เกษตรฯ - สนามกอล์ฟ	4 คัน (1 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
ศุกร์	04.00-06.00 น.	- หมู่ที่ 4 - บ.ขอนแก่นบริเวอรี่ จำกัด - บ.ขอนแก่น LSK จำกัด	4 คัน (1 เที่ยว)	เทเสร็จ 08.00 น.
เสาร์	หยุด			
อาทิตย์	หยุด			

หมายเหตุ : ขยะประเภทแก้ว ขวด บริษัทขอนแก่น LSK เก็บทุกวันพุธและศุกร์

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุไรวรรณ อินทร์ม่วงและคณะ (2551) ศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบการมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย โดยดำเนินการในองค์การบริหารส่วนตำบลบึงเนียม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ทำการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของกระบวนการจัดทำแผนพัฒนา ระยะที่ 2 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากแผนพัฒนาและระยะที่ 3 การประเมินผลจากการประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการเสวนากลุ่ม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหาพบว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความตระหนักและคำนึงถึงประเด็นทางสุขภาพของผู้บริหารและพนักงานขององค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนในชุมชน ด้วยวิธีรวบรวมข้อมูลทุกขุม จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการเสวนากลุ่มให้มีการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และเป็นประโยชน์ต่อประชาชน

อัมภัส วิเศษโมรา (2550) ศึกษาความเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม ด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลการจัดการมูลฝอยจากการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยการรวบรวมปริมาณและคู่อัตราการผลิตมูลฝอย มีการสัมภาษณ์บุคลากรระดับนโยบายและจัดประชุมกลุ่มย่อย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อระดมสมองในการหาแนวทางการจัดการที่เหมาะสม พบว่า มีปัญหาการวางถังรองรับมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม ยังไม่มีการคัดแยกมูลฝอยก่อนนำไปทิ้ง ร้อยละ 32.67 และทิ้งมูลฝอยให้บริการให้ทาง อบต.นำไปกำจัด ร้อยละ 71.88 ซึ่งส่วนใหญ่ต้องการให้ทาง อบต.เป็นผู้ดำเนินการจัดการมูลฝอย ร้อยละ 95.28 และพร้อมให้ความมือในการคัดแยกมูลฝอย ร้อยละ 73.55 มีความต้องการให้ อบต.เป็นพื้นที่ปลอดมูลฝอย ร้อยละ 84.85 ซึ่ง ทาง อบต. ได้แนวทางการจัดการมูลฝอย 2 แนวทาง คือ แนวทางที่ 1 ใช้การจัดการมูลฝอยรูปแบบเดิมแต่ส่งเสริมให้มีการคัดแยกมูลฝอยและนำกลับมาใช้ใหม่ แนวทางที่ 2 คือ การจัดการมูลฝอยแบบศูนย์รวมที่มีการบริหารจัดการทรัพยากรกับองค์การบริหารส่วนตำบลใกล้เคียง เพื่อให้มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ (2549) ศึกษาการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ จากนโยบายระดับความปลอดภัยทางถนนของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประชาชนในจังหวัดขอนแก่น โดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การจดบันทึก (Fieldnotes) โดยการแบ่งกลุ่มผู้วิจัยเป็น 2 กลุ่มคือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและกลุ่มประชาชน เก็บข้อมูลด้วยการจดบันทึกและสมุดบันทึก ทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่า ผลกระทบทางบวก ทำให้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้บาดเจ็บมีภาระลดลง ปัญหาสุขภาพลดลง ส่วนผลกระทบทางลบ เกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ จากการปฏิบัติงาน สำหรับกลุ่มประชาชน ผลกระทบในเชิงบวก ทำให้มีการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงลดลง ปลอดภัยจากการใช้รถใช้ถนน ส่วนผลกระทบทางลบ เกิดการขัดแย้งในการปฏิบัติตามกฎจราจร จากการกลัวถูกจับจากการทำผิดกฎหมายจราจร

ฉัฐกร ชูเกียรติ (2548) ศึกษาการบริหารการจัดการขยะมูลฝอยเชิงกลยุทธ์ กรณีศึกษา เทศบาลตำบลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สถานการณ์การจัดการมูลฝอยประสบปัญหาหลายด้าน คือ ปัญหาปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น ปัญหาการจัดเก็บขยะมูลฝอย ปัญหาบ่อขยะเต็ม ปัญหาการเรียนรู้อย่างต่างๆ ซึ่งใช้กลยุทธ์ในการบริหารจัดการ 4 กลยุทธ์ ดังนี้ 1) การประสานความเข้าใจ 2) การจัดการขยะ 3) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม 4) การบริหารองค์กร ซึ่งจากการดำเนินการตามกลยุทธ์ พบว่า 1) ปริมาณขยะมูลฝอยลดลง 2) ประชาชนในชุมชนเข้าใจการจัดการขยะแบบครบวงจร 3) ประโยชน์ด้านอื่นๆ สามารถนำไปพัฒนาองค์กรได้

รัตติกร สมฤทธิ์ (2546) ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน จากการเปิดตลาดค้าชายแดนไทย-ลาว ณ จุดผ่อนปรนบ้านฮวก ถึงอำเภอซาง จังหวัดพะเยา ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประชาชนและหน่วยงานราชการในพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามและบันทึกเทปประกอบการสัมภาษณ์ และจัดเวทีเสนอผลการจากการสัมภาษณ์ โดยมีการให้ประชาชนสะท้อนปัญหาสุขภาพที่แท้จริง สามารถเสนอขอขอบเขตและแนวทางการของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเปิดตลาดการค้าชายแดน มีปัญหาโรคติดต่อที่ชายแดน ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ปัญหาเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ปัญหายาเสพติดและปัญหาขยะที่เพิ่มมากขึ้น และภาวะสุขภาพของประชาชนบ้านฮวก มีประชาชนเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร โรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจและโรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะนำโรค โดยพบว่ามีร้อยละ 36.5 เคยเป็นโรคมาลาเรียและร้อยละ 26.5 เคยป่วยเป็นโรค วัณโรค

จักรกฤษณ์ ฤกษ์ดี (2546) ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากอุตสาหกรรมการผลิตเบียร์ในบ้านแม่ลาด หมู่ 2 ตำบลแม่ลาด อำเภอลองสูง จังหวัดกำแพงเพชร โดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทน และ ทำการเสวนากลุ่ม (Focus Group) จากผู้นำชุมชน หน่วยงานราชการและตัวแทนองค์กรต่างๆ ในชุมชน พร้อมทำการบันทึกเทปในการเสวนากลุ่ม แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) พบว่า ด้านเศรษฐกิจมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 56.82 จากการขายที่ดิน พื้นที่ทางการเกษตรเสียหายจากน้ำทิ้งของโรงเบียร์ ด้านสังคม ทำให้มีการรู้จักกันในชุมชนมากขึ้น ร้อยละ 69.70 แต่มีความปลอดภัยน้อยลง ร้อยละ 47.73 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ มียานพาหนะในชุมชนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 65.91 สัตว์น้ำลดลง ร้อยละ 53.03 ด้านพฤติกรรม มีการเที่ยวหาบริการ คีฬาสุรา มากขึ้น

ด้านสุขภาพ มีการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ร้อยละ 64.39 มีการเพิ่มขึ้นของประชากรในชุมชน ร้อยละ 25 ด้านชีวภาพและพันธุกรรม ทำให้มีของเสียที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น ร้อยละ 45.46 ประชาชนมีการบาดเจ็บมากขึ้น ร้อยละ 44.70 รวมทั้งยังพบว่า โรงเรียนมีผลต่อการดำรงชีวิต ร้อยละ 53.30

ชุมพล จันทรสุณย์ (2546) ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ จากโรงงานปูนซีเมนต์ต่อประชาชน ตำบลบ้านเสา อำเภोजันทบุรี จังหวัดลำปาง ด้วยการค้นหาข้อมูลการเจ็บป่วยย้อนหลังในเชิงระบาดวิทยาจากทะเบียนรายงานผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยจากทะเบียนรายงานด้วยการสุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้นำชุมชน ประชาชน และ หัวหน้าส่วนราชการในอำเภอเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้ง 4 มิติ แล้วรวบรวมข้อมูลความคิดเห็น ข้อตกลงเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพและแนวทางแก้ไขร่วมกัน พบว่า ผลกระทบทางสุขภาพต่อประชาชนในตำบลบ้านเสา มี 4 ด้าน คือ ผลกระทบทางด้านร่างกาย มีการเจ็บป่วยของประชาชน มีอัตราความชุกการเกิดโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในบางโรค เช่น โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ทางอากาศ ภาพรวมทั้งหมดที่ 1 และ หมู่ที่ 5 ผลกระทบทางด้านจิตใจ อยู่ในรูปเชิงบวก โดยประชาชนมีความพึงพอใจที่ทำให้มีรายได้และมีงานทำ ร้อยละ 84.3 และ ร้อยละ 68.9 ตามลำดับ แต่ในทางลบ ก็มีการวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมมลพิษจากโรงงาน ร้อยละ 62.7 และ ร้อยละ 60.7 ตามลำดับ สำหรับผลกระทบทางด้านสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในรูปเชิงบวก ร้อยละ 82.4 และ ร้อยละ 60.7 ตามลำดับ สามารถทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น ร้อยละ 98 และร้อยละ 93.4 ตามลำดับ ส่วนทางลบ คือทางโรงงานไม่เผยแพร่ข่าวสารของโรงงานเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน ร้อยละ 78.4 และ ร้อยละ 88.5 ตามลำดับ และผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่อยู่ในเชิงบวก โดยมีการร่วมกิจกรรมกัน มีการสนับสนุนประโยชน์ เกื้อกูลกัน แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ยังพบว่า ประชาชนบางส่วนใหญ่ยังไม่พอใจโรงงานเนื่องจาก มีการจ้างงานคนในชุมชนน้อยอยู่และการมีฝุ่นละอองจากโรงงานมาปกคลุมแม่น้ำ

ชูวงศ์ มณีสิริ (2545) ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการถนนคนเดินท่าแพต่อประชาชนที่อาศัยบริเวณถนนท่าแพและถนนช้างคลาน จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม โดยการสัมภาษณ์แบบเทคนิคการสะท้อน บรรยายและยกตัวอย่าง บันทึกเทปในการสัมภาษณ์ ทำการถอดเทปบันทึกข้อความเชิงบรรยาย นำข้อมูลมาตรวจสอบ แบบ Triangulation โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิธีการสังเกต และวิธีการค้นคว้าจากเอกสาร พบว่า การดำเนินโครงการส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และด้านปัญญาของผู้ที่อาศัยบริเวณ ถนนท่าแพและถนนช้างคลาน สำหรับผลกระทบมิติทางกาย พบที่อาศัยบริเวณถนนช้างคลาน ได้รับมลพิษจากจราจรติดขัดและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร ผลกระทบมิติทางจิตใจ พบมีความรู้สึกรำคาญ และอึดอัดกับสภาพแวดล้อม

ที่เปลี่ยนไป ผลกระทบต่อมิติทางสังคม พบมีความสัมพันธ์กันในสังคมลดลง ขาดจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม และ สำหรับผลกระทบมิติทางปัญญา คือการมีความเอื้ออาทรและเสียสละน้อยลง

เลิศชัย เจริญธัญรักษ์และคณะ (2545) ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบาย การจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครขอนแก่น ได้มีการศึกษานโยบายการจัดการขยะมูลฝอยในสถานการณ์จริง โดยพิจารณาจากสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ได้มีการค้นหาข้อมูลเพื่อการพิจารณาในการคัดกรอง หาสอบเขต ระเบียบวิธีและเครื่องมือในการประเมิน ด้วยการศึกษาในภาคสนามข้อมูลสภาพในปัจจุบัน การสัมภาษณ์บุคลากรทั้งในระดับนโยบายและการประชุมกลุ่มย่อยของผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น หน่วยงานราชการต่างๆ องค์กรเอกชน ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ประชาชนและผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับขยะมูลฝอย ทำการประมวลผลและวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติการกำจัดขยะมูลฝอย ยังไม่เป็นไปตามหลักวิชาการ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อันจะส่งผลกระทบไปสู่ประชาชนได้ สำหรับผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียของการจัดการขยะมูลฝอย จำแนกได้เป็นกลุ่มต่างๆ คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ พนักงานเก็บรวบรวม ขนย้ายขยะ และกำจัดขยะของเทศบาล กลุ่มผู้ค้าขยะ ชาแล้ง ผู้รับซื้อขยะ และกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่รอบๆ สถานที่กำจัดขยะ โดยผลกระทบต่อสุขภาพมิติทางกายภาพ จากการจัดการขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ โรคผิวหนัง อาการบาดเจ็บจากของมีคม โรคปวดเมื่อย ผลกระทบทางจิตใจและสังคมที่เกิดขึ้น มักมีความวิตกกังวลจากรายได้เพื่อการดำรงชีวิต การถูกมองว่าสกปรก ทำให้ภาวะจิตใจไม่คงที่ ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความเห็นแก่ตัว ขาดจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อหน้าที่ สำหรับผลกระทบทางบวก ที่เห็นได้ชัด จากการนำขยะมาสร้างเป็นอาชีพ ทำรายได้ รวมทั้งการนำขยะนำกลับมาใช้ใหม่

กิตติรัตน์ เอี่ยมพร้อม (2543) ศึกษาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขของชุมชนผู้อพยพบ้านร่วมมิตร จังหวัดเชียงราย ทำการศึกษาด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการเสวนากลุ่มย่อย ผลการศึกษาพบว่าสภาพปัญหาและผลกระทบมีอยู่หลายด้าน เช่นการทำลายทรัพยากรธรรมชาติจากการบุกรุกป่าสงวนเพื่อทำการเกษตร ปัญหาด้านสังคมจิตวิทยา เกิดปัญหาสุขภาพจิต การลักลอบเข้าเมือง เกิดปัญหาโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคท้องร่วง โรคมาลาเรีย โรคเอดส์ และในด้านการดำเนินชีวิต พบการมีการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมของชุมชน ทำให้รัฐต้องรับภาระในการให้บริการ ช่วยเหลือด้านสาธารณสุขมากขึ้น

สุลักษณ์ นิศยานต์ (2541) ศึกษาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู พบว่า เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยบางคนและประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชน การจัดการของ

มูลฝอยไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลและมีมูลฝอยตกค้างในชุมชนจำนวนมากในแต่ละวัน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการดำเนินกิจกรรมแทรกแซงทั้งในส่วนของเทศบาลและชุมชน โดยในส่วนของเทศบาลได้กำหนดกิจกรรม ดังนี้ 1) ฝึกอบรมผู้นำชุมชน 2) ปรับเปลี่ยนเส้นทางการเก็บขยะ 3) ปรับเปลี่ยนเวลาการเก็บขยะตามชุมชน 4) เพิ่มจำนวนถังขยะและกำหนดจุดวางถังขยะใหม่ให้เหมาะสม 5) จัดประกวดชุมชนดีเด่น ด้านความสะอาดและสิ่งแวดล้อม ในส่วนของประชาชนได้กำหนดกิจกรรมแทรกแซง ดังต่อไปนี้ 1) ฝึกอบรมผู้นำชุมชน 2) แจกแผ่นพับ แผ่นปลิว ป้ายประชาสัมพันธ์และเสียงตามสาย 3) การนิเทศและติดตามงานจากเจ้าหน้าที่ของเทศบาล 4) ประกวดชุมชนดีเด่น ภายหลังดำเนินแทรกแซงกิจกรรม พบว่า ประชาชน ผู้นำชุมชน มีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีในเรื่องการจัดการขยะมากขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความร่วมมือในการจัดการขยะมูลฝอย และปริมาณของขยะมูลฝอย ลดลง สิ่งแวดล้อมในชุมชนดีขึ้น

Marshall et al. (1995) ศึกษาอาคารที่สัมผัสกับพื้นที่กำจัดขยะมูลฝอยอันตราย เช่น สารตัวทำละลาย ยาฆ่าแมลงและโลหะ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่อาศัยอยู่ในรัศมี 1 ไมล์ จากกองขยะมูลฝอย พบว่าในบริเวณพื้นที่กำจัดขยะมูลฝอย มีทารกที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทส่วนกลาง 473 คน มีความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อ 3,305 คน ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 12,436 คน พบว่า แม่ที่อาศัยอยู่เขตที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางและสูง ไม่พบว่า มีความเสี่ยงที่จะให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทกล้ามเนื้อลาย แต่ขณะเดียวกันมารดาที่อาศัยอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรม และย่านธุรกิจ แหล่งผลิตสารทำละลาย จะมีความเสี่ยงในการให้กำเนิดบุตรที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง 1.3 เท่า ($OR=1.3$; $95\%CI=0.5-1.3$) หรือการได้รับสารโลหะหนักจะมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.4 เท่า ($95\%CI=1.0-1.8$) แต่ยังไม่พบความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อลาย

Poulsen et al. (1995) ทำการศึกษาในประเทศเดนมาร์ก พบความเสี่ยงอันตรายที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ปัญหาเครื่องมือที่ยังไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน ปริมาณมูลฝอยมาก ปัญหาภาระงานมาก ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมาก โดยมักเกิดจากลักษณะงานที่ต้องยก ลาก ดึง แบก หามและอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร อาการระคายเคืองที่เยื่อปอดและผิวหนัง รวมทั้งอาการที่เกิดจากฝุ่นพิษจากสารอินทรีย์ต่างๆ ก็มีอัตราอุบัติการณ์ที่สูงเช่นเดียวกัน

Taylor et al. (1991) ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการจัดการขยะมูลฝอยในออนตาริโอ ประเทศแคนาดา ได้นำเสนอถึงกระบวนการเก็บข้อมูลจากแหล่งกำจัดขยะมูลฝอย 3 แห่ง โดยการใช้การสำรวจทางระบาดวิทยาร่วมกับการใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาข้อมูลบริบทของแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอย การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์

การสัมภาษณ์ระดับลึกและการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้นำชุมชน นักการเมือง และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ร่วมกับการศึกษาเอกสาร รายงาน จดหมาย ข่าวท้องถิ่นและสื่อต่างๆ โดยตรวจสอบผลกระทบด้านจิตสังคม 3 ระดับ คือ

1) ระดับบุคคล ได้แก่ อารมณ์ เช่น ความกลัว ความโกรธ การสูญเสียการควบคุม ความรู้สึกผิด พฤติกรรม เช่น การรบกวนการกินหรือนอน การทำงาน การแสวงหาความช่วยเหลือ และผลทางกาย เช่น อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย โรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะซึมเศร้า

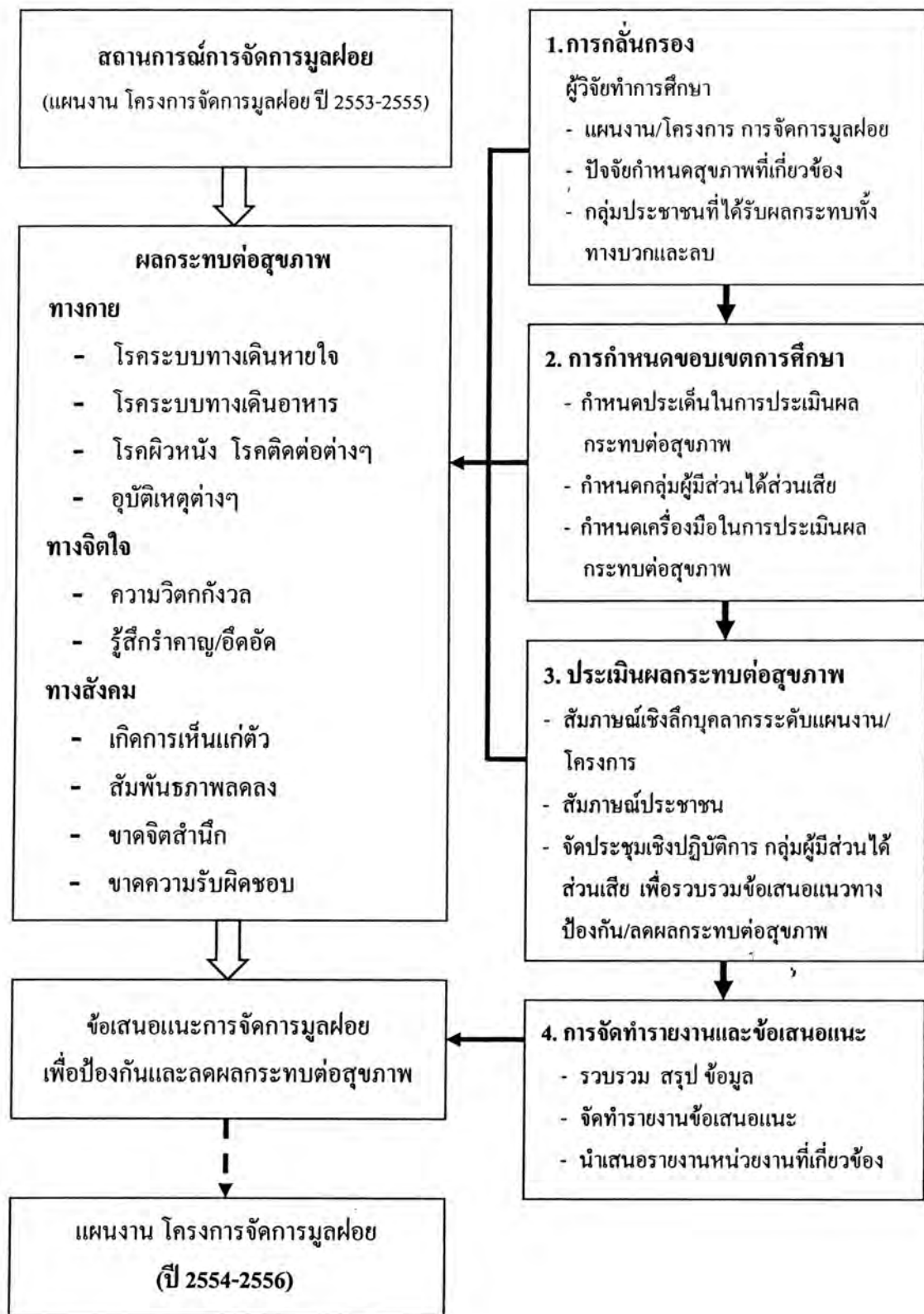
2) ระดับเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ความแตกแยกภายในครอบครัว ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การแปลกแยกจากสังคมหรือผลในแง่บวกทั้งความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา แรงยึดเหนี่ยวทางสังคมที่เพิ่มขึ้น และการพัฒนาเครือข่าย

3) ระดับชุมชน ได้แก่ การถูกประทับตราสังคมรังเกียจ การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่หรือผลในแง่บวกในการสร้างศักยภาพชุมชน

จากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพได้มีการศึกษาผลกระทบทั้ง 4 มิติ โดยเน้นในด้านมิติทางกาย เกี่ยวกับการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย ส่วนด้านมิติทางจิตใจ มิติทางสังคม และ มิติทางด้านจิตวิญญาณ ยังมีไม่มากนัก ซึ่งจุดประสงค์ที่สำคัญเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ มุ่งในความสำเร็จของการดำเนินการในระดับนโยบาย โดยได้มีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในพื้นที่ มีการสัมภาษณ์ในเชิงลึกและการประชุมกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งสามารถทำให้ได้ข้อมูล ในการกำหนดขอบเขตการศึกษาและหาแนวทางหรือเครื่องมือในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ใช้ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นข้อเสนอแนะ ในการตัดสินใจในการดำเนินการ แต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลหลังจากประยุกต์ใช้เครื่องมือจากกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพไปแล้ว รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพยังไม่ได้มีการศึกษามากในประชาชนทั่วไป ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากการจัดการขยะในพื้นที่ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาทั้งทางบวกและทางลบ ในขั้นตอนการกำหนดขอบเขตการศึกษา การหาแนวทางหรือเครื่องมือในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ จนกระทั่ง ประเมินผลจากการใช้เครื่องมือการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในเชิงนโยบาย ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการปรับปรุงและแก้ไขปัญหาและในการดำเนินการนโยบายการจัดการมูลฝอยต่อไป

11. กรอบแนวคิด

การดำเนินกิจกรรมหรือนโยบายใดๆ ควรมีการพิจารณาถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อที่จะสนับสนุนการตัดสินใจที่จะเป็นประโยชน์สำหรับการสร้างเสริมและการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม ให้สามารถดำรงชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข การจัดการมูลฝอย ควรมีการพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นกับประชาชนที่อาศัยในพื้นที่รอบคลุมมิติต่างสุขภาพ ทั้ง 3 มิติ ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นผลกระทบในระดับชุมชน ซึ่งจะส่งผลกระทบในระดับสาธารณะได้ หากไม่ได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการจัดการในระดับนโยบาย ต่อไปได้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดงานวิจัย