

สำนักหอสมุดกลาง พระจอมเกล้าลาดกระบัง

ปัญหาพิเศษปริญญาตรี

เรื่อง

ระบบการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์

THE INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT SYSTEM OF SUBDISTRICT
HOSPITAL : CASE STUDY PHETCHABUN PROVINCE

โดย



T119594

นางสาวณิชาณินท์ พันธุ์ควนิชย์
นายวชิรวิทย์ อนันต์ฤทธิกุล

เลขหมู่.....
เลขทะเบียน.....
วัน,เดือน,ปี.....

119594

เสนอ

- 8 S.ค. 2554



สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม

คณะเทคโนโลยีการเกษตร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (การจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม)

ปีการศึกษา 2553

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ใบรับรองปัญหาพิเศษปริญญาตรี
สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม

เรื่อง ระบบการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์

THE INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT SYSTEM OF SUBDISTRICT
HOSPITAL : CASE STUDY PHETCHABUN PROVINCE

โดย นางสาวณิชาณินท์ พันธุ์ควนิชย์

นายวชิรวิทย์ อนันต์ฤทธิกุล

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทร พูนพิพัฒน์)

หลักสูตรการจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม รับรองแล้ว

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุขุมารมณ์ ชันศรีศรี)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรการจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม

วันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2554

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุขุมารมณ์ ชันศรีศรี)

ประธานสาขาวิชาพัฒนากาเกษตรและการจัดการทรัพยากร

วันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2554

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ชื่อเรื่อง	ระบบการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ The Infectious Waste Management System of Subdistrict Hospital : Case Study Phetchabun Province
โดย	นางสาวณิชาณินท์ พันธุ์ควนิชัย นายวชิรวิทย์ อนันต์ฤทธิ์กุล
ชื่อปริญญา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (การจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม)
สาขาวิชา	พัฒนาการเกษตรและการจัดการทรัพยากร
หลักสูตร	การจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม
คณะ	เทคโนโลยีการเกษตร
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทร พูนพิพัฒน์

บทคัดย่อ

การจัดการขยะติดเชื้อเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรในโรงพยาบาลตำบลต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะโรงพยาบาลตำบลหรือสถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ตั้งอยู่ในทุกพื้นที่ ประชาชนจำนวนมากมักใช้บริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ซึ่งการเปิดให้บริการในทุกๆวันทำให้เกิดขยะขึ้นจำนวนมาก ทั้งขยะทั่วไปและขยะอันตรายที่เป็นขยะติดเชื้อ ถ้าหากไม่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ดีจะมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการและบุคลากรที่ให้บริการ ซึ่งการศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลตำบล 32 แห่ง จำนวน 136 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน F – test (One-way ANOVA) และ t – test

ผลการศึกษาค้นคว้า ปรากฏดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลมีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ เป็นรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านประเภทของขยะติดเชื้อ ด้านการคัดแยก การเคลื่อนย้ายและขนส่ง และการกำจัด โดยในด้านประเภทของขยะติดเชื้อ ด้านการคัดแยก การเคลื่อนย้ายและขนส่ง อยู่ในเกณฑ์สูง ส่วนด้านการกำจัดอยู่ในระดับปานกลาง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ โดยรวมอยู่ในระดับสูง

3. ที่วัดมีการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกันมีการจัดการขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน

โดยสรุป เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อโดยรวมอยู่ในเกณฑ์สูง โดยเจ้าหน้าที่ที่มีหน่วยงาน เพศ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูงและไม่แตกต่างกัน การปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางการพัฒนางานการจัดการขยะติดเชื้อในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

คำนิยม

ปัญหาพิเศษฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น เนื่องจากความอนุเคราะห์และความกรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำปรึกษาต่างๆ ทั้งทางด้านการวางแผนโครงปัญหาพิเศษ ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและด้านการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากกระบวนการศึกษา ทั้งนี้ต้องขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาคือ ผศ.ดร.สุนทร พูนพิพัฒน์ ที่ให้คำปรึกษาและวิชาความรู้ต่าง ๆ ตลอดเวลาในการทำปัญหาพิเศษ จนกระทั่งปัญหาพิเศษสำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความกรุณาให้แนวความคิด ให้คำปรึกษาแนะนำเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ญาติพี่น้องทุกคนที่สนับสนุนในด้านการศึกษาและให้กำลังใจในการศึกษาเล่าเรียนตลอดมา ขอให้คุณความดีทั้งหลายทั้งปวงจงสนองตอบแด่ทุกท่าน เทอญ

นางสาวณิชาณินท์ พันธุ์ควนิชย์
นายวชิรวิทย์ อนันต์ฤทธิกุล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	๗
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	2
การตรวจเอกสาร	4
อุปกรณ์และวิธีการ	14
ผลและวิจารณ์ผลการทดลอง	18
สรุปผลการทดลอง	27
เอกสารอ้างอิง	29
ภาคผนวก	32
ประวัติผู้ศึกษา	59



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม	18
2	ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล	19
3	การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	19
4	การปฏิบัติในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล	21
5	ข้อมูลสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล	22
6	การเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน	23
ตารางผนวกที่		
1	แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม	41
2	แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา) ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม	41
3	แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ประสบการณ์การทำงาน) ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม	42
4	การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	42
5	การปฏิบัติในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล	48
6	สภาพการจัดการขยะติดเชื้อของสถานีนอนามัย	49
7	การเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล วุฒิการศึกษาต่างกัน	51
8	การเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน	51

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

คำนำ

กิจกรรมของสถานพยาบาล ที่ทำอยู่ในรูปของหน่วยงานซึ่งเป็นอุตสาหกรรมบริการเป็นสาเหตุใหญ่สาเหตุหนึ่งที่มีส่วนในการสร้างปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ โรงพยาบาลตำบลหรือสถานอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ตั้งอยู่ในทุกพื้นที่ ประชาชนจำนวนมากมักใช้บริการที่สถานอนามัยใกล้บ้าน ซึ่งการเปิดให้บริการในทุกๆวันทำให้เกิดขยะขึ้นจำนวนมาก ทั้งขยะทั่วไปและขยะอันตรายที่เป็นขยะติดเชื้อ และจากการที่มีการปรับปรุงและพัฒนาสถานอนามัยเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนประชากรที่มารับบริการมีปริมาณเพิ่มขึ้นด้วย จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดขยะติดเชื้อจากการรักษาโรคมากขึ้น และยังสามารถทำให้เกิดโรคจากขยะติดเชื้อได้อีกด้วย ซึ่งการติดเชื้ออาจมาในรูปแบบของการสูดดมหรือสัมผัสก็ได้ แนวโน้มของปัญหาขยะติดเชื้อเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้น โดยจะสังเกตได้จากมาตรการและข้อกำหนดต่างๆที่ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกมารณรงค์และการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของขยะติดเชื้อเนื่องจากขยะติดเชื้อเป็นขยะที่มีผลกระทบต่อทั้งสิ่งแวดล้อมและเป็นอันตรายต่อประชากร จึงจำเป็นต้องมีการกำจัดและควบคุมดูแลการจัดการขยะติดเชื้อให้ดีขึ้นตามมาด้วย

จากการศึกษาของ สมหวัง และคณะ (2538) พบว่า คณงานของโรงพยาบาลศิริราช ได้รับอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำ ร้อยละ 8.1 ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่ไม่ได้ใส่ภาชนะบรรจุและมีเข็มปะปนอยู่ในถุงมูลฝอย ดังนั้นคณงานที่ย้ายมูลฝอยมีโอกาสจะได้รับเชื้อโรค และเกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ได้

Jaffal (2003) รายงานว่า มูลฝอยติดเชื้อในประเทศจอร์แดนปะปนกับมูลฝอยชุมชน มูลฝอยจากสถานพยาบาลที่เป็นของเหลวจะถูกปล่อยลงสู่แหล่งน้ำทั้งสาธารณะ ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งทางตรงและทางอ้อมมีหลายด้าน ได้แก่

1. ผลกระทบต่ออากาศ การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผาไหม้ในเตา อาจเกิดมลพิษขึ้นได้จากองค์ประกอบของมูลฝอยติดเชื้อ วิธีการในการเผาและผลผลิตจากการเผา ซึ่งมลพิษสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ฝุ่น โลหะ สารอินทรีย์ที่เป็นพิษ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และก๊าซกรดต่างๆ

2. ผลกระทบต่อดิน มลพิษหรือเชื้อโรคที่อาจปนเปื้อนอันเนื่องมาจากมูลฝอยติดเชื้อ หรือน้ำเก่าที่เหลือจากการเผาไหม้ไปฝังกลบอย่างไม่ถูกหลักสุขาภิบาล หรือการที่น้ำหรือสารน้ำที่อยู่ในขยะมูลฝอยติดเชื้อชะล้างลงสู่ดิน ทำให้เชื้อโรคและมลพิษแพร่กระจายและปนเปื้อนไปในดิน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. ผลกระทบต่อน้ำ มลพิษทางน้ำเกิดจากการชะของน้ำทิ้งในส่วนของมูลฝอยติดเชื้อนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในน้ำ รวมทั้งการแพร่เชื้อสู่แหล่งน้ำดังกล่าว

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการจัดการขยะติดเชื้อที่จำเป็นต้องมีความมั่นใจที่ว่าขยะติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดต่างๆจะถูกกำจัดโดยวิธีการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชน

ในปัจจุบันสถานพยาบาลทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลเอกชน มีมาตรการในการควบคุมการจัดการขยะติดเชื้อที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน คือ กฎหมายและข้อกำหนดตามที่กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัยปรับปรุงขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาองค์กร และเพื่อใช้ในการรับรองมาตรฐานขององค์กร โดยรวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรด้วย แต่ยังคงเกิดปัญหาในเรื่องของการกำจัดขยะติดเชื้อที่ไม่ได้มาตรฐานหรือไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาที่ดีขึ้นขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อและขยะอันตรายโรงพยาบาลตำบลในจังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการขยะติดเชื้อ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการรักษาระบบการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลตำบลภายใต้กฎหมายและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาข้อบกพร่องของการจัดการขยะติดเชื้อในอนาคต

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่โรงพยาบาลตำบลใช้วางแผนจัดการขยะติดเชื้อต่อไป

กรอบแนวความคิดในการวิจัย



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การตรวจเอกสาร

1. คำจำกัดความ/ นิยามศัพท์ของขยะติดเชื้อ

จากการศึกษาของวนิดา (2553) ระบุความหมายของขยะติดเชื้อหรือมูลฝอยติดเชื้อ ไว้ใน รายงาน เรื่องการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลดังนี้

ขยะติดเชื้อ (Infectious waste) หมายถึง ขยะทางการแพทย์ ซึ่งมีเหตุอันควรให้สงสัยว่าไม่มีหรืออาจมีเชื้อโรค ขยะที่สัมผัสหรือสงสัยว่าได้สัมผัสกับเลือดส่วนประกอบของเลือด (เช่น น้ำเลือด เม็ดเลือดต่าง ๆ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด) สารน้ำจากร่างกาย (เช่น ปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย หนอง) ได้แก่

1.) ขยะที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่ง เช่น เลือด ส่วนประกอบของเลือด ปัสสาวะ อูจจาระ น้ำไขสันหลัง เสมหะ และสารคัดหลั่งต่างๆ

2.) ขยะที่เป็นอวัยวะหรือชิ้นส่วนของอวัยวะ เช่น ชิ้นเนื้อ เนื้อเยื่อ อวัยวะที่ได้จากการทำหัตถการต่าง ๆ ขยะจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจศพ ซากสัตว์ทดลอง รวมทั้งวัสดุที่สัมผัสระหว่างการทำการหัตถการและการตรวจนั้นๆ

3.) ขยะของมีคมติดเชื้อที่ใช้แล้ว เช่น เข็ม ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือชุดให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ใบมีด หลอดแก้ว กระบอกฉีดยาชนิดแก้ว สไลด์ แผ่นกระจกปิดสไลด์ และเครื่องมือที่แหลมคมต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว

4.) ขยะจากระบวนการเก็บและเพาะเชื้อ เช่น เชื้อ อาหารเลี้ยงเชื้อ จากเลี้ยงเชื้อ วัสดุอื่น และเครื่องมือที่ใช้เพาะเชื้อแล้ว

5.) มูลฝอยที่เป็นวัคซีน ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิตและภาชนะบรรจุ เช่น วัคซีนป้องกันวัณโรค โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม อีสุกอีใส ไขรากลัดน้อยชนิดกิน เป็นต้น

6.) มูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ครอบคลุมถึง

- วัสดุทำจากผ้า เช่น สำลี ผ้าก๊อซ เลือคลุ่ม และผ้าต่างๆ
- วัสดุทำจากพลาสติกและยาง เช่น ถุงมือใช้ครั้งเดียวทิ้ง กระบอกฉีดยาชนิดพลาสติก ปีเปตพลาสติก ท่อยาง ถุงใส่ปัสสาวะ ภาชนะพลาสติกรองรับสารคัดหลั่งและเสมหะ ถุงเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วได้

- วัสดุทำจากกระดาษ เช่น กระดาษซับเลือด เลือคลุ่มใช้ครั้งเดียวทิ้ง ผ้าปิดปากและจมูก เป็นต้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2. แหล่งที่มาและปริมาณของเสียอันตราย

จากรายงานการศึกษาของ วรวิทย์ และคณะ (2547) เรื่องมลพิษมีเดีย การกำจัดขยะอันตราย ระบุว่าแหล่งที่มาและปริมาณของเสียอันตรายมาจากแหล่งต่างๆ ดังนี้

1.) โรงงานอุตสาหกรรมของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรมนั้นมีทั้งที่เป็นอันตราย หรือไม่มีอันตรายก็ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุดิบ ขบวนการผลิตของโรงงานนั้นๆ ตัวอย่างของเสียที่ไม่เป็นอันตรายจากโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ เศษวัตถุดิบจากอุตสาหกรรมอาหาร เช่น เศษผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ เศษกระป๋องและบรรจุภัณฑ์ เศษผ้าจากโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น ตัวอย่างของเสียอันตรายได้แก่ บรรจุภัณฑ์ของสารปราบศัตรูพืช และสารเคมีต่างๆ ตะกอนก้นถังกลั่นน้ำยาเคมี ชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ ขยะที่มีใยแอสเบสตอสปนเปื้อน กากตะกอนที่มีโลหะหนักเป็นส่วนประกอบ ของเสียอันตรายจากแหล่งเกษตรกรรม ได้แก่ บรรจุภัณฑ์ของสารปราบศัตรูพืช

2.) บ้านเรือน ปัจจุบันการเพิ่มของประชากรและการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดปริมาณของเสียอันตรายชนิดต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น หลอดฟลูออเรสเซนต์ แบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุยาปราบศัตรูพืช น้ำมันเครื่องเก่าใช้แล้ว ฯลฯ ของเสียเหล่านี้มักจะทิ้งปะปนกับขยะมูลฝอยทั่วไป ทำให้ยากต่อการแยกและนำไปกำจัด

3.) ของเสียอันตรายจากการเกษตรกรรม ได้แก่ ภาชนะบรรจุสารเคมี หรือสารเคมีประเภทยากำจัดศัตรูพืช ยาฆ่าแมลง ถูกทิ้งลงสู่สิ่งแวดล้อมโดยไม่ได้รับการกำจัดให้เหมาะสม

4.) ของเสียอันตรายจากสถานพยาบาล ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อ เศษเนื้อเยื่อ หรืออวัยวะของร่างกายที่เกิดจากผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลรวมทั้งของเสียที่ปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี สิ่งขับถ่ายของเหลวจากผู้ป่วย ของที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น ผ้าพันแผล ผ้ากอซ สำลี ของเสียดังกล่าวได้ถูกทิ้งสู่สิ่งแวดล้อมปะปนกับมูลฝอย ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้น ได้มีการแยกเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล และได้นำไปเผาที่โรงงานกำจัดมูลฝอย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535

3. เส้นทาง การเข้าสู่ร่างกายของสารพิษที่เจือปนอยู่ในของเสียอันตราย

วรวิทย์ และคณะ (2547) ระบุว่า ของเสียที่เป็นอันตราย หรือสารที่เจือปนอยู่ในของเสียที่เป็นอันตรายอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ และมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเส้นทางเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง ดังนี้

1.) โดยการสัมผัสโดยตรง หากของเสียพวกกรดหรือด่างที่มีความเข้มข้นไม่มากหากกรดถูกร่างกาย อาจทำให้ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเกิดระคายเคืองเป็นผื่น แต่ถ้ามีความเข้มข้นมากๆ อาจทำให้ผิวหนังไหม้หรือเนื้อเยื่อถูกทำลายจนเกิดบาดแผลพุพอง นอกจากนี้สารบางชนิดยังสามารถซึมเข้าทางผิวหนัง เช่น การใช้ยาฆ่าแมลงโดยไม่ใส่หน้ากาก ถุงมือ หรืออุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น การกินสารเหล่านี้เข้าไปโดยตรงจะเป็นอันตรายมาก และทำให้เกิดอาการอย่างเฉียบพลัน จึงควรเอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ระมัดระวังร่างกายหรืออาหาร ไม่ให้สัมผัสกับของเสียอันตราย และสิ่งสำคัญไม่ควรนำภาชนะบรรจุของเสียที่เป็นอันตรายมาใช้อีก เนื่องจากอาจมีเศษสารพิษเหลือค้างอยู่

2.) โดยการสะสมอยู่ในห่วงโซ่อาหาร พืชและสัตว์จะดูดซึมหรือกินเอาสารอันตรายต่างๆ ที่มีสะสมอยู่ในดิน หรือในอาหารเข้าไปในร่างกาย สารดังกล่าวจะไปสะสมอยู่ในส่วนต่างๆ ของพืชและสัตว์เหล่านั้น ประกอบกับสารอันตรายเหล่านั้นสลายตัวได้ช้า ดังนั้นในร่างกายของพืชและสัตว์จึงมีความเข้มข้นของสารอันตรายเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ เมื่อมนุษย์กินพืชหรือสัตว์นั้นก็ได้รับสารอันตรายเข้าไปด้วย และจะไปสะสมอยู่ในร่างกายของมนุษย์จนมีปริมาณมาก อันจะก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยต่างๆ ได้ในที่สุด

3.) โดยการปนเปื้อนในแหล่งน้ำที่ใช้ในการอุปโภคและบริโภค การนำของเสียที่เป็นอันตรายไปฝังโดยไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดน้ำเสียที่มีสารอันตรายปนเปื้อน น้ำเสียเหล่านี้จะไหลซึมผ่านชั้นดินลงไปยังแหล่งน้ำใต้ดิน นอกจากนี้ การนำของเสียที่เป็นอันตรายมากองทิ้งไว้ อาจทำให้น้ำฝนไหลชะพาเอาสารอันตรายไปปนเปื้อนน้ำในแม่น้ำลำคลอง ดังนั้น เมื่อเรานำน้ำใต้ดินหรือน้ำผิวดินที่มีการปนเปื้อนของของเสียที่เป็นอันตรายมาบริโภคหรืออุปโภค เราก็อาจจะได้รับสารอันตรายเหล่านั้นเข้าสู่ร่างกายด้วย

4.) โดยการเจือปนอยู่ในอากาศของเสียที่เป็นอันตรายบางชนิดจะระเหยปล่อยสารพิษออกมา หรือแพร่กระจายเป็นฝุ่นปนอยู่ในอากาศที่เราหายใจ นอกจากนี้ การเผาของเสียที่เป็นอันตราย โดยไม่มีการควบคุมด้านอากาศอย่างเข้มงวด อาจทำให้มีสารอันตรายปะปนอยู่ในอากาศในรูปของไอหรือฝุ่นละอองของสารเคมีพิษ

5.) โดยการระเบิดหรือไฟไหม้ การเก็บของเสียที่มีลักษณะไวไฟหรือติดไฟง่ายไว้ในสถานที่ต่างๆ จำเป็นต้องมีมาตรการระมัดระวังการระเบิด หรือการติดไฟ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากสถานที่ที่เก็บนั้นมีอุณหภูมิสูงเกินกว่าจุดวาบไฟของของเสีย นอกจากนี้ การนำของเสียต่างชนิดกัน มาผสมกัน อาจเกิดปฏิกิริยาเคมีที่รุนแรงจนเกิดระเบิดขึ้นเกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินได้

4. ผลกระทบของของเสียที่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม

สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 17 (2536) เน้นถึงรายละเอียดที่ว่า การจัดการของเสียที่เป็นอันตรายโดยไม่ระมัดระวัง หรือไม่ถูกต้องเหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาพื้นฐานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมได้ 4 ประการคือ

1.) ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง การสัมผัสหรือเกี่ยวข้องกับของเสียที่เป็นอันตรายซึ่งประกอบด้วยสารพิษที่เป็นสารก่อมะเร็ง อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ โดยเฉพาะเมื่อได้รับสารเหล่านั้นเป็นเวลาดูติดต่อกันนานๆ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.) ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น การที่ได้รับสารเคมีหรือสารโลหะหนักบางชนิด เข้าไปในร่างกาย อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ จนอาจถึงตายได้ เช่น โรคทางสมองหรือทางประสาท หรือโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย เช่น โรคมีนามาตะ ซึ่งเกิดจากสารปรอท เป็นต้น

3.) ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบนิเวศ โลหะหนักหรือสารเคมีต่างๆ ที่เจือปนอยู่ในของเสียที่เป็นอันตรายนอกจากจะเป็นอันตรายต่อมนุษย์แล้ว ยังเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ทั้งพืชและสัตว์ ทำให้เจ็บป่วยและตายได้เช่นกัน หรือถ้าได้รับสารเหล่านั้นในปริมาณไม่มากพอที่จะทำให้เกิดอาการอย่างเฉียบพลัน ก็อาจมีผลกระทบต่อโครงสร้างของโครโมโซม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม นอกจากนี้การสะสมของสารในพืชหรือสัตว์แล้วถ่ายทอดไปตามห่วงโซ่อาหาร ในที่สุดอาจเป็นอันตรายต่อมนุษย์ซึ่งนำพืชและสัตว์ดังกล่าวมาบริโภค

4.) ทำให้เกิดผลเสียหลายต่อทรัพย์สินและสังคม เช่น เกิดไฟไหม้เกิดการกีดกร่อนเสียหายของวัสดุเกิดความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม

5. รูปแบบ/แนวทางการปฏิบัติของการจัดการขยะติดเชื้อ

สุคนธ์ และคณะ (2543) ได้ระบุแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อไว้ดังนี้

5.1 การแยกเก็บ และการรวบรวม

ขยะเสี่ยงอันตราย

1.) ขยะติดเชื้อ วัสดุที่ปนเปื้อนพวกเลือด สารน้ำจากร่างกาย อุจจาระ ปัสสาวะ ให้ทิ้งในภาชนะที่ใส่ถุงสีแดง

2.) ขยะแหลมคม

- เข็มฉีดยา มีด ให้แยกใส่กล่องที่ป้องกันการทิ่มทะลุ หรือทำลายหัวเข็มก่อนแยกทิ้งแล้วให้นำไปทำลายในเตาเผาขยะติดเชื้อ

- ขวดแตก ตะปู ให้ห่อกระดาษ และแยกใส่ถุงพลาสติก แล้วแจ้งให้บุคลากรที่เก็บรวบรวม ขนส่ง และกำจัดโดยการฝัง

3.) ขยะเสี่ยงอันตรายอื่นๆ

- สารเคมีที่เป็นของแข็ง เช่น แบตเตอรี่ หลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ ให้แยกใส่ถุงหรือกล่อง แล้วแจ้งบุคลากรที่รวบรวม ขนส่ง

- สารเคมีที่เป็นของเหลว เช่น น้ำยาฆ่าเชื้อ น้ำยาล้างฟิล์ม ให้ทิ้งในถัง หรือขวดที่มีฝาปิดมิดชิด

- ยา Chemo เช่น ยามะเร็ง และวัคซีนที่มีชีวิต ได้แก่ วัคซีนวัณโรค โปลิโอ หัด ให้ใส่ถุงพลาสติกสีแดงปิดมิดชิด พร้อมปิดฉลากระบุ "ขยะอันตราย"

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ยาหมดอายุ นำส่งคืนงานเภสัชกรรมเพื่อพิจารณาทำลาย/ส่งคืนบริษัทฯ ตามความเหมาะสม

5.2 การเก็บขยะ

- 1.) หลีกเลี้ยงที่จะสัมผัสโดยตรงกับขยะ ควรใส่ถุงมืออย่างหนา หรือใช้ปากคิบบีบ
- 2.) ใส่ขยะเพียง 3 ใน 4 ของถุง เพื่อให้สามารถปิดปากถุงได้
- 3.) หลังเก็บขยะเสร็จแล้วควรล้างมือทุกครั้ง

5.3 การเก็บรวบรวม – ลำเลียง

1.) ให้เก็บรวบรวมขยะที่บรรจุอยู่ในถุงที่แยกประเภท ใส่ตะแกรงพักขยะ หรือภาชนะตามที่กำหนด

2.) ผู้ที่รวบรวม ลำเลียง ควรใส่ถุงมืออย่างหนา เป็นอย่างน้อย แต่งกายด้วยเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ร่วมกับการใส่เสื้อ/ผ้าพลาสติกกันเปื้อน รองเท้าบูท และใส่ผ้าปิดปาก จมูก

3.) ห้ามโยน ดึง หรือกลิ้งภาชนะ ให้ยกที่คอถุง บริเวณที่ผูก และวางให้ปากถุงตั้งขึ้น

4.) ถ้าถุงขยะติดเชือกแตกทะลุ ให้เก็บขยะด้วยคิบบีบ หรือเก็บด้วยมือที่สวมถุงมืออย่างหนา เก็บขยะใส่ถุงอีกใบหนึ่ง ถ้ามีสารน้ำให้ใช้กระดาษเช็ด ซับออกให้มากที่สุด ทั้งกระดาษนั้นลงในถุงขยะติดเชือก รวดให้ทั่วจากด้านในสู่นอก ด้วย 2% Glutaraldehyde นาน 30 นาที หรือน้ำยาฆ่าเชื้อที่กำหนด ก่อนเช็ดถูตามปกติ

5.) รถสำหรับลำเลียงขยะจากแหล่งกำเนิดไปยังจุดพัก รวบรวมขยะ เตาเผาขยะ ควรล้างหลังจากการเก็บขยะเสร็จทุกครั้ง

6.) *การขนถ่ายขยะมูลฝอยทั่วไป ควรขนถ่ายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

*การขนถ่ายขยะติดเชือก ควรขนถ่ายจากหน่วยงานอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนและหลังเวลาทำการไปยังที่พักขยะ

5.4 การกำจัดขยะ

ขยะติดเชือก

- ให้นำไปเผาในเตาเผาขยะติดเชือก
- ให้ปฏิบัติตามแนวทางของการเผาขยะติดเชือก
- ไม่ควรเก็บขยะติดเชือกไว้นานเกิน 3 วัน

1.) เติมจิตยา & มีด ให้นำไปเผารวมกับขยะติดเชือก

2.) ขยะอันตรายอื่นๆ เช่น แบตเตอรี่ หลอดฟลูออเรสเซนต์ ให้แยกใส่ภาชนะ แล้วนำไป

กำจัดโดยการฝัง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3.) สารเคมีที่เป็นของเหลว เช่น น้ำยาฆ่าเชื้อ น้ำยาล้างฟิล์ม ให้กำจัดโดยละลายน้ำให้เจือจางและทิ้งลงระบบบำบัดน้ำเสีย หรือเก็บใส่ภาชนะบรรจุปิดสนิทและติดต่อบริษัทที่รับซื้อเพื่อทำลาย

4.) *ยา Chemo เช่น ยามะเร็ง และวัคซีนที่มีชีวิต เช่น วัคซีนวัณโรค หัด โปлио ให้เผาแบบขยะติดเชื้อ

*ยาทั่วไป ถ้าเป็นยาน้ำ ยาฉีด ให้ละลายน้ำให้เจือจางทิ้งลงระบบบำบัดน้ำเสีย ยาเม็ดให้ทุบทำลาย และส่งเผาที่เตาเผาขยะทั่วไป/ติดเชื้อ ยาหมดอายุส่งคืนบริษัท

5.) ขยะรีไซเคิล เช่น ขวดพลาสติก ให้แยกใส่ภาชนะเก็บรวบรวมเพื่อนำไปจำหน่ายต่อ

6. เตาเผามูลฝอยติดเชื้อตามแบบมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานจัดการกากของเสียและสารอันตราย (2542) ได้อธิบายข้อมูลของเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

เป็นเตาเผาขนาดเล็ก สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ในอัตรา 25, 50 และ 100-150 กิโลกรัม/ชั่วโมง อุณหภูมิในการเผาไหม้ประมาณ 700 องศาเซลเซียส เตาเผาดังกล่าวไม่ได้ออกแบบติดระบบกำจัดฝุ่นและควัน ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2542 รายงานว่า เตาเผามูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลใช้การได้ดีร้อยละ 41 ที่เหลือร้อยละ 45 ใช้การได้ไม่ดีและร้อยละ 12 ใช้งานไม่ได้ ค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลทั่วไป 9,700 บาท/เดือน/แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 17,400 บาท/เดือน/แห่ง

7. กฎหมายและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ

จากแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ.2552-2554 (2552) ระบุรายละเอียดในส่วนของนโยบายที่เกี่ยวข้องและกลไกการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้

7.1. นโยบายและแผน

7.1.1 นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้อง

1) นโยบายด้านสาธารณสุข

- สนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีพัฒนาในสาขาต่างๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ หนุนเสริมให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดลอกเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

- สร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค วินิจฉัย และดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันปัญหาการป่วยและตายด้วยโรคอุบัติใหม่ที่รวมถึงโรคที่มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ และโรคระบาดซ้ำในคน อย่างทันต่อสถานการณ์

- พัฒนาและเชื่อมโยงระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพให้ทันสมัย มีมาตรฐานสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างคุ้มค่า

2) นโยบายที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- ลด/เลิกการปลดปล่อยและการใช้สารเคมี และจัดให้มีระบบบริหารจัดการน้ำในระดับประเทศทั้งน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน เพื่อตอบสนองความต้องการของภาคเศรษฐกิจและการอุปโภคบริโภค

- จัดทำระบบฐานข้อมูล เพื่อสร้างความมั่นคงด้านอาหาร และสุขภาพ บนฐานภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น

- จัดให้มีระบบการป้องกัน รวมทั้งเตือนภัยและบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประสบภัยธรรมชาติ โดยนำระบบข้อมูลภูมิสารสนเทศมาใช้กำหนดพื้นที่เสี่ยงภัยหรือเตือนภัยพิบัติ พัฒนาระบบฐานข้อมูล และติดตั้งระบบเตือนภัย และจัดให้มีโครงสร้างพื้นฐานอันจำเป็นที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ที่มีความเปราะบางหรือเสี่ยงต่อภัยพิบัติอันเกิดจากภาวะโลกร้อน เช่น น้ำท่วม แผ่นดินหรือโคลนถล่ม น้ำแล้ง ตลอดจนธรณีพิบัติและการเกิดคลื่นยักษ์ในทะเล เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทุกแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ

- ควบคุมและลดปริมาณของเสียที่กลายมาเป็นมลพิษ ทั้งในรูปขยะ ขยะอันตราย มลพิษทางอากาศ กลิ่น เสียง และน้ำเสีย โดยส่งเสริมการผลิตและบริโภคที่เป็นมิตร กับสิ่งแวดล้อม การใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดการใช้ซ้ำหรือหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ รวมทั้ง การแปลงขยะให้เป็นพลังงาน ส่งเสริมการป้องกันมลพิษตั้งแต่จุดกำเนิด เพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบำบัดน้ำเสีย กำจัดขยะชุมชน บริหารจัดการขยะจากแหล่งก่อสร้างและทำลายสิ่งก่อสร้าง โดยเฉพาะการจัดให้มีศูนย์กำจัดขยะชุมชนกลางในทุกจังหวัด มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เร่งแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ที่วิกฤตซ้ำซาก รวมทั้งสนับสนุนมาตรการจูงใจด้านภาษีและสิทธิต่างๆ กับผู้ประกอบการที่ร่วมโครงการแก้ไขปัญหามลพิษและลดมลพิษ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา ที่ให้ชุมชนและนักวิชาการในห้องถิ่นมีส่วนร่วม และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรและพลังงานอย่างประหยัด และช่วยลดมลพิษ

- สร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ประชาชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง ในรูปของสมัชชาสิ่งแวดล้อมมีส่วนร่วมบริหารจัดการ

7.1.2 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ยึดหลักการ “สุขภาพดี เป็นผลจากสังคมที่ดี” มีวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพมุ่งสู่ “ระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อสร้างสุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง” มียุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ คือ

- 1) การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ
- 2) การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพ
- 3) การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการพอใจ
- 4) การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

สร้างความเข้มแข็งให้แก่วัฒนธรรมการควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไป

5) การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ

6) การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ ด้วยการจัดการความรู้ สร้างระบบการจัดการที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานการตัดสินใจด้วยการสร้างวัฒนธรรมการวิจัย และการจัดการความรู้ในทุกระดับองค์กรด้านสุขภาพ ดังจะเห็นว่าทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวล้วนเกี่ยวข้องกับและเอื้ออำนวยต่อการพัฒนานานามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศด้วย

7.1.3 นโยบายและแผนการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2540 – 2559 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายเกี่ยวกับการควบคุมมลพิษทางดิน น้ำ อากาศ และของเสีย มีนโยบายภาพรวม คือ

1) ลดและควบคุมปัญหามลพิษ อันเนื่องมาจากชุมชน เกษตรกรรม อุตสาหกรรม คมนาคมและกิจการก่อสร้าง ไม่ให้มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งฟื้นฟูคุณภาพสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจเพื่อให้ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมเกิดสมดุลของระบบนิเวศน์ และเป็นฐานการพัฒนาที่ยั่งยืน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2) สนับสนุนให้มีการจัดการของเสีย และสารอันตรายอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจัดให้มีระบบป้องกัน และแก้ไขกรณีฉุกเฉินเมื่อเกิดอุบัติเหตุขนาดใหญ่

3) พัฒนาระบบการบริหารจัดการมลพิษให้เกิดเอกภาพ ในการกำหนดนโยบาย แผนและแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้ กฎหมาย องค์กร และเงินทุนต้องมีความสอดคล้องและสนับสนุนให้การดำเนินการบริหารและการจัดการมลพิษที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ก่อมลพิษต้องรับผิดชอบ รวมทั้งการให้เอกชนมีส่วนร่วมในการลงทุน และมีการประสานความร่วมมือในการจัดการมลพิษ โดย ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน

7.2. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนโยบายและแผนระดับชาติ ที่สนับสนุนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังกล่าวแล้ว ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จากพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 (2535) ดังนี้

7.2.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่ควบคุมดูแลเกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อคุ้มครองประชาชน ด้านสุขภาพซึ่งจะครอบคลุมการดำเนินกิจการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขของประชาชน ตั้งแต่ระดับครัวเรือน ชุมชน ตลอดจนกิจการขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ อาทิ หาบเร่ แผงลอย สถานที่จำหน่ายอาหาร สถานที่สะสมอาหาร ตลาดสด และกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีลักษณะการกระจายอำนาจไปสู่ส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ ให้ "ราชการส่วนท้องถิ่น" มีอำนาจในการออกข้อกำหนดของท้องถิ่นซึ่งสามารถบังคับใช้บังคับในท้องถิ่นนั้นได้ และให้อำนาจแก่ เจ้าพนักงานท้องถิ่นในการควบคุมดูแล

7.2.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 ส่งเสริมประชาชนและองค์กรเอกชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและกำหนดให้มีการจัดระบบการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม มาตรการควบคุมมลพิษ มาตรการส่งเสริมด้านกองทุนและความช่วยเหลือ รวมทั้งกำหนดหน้าที่ให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจและราชการส่วนท้องถิ่น ประสานงาน และมีหน้าที่ร่วมกันรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐวิทย์ (2541) ได้ศึกษาวิจัยสภาพและการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชุมชนแออัดของเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนร่วมกับการสังเกต จำนวน 170 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม คือ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน การมีศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน และจำนวนครั้งของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สุนีย์ (2540) ได้ศึกษาวิจัยบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในการปฏิบัติงาน ด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษาจังหวัดพิจิตร โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 276 คน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริงเรียงตามลำดับความสำคัญ คือ บทบาทที่คาดหวัง แรงจูงใจ และการรับรู้บทบาท โดยพบว่าบทบาทที่คาดหวังและแรงจูงใจมีอิทธิพลโดยตรงต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริง และพบว่าแรงจูงใจและการรับรู้บทบาททำให้เกิดบทบาทโดยอ้อมต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชาชีพ รายได้ การรับรู้ข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ในการทำงานและความรู้ทางด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลักคือการรับรู้บทบาทและแรงจูงใจ

สมนึก (2548) พบว่าอุปสรรคในการรักษาระบบมาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม ISO 14001 ของโรงงานอุตสาหกรรมยานยนต์ ได้แก่ แผนการจัดการสิ่งแวดล้อมยากต่อการนำไปปฏิบัติ นโยบายไม่แสดงความมุ่งมั่นต่อการปรับปรุงและการป้องกันมลพิษอย่างต่อเนื่อง และความรู้ความสามารถของทรัพยากรบุคคลที่วิเคราะห์ปัญหาสิ่งแวดล้อมมีไม่เพียงพอ

พิมพรรณ และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่เดิม ศึกษาเก็บข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดทำระบบเอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ เส้นทางการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อของบริษัทเอกชน พบว่าปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังดำเนินการด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมและเกิดความเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ พนักงานเก็บขน รวมทั้งสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วไป

อุปกรณ์และวิธีการ

อุปกรณ์

1. ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาลของจังหวัดเพชรบูรณ์
2. ข้อมูลแผนพัฒนาโครงการของสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
3. เครื่องคอมพิวเตอร์
4. สแกนเนอร์
5. พริ้นเตอร์
6. โปรแกรมคำนวณทางสถิติ (SPSS)

วิธีการ

การศึกษาระบบการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลตำบลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาค้นคว้า ได้กำหนดขั้นตอนในการศึกษาตามลำดับต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า คือ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตำบลหรือสถานอนามัยที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีจำนวนทั้งหมด 153 แห่ง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า คือ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตำบลหรือสถานอนามัย 32 แห่ง โดยการใช้ทฤษฎี 80:20 ของ Vilfredo (1906) นักคณิตศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ในการเลือกพื้นที่ กลุ่มประชากรทั้งหมด 136 คน

2. การสร้างเครื่องมือ และหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสำรวจหรือแบบสอบถาม ซึ่งจัดทำทั้งหมด 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

ตอนที่ 3 แบบสำรวจสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลตำบล

ตอนที่ 4 แบบสำรวจสภาพขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดส่งแบบสอบถาม ถึงหัวหน้าหน่วยงานในโรงพยาบาลตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อครบตามจำนวนที่ศึกษา ผู้ศึกษาเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ โดยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามทันที

3.2 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 รวมระยะเวลา 1 เดือน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS for Windows) โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 การตรวจสอบแบบสอบถาม การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม จัดทำ 2 ครั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ในภาคสนามแล้ว

4.2 การเตรียมแบบสอบถามเพื่อลงรหัส โดยการให้หมายเลขแบบสอบถาม

4.3 การสร้างคู่มือลงรหัสเป็นการสร้างตัวเลขเพื่อเข้าไปแทนที่คำตอบที่บันทึกเป็นข้อความ

4.4 การลงรหัส คือการลงรหัสในแบบสอบถามแล้วลอกลงในแบบฟอร์มลงรหัส

4.5 การตรวจสอบหาความสอดคล้องของตัวแปรตามรหัสต่าง ๆ

4.6 ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติพื้นฐาน

5.1.1 ร้อยละ

5.1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean)

5.1.3 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลตำบล ที่มีเพศ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ ต่างกัน ใช้ t - test (Independent Samples) และ F - test (One-way ANOVA)

6. แสดงผลและรายงานผล

มีการนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง โดยผู้ศึกษาจะดำเนินการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

6.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆแทนความหมายดังต่อไปนี้ เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{x}$ แทน ค่าเฉลี่ย

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

SS แทน ผลบวกกำลังสอง (Sum of Squares)

df แทน ชั้นขององศาแห่งความเป็นอิสระ

t แทน สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณา t-distribution

F แทน สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณา F-distribution

6.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และมีการนำเสนอการวิเคราะห์ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล โดยการหาค่าร้อยละ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล โดยหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน โดยใช้ t – test (Independent Samples) และ F – test (One – way ANOVA)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามและการวิเคราะห์ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล ใช้ค่าความถี่ (f) และค่าร้อยละ (%)

7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่3 ใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ตามแนวคิดของ Best (1970) ดังนี้

1.00 – 1.49 หมายถึง สภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย

1.50 – 2.49 หมายถึง สภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

2.50 – 3.00 หมายถึง สภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลตำบล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้ศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบของตารางและการพรรณนาตามลักษณะของข้อมูล



119594

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ผลและวิจารณ์

ผลการทดลอง

การศึกษากิจการจัการขะติดีเชื้อของเจ้าหน้าทีสาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล ในครัั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลตำบลหรือสถานีนอนามัย 32 แห่ง ประชากร 136 คน แล้วนำข้อมูลมาประมวลผล และนำเสนอด้วการบรรยายประกอบตาราง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม
ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	70	52
1.2 หญิง	66	48
รวม	136	100
2. การศึกษา		
2.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	13
2.2 ปริญญาตรี	79	58
2.3 ปริญญาโท	36	27
2.4 ปริญญาเอก	3	2
รวม	136	100
3. ประสบการณ์		
3.1 1 – 5 ปี	35	26
3.2 6 – 15 ปี	23	17
3.3 16 – 20 ปี	44	31
3.4 21 – 25 ปี	25	18
3.5 มากกว่า 25 ปี	9	8
รวม	136	100

จากตาราง 1 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลตำบล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิงที่ (ร้อยละ 52) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 58) มีประสบการณ์ 16-20 ปี (ร้อยละ 31)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

ตาราง 2 ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับความรู้
การแยกประเภทขยะติดเชื้อ	136	100.0	สูง
การคัดแยก	136	100.0	สูง
การเคลื่อนย้ายและขนส่ง	136	100.0	สูง
การกำจัด	136	100.0	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล มีระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในด้านการแยกประเภทขยะติดเชื้อ ด้านการคัดแยก ด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่งโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีเพียงด้านการกำจัดเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 3 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อ	ความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	(n = 136)		เกณฑ์ระดับความรู้
		ตอบถูก จำนวน/ร้อยละ	ตอบผิด จำนวน/ร้อยละ	
ด้านประเภทขยะติดเชื้อ				
1.	ขวดวัคซีนป้องกันโรค	99 (73)	37 (27)	เกณฑ์ดี
2.	อุจจาระ บัสดาวะผู้ป่วย	107 (79)	29 (21)	เกณฑ์ดี
3.	ผ้ากอซ ไม้พันสำลี ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว	123 (90)	13 (10)	เกณฑ์ดี
4.	เศษเนื้อ เศษกระดูก	111 (82)	25 (18)	เกณฑ์ดี
5.	เข็มฉีดยาใช้แล้ว	129 (95)	6 (4)	เกณฑ์ดี
ด้านการคัดแยก				
6.	การเก็บขยะติดเชื้อจากหน่วยงานต้องแยกออกจากขยะทั่วไป	127 (93)	9 (7)	เกณฑ์ดี
7.	การเก็บขยะติดเชื้อจะต้องจัดให้มีที่พักรวมกับขยะทั่วไป	82 (60)	53 (39)	เกณฑ์ดี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	(n = 136)		เกณฑ์ระดับความรู้
		ตอบถูก จำนวน/ร้อยละ	ตอบผิด จำนวน/ร้อยละ	
8.	ถุงสำหรับบรรจุขยะติดเชื้อเป็นถุงสีแดง	98 (72)	38 (28)	เกณฑ์ดี
9.	ภาชนะที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อจะต้องมีลักษณะที่แข็งแรง	128 (94)	8 (6)	เกณฑ์ดี
10.	ขยะติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมบรรจุในกล่องบาง	57 (42)	79 (58)	เกณฑ์ปานกลาง
ด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่ง				
11.	การขนย้ายขยะติดเชื้อจากหน่วยงานไปที่พักขยะของสถานีอนามัยใช้รถเข็นที่จัดแยกไว้เฉพาะ	124 (91)	12 (9)	เกณฑ์ดี
12.	ขณะขนส่งขยะติดเชื้อหากมีการตกหล่น เช่น ขวดบรรจุวัคซีน หล่นไม่ต้องเก็บ	80 (59)	56 (41)	เกณฑ์ปานกลาง
13.	ผู้ขนส่งขยะติดเชื้อควรแต่งกายมิดชิด เพื่อป้องกันเชื้อโรค	113 (83)	21 (15)	เกณฑ์ดี
14.	การจัดถุงขยะติดเชื้อให้จับตรงคอถุงห้ามอุ้มหรือโยนถุง	108 (79)	28 (21)	เกณฑ์ดี
15.	ถังขยะติดเชื้อควรมีระบายน้ำเพื่อทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคได้ง่าย	51 (38)	85 (63)	เกณฑ์ปานกลาง
ด้านการกำจัด				
16.	ควรมีการกำจัดขยะติดเชื้อภายใน 1-3 วัน	129 (95)	7 (5)	เกณฑ์ดี
17.	มีการเผาขยะติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น ใบมีด เข็ม	70 (51)	66 (49)	เกณฑ์ปานกลาง
18.	การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้กำจัดรวมกับมูลฝอยทั่วไปตามปกติ	50 (37)	86 (63)	เกณฑ์ปานกลาง
19.	ขยะติดเชื้อที่เป็นผ้าก๊อซ สำลี กำจัดโดยเททิ้งรวมกับขยะทั่วไป	52 (38)	84 (62)	เกณฑ์ปานกลาง
20.	การกำจัดขยะติดเชื้อที่ดีที่สุดคือการเผาด้วยเตาเผาขยะติดเชื้อ	125 (92)	11 (8)	เกณฑ์ดี

จากตาราง 3 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล มีระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ ด้านการแยกประเภทขยะติดเชื้อ ด้านคัดแยก และด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่ง อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้านมีดังนี้

ด้านการแยกประเภทขยะติดเชื้อ ด้านคัดแยก โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณา จะพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในระดับความรู้ดีทุกข้อ

ด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่งโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลมีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการขนย้ายขยะติดเชื้อจากหน่วยงานไปที่พักขยะของสถานีอนามัยใช้รถเข็นที่จัดแยกไว้เฉพาะ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับการปฏิบัติงานในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

ตาราง 4 การปฏิบัติงานในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล
ตำบล

ข้อ	การจัดการขยะติดเชื้อ	(n = 136)		เกณฑ์ระดับ การปฏิบัติ
		$\bar{x}$	S.D.	
1.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บขยะในหน่วยงานของท่านบรรจุขยะติดเชื้อโดยการปิดปากถุงให้มิดชิด	2.63	0.59	สูง
2.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บขยะในหน่วยงานของท่านเก็บขยะติดเชื้อแยกไว้เฉพาะไม่รวมกับขยะชนิดอื่นหรือขยะทั่วไป	2.36	0.61	ปานกลาง
3.	ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานท่านเก็บขยะติดเชื้อในภาชนะที่มีลักษณะแข็งแรง	2.30	0.74	ปานกลาง
4.	ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานท่านเก็บขยะติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมในถุงดำ	2.30	0.70	ปานกลาง
5.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บมูลฝอยในหน่วยงานของท่านขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้รถเข็นที่จัดแยกไว้เฉพาะ	2.34	0.64	ปานกลาง
6.	การใส่ขยะติดเชื้อ 3/4 ของถุง ทำให้จัดเก็บง่าย	2.28	0.58	ปานกลาง
7.	ล้างถังขยะติดเชื้อทุกครั้งหลังเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ	2.21	0.75	ปานกลาง
8.	บุคลากรในหน่วยงานท่านทำสะอาดร่างกายหลังจากการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้ง	2.99	0.08	สูง
9.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บมูลฝอยในหน่วยงานของท่านได้รับการตรวจสุขภาพทุกปี	3.00	0.00	สูง
10.	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านหรือตัวท่านได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บขยะติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆทุกปี	2.05	0.78	ปานกลาง
	โดยรวม	2.44	0.32	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า สภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล โดยรวมมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีการปฏิบัติสูง 3 ข้อโดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ และข้อที่ต่ำที่สุด 1 ข้อ คือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านหรือตัวท่านได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บขยะติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆทุกปี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาล
ตำบล

ตาราง 5 ข้อมูลสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

ข้อ	สภาพการจัดการขยะติดเชื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	หน่วยงานซึ่งนำนักขยะติดเชื้อ - ไม่ซัง - ซัง ระบุ..... กก./ วัน	136 0	0 0
2.	หน่วยงานได้เสียค่าใช้จ่ายเพื่อกำจัดขยะติดเชื้อ - ไม่จ่าย - จ่ายบาท/กก.	136 0	100 0
3.	การคัดแยกขยะติดเชื้อในหน่วยงาน - ถุงแดง - ถุงดำ	45 91	33 67
4.	ผู้ปฏิบัติงานเก็บขยะติดเชื้อในหน่วยงาน - เจ้าหน้าที่ของสถานอนามัย - จ้างบริษัทเอกชน	136 0	100 0
5.	ผู้ปฏิบัติงานเก็บขยะติดเชื้อในหน่วยงานของท่านปฏิบัติตามคู่มือ - ไม่ปฏิบัติ - ปฏิบัติ	26 108	19 79
6.	ที่ตั้งเตาเผากำจัดมูลฝอยติดเชื้อของเทศบาล - ภายในเขตเมือง - นอกเขตเมือง	45 90	33 66
7.	งบประมาณที่ใช้ในการกำจัดขยะติดเชื้อ - เพียงพอ - ไม่เพียงพอ	56 79	41 58
8.	เตาเผากำจัดมูลฝอยติดเชื้อของเทศบาลมีการตรวจวัดคุณภาพ อากาศที่ปล่อยออกจากการเผามูลฝอยติดเชื้อหรือไม่ - ไม่มี - มี (ผ่านเกณฑ์)	70 66	52 49

จากตาราง 5 สภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล โดยรวม พบว่า แต่ละหน่วยงานไม่ได้ซังนำนักขยะติดเชื้อ และไม่มีเสียค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะติดเชื้อของหน่วยงาน การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ถุงแดงมีปริมาณน้อยกว่าการใส่ในถุงดำ เอกสารนี้เป็นเอกสารที่ส่งมอบไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ผู้ปฏิบัติงานเก็บขยะติดเชื้อ เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตำบลที่จัดไว้เฉพาะ ที่ตั้งเตาเผากำจัดขยะติดเชื้อของเทศบาลตั้งอยู่นอกเขตเมือง ส่วนเตาเผาขยะของโรงพยาบาลมักอยู่ในเขตโรงพยาบาลหรือเขตเมือง และเตาเผากำจัดมูลฝอยติดเชื้อของเทศบาลมีการตรวจวัดคุณภาพอากาศ ที่ปล่อยออกจากการเผามูลฝอยติดเชื้อ และหน่วยงานบางแห่งไม่ปฏิบัติตามคู่มือในการจัดการขยะติดเชื้อ (ร้อยละ 19)

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล ที่มีความแตกต่างของ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

ตาราง 6 การเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน

การจัดการขยะติดเชื้อ	แหล่งความแปรปรวน	S.D	SS	df	MS	F	p-value
วุฒិการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	0.70	0.06	2	0.03	0.25	0.78
	ภายในกลุ่ม		0.87	7	0.12		
	รวม		0.93	9			
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	1.24	0.29	3	0.10	0.93	0.47
	ภายในกลุ่ม		0.63	6	0.10		
	รวม		0.93	9			

จากตาราง 6 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล ที่มีวุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีการจัดการขยะติดเชื้อที่ไม่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน โดยสังเกตได้จากค่า ($p > 0.05$)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

วิจารณ์ผลการทดลอง

วิจารณ์ผล

ผลจากการศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล ผู้ศึกษาได้ค้นพบประเด็นเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล มีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ดี คือ

- ด้านประเภทขยะ อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณาจะพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เรื่องประเภทขยะติดเชื้อในระดับความรู้ดีทุกข้อ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับความรู้ในด้านอื่นๆ และด้านการคัดแยก โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล มีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดีทุกข้อ สอดคล้องกับปิยวรรณ (2551) ที่พบว่าข้อมูลระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในด้านการคัดแยก ด้านการกำจัด ด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่ง อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดีทุกข้อ

- ด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่ง โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลมีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการขนย้ายขยะติดเชื้อจากหน่วยงานไปที่พักขยะของสถานอนามัยใช้รถเข็นที่จัดแยกไว้เฉพาะ สอดคล้องกับปิยวรรณ (2551) ที่พบว่าด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่งโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี (ร้อยละ 97.5)

- ด้านการกำจัด ซึ่งผลอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น โดยจากการพิจารณาโดยรวมพบว่า อาจเกิดจากความเคยชินในการทำงานด้านนี้มานาน โดยไม่ได้คำนึงถึงหลักการที่ถูกต้องและสิ่งที่เรียนรู้ผ่านมา และใช้ความเคยชินจากประสบการณ์การทำงานในการทำงานมากกว่าความถูกต้องตามหลัก สอดคล้องกับศรีสุคนธ์ (2551) ที่กล่าวว่าบุคลากรมีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และมีบางด้านที่ความรู้อยู่ในระดับต่ำ แต่นั่นไม่ได้ทำให้พฤติกรรมการทำงานลดน้อยลงแต่อย่างใด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2. การปฏิบัติงานในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล โดยรวมมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการปฏิบัติสูง 3 ข้อโดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ และข้อที่ต่ำที่สุด 1 ข้อ คือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านหรือตัวท่านได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บขยะติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆทุกปี กล่าวคือ มีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่บ่อยครั้งนัก สอดคล้องกับสลาธิ (2543) ที่กล่าวว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการปฏิบัติในการจัดการขยะติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง อาจสืบเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่มีกิจกรรมหลายอย่างจนไม่ได้ปฏิบัติตามหลักการจัดการขยะติดเชื้อ เช่นเดียวกับสนธยา (2550) ที่กล่าวว่าด้านเจตคติและพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์พบว่ ประชากรมีระดับเจตคติอยู่ในระดับสูง ส่วนในด้านพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์พบว่ามีระดับพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปานกลาง

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลที่มี วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ต่างกันมีการจัดการขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลทุกหน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน และร่วมกันบริหารจัดการเพื่อให้ขยะติดเชื้อ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของปิยวรรณ (2551) ที่กล่าวว่า บุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีที่มีเพศ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ต่างกันมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่แตกต่างกัน และเนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีทุกหน่วยงานต้องร่วมกันบริหารจัดการเพื่อให้มูลฝอยติดเชื้อ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ดังนั้น การติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งด้านการคัดแยก การเคลื่อนย้ายและขนส่ง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องรับผิดชอบเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสนธยา (2550) เรื่องพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลบึงสามพัน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่กล่าวว่าความแตกต่างระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร กับพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะของ ประชากรประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด สถานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน กับพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลบึงสามพันแล้ว ไม่มีความแตกต่างกัน

4. การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล พบว่าปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ที่การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ถุงแดงมีปริมาณน้อยกว่าการใส่ในถุงดำ ภายในโรงพยาบาลตำบลบางแห่งไม่มีเตาเผาขยะติดเชื้อหรือมีเตาเผาขยะที่ยังไม่

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตรงตามมาตรฐาน และหน่วยงานบางแห่งไม่ปฏิบัติตามคู่มือในการจัดการขยะติดเชื้อ (ร้อยละ 19) สอดคล้องกับศรีสุคนธ์ (2551) ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อคือ จังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีแหล่งกำจัดขยะติดเชื้อส่วนรวมที่ได้มาตรฐาน วัสดุอุปกรณ์ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อมีไม่เพียงพอ และวิธีการจัดเก็บขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ทั้งสถานพยาบาลและเทศบาลยังไม่ถูกต้องเหมาะสม



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สรุปผลการทดลอง

สรุปผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลตำบล ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงที่ (ร้อยละ 52) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 58) มีประสบการณ์ 16-20 ปี (ร้อยละ 31)

2. ข้อมูลระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

มีระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ ในด้านการแยกประเภทขยะติดเชื้อ ด้านการคัดแยก ด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่ง โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีเพียงด้านการกำจัดเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล มีระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ ด้านการแยกประเภทขยะติดเชื้อ ด้านคัดแยก และด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่ง อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้านมีดังนี้

ด้านการแยกประเภทขยะติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณา จะพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในระดับความรู้ดีทุกข้อ

ด้านคัดแยก โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล มีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดีทุกข้อ

ด้านการเคลื่อนย้ายและขนส่งโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลมีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดี โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการขนย้ายขยะติดเชื้อจากหน่วยงานไปที่พักขยะของสถานอนามัยใช้รถเข็นที่จัดแยกไว้เฉพาะ

ด้านการกำจัด ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ปานกลาง

3. สภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

โดยรวมมีการปฏิบัติปานกลาง ($\bar{X} = 2.44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการปฏิบัติสูง 3 ข้อ และข้อที่ต่ำ 1 ข้อ คือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านหรือตัวท่านได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บขยะติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆทุกปี

4. สภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

โดยรวม พบว่า แต่ละหน่วยงานไม่ได้ขังน้ำหนักขยะติดเชื้อ และไม่มีเสียค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะติดเชื้อของหน่วยงาน การคัดแยกขยะติดเชื้อโดยใส่ถุงแดงมีปริมาณน้อยกว่าการใส่ในถุงดำ ผู้ปฏิบัติงานเก็บขยะติดเชื้อ เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตำบลที่จัดไว้เฉพาะ ที่ตั้งเตาเผา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กำจัดการขะติดเชื้อของเทศบาลตั้งอยู่นอกเขตเมือง ส่วนเตาเผาขยะของโรงพยาบาลมักอยู่ในเขตโรงพยาบาลหรือเขตเมือง และเตาเผากำจัดการขะติดเชื้อของเทศบาลมีการตรวจวัดคุณภาพอากาศที่ปล่อยออกจากการเผาขยะติดเชื้อ และหน่วยงานบางแห่งไม่ปฏิบัติตามคู่มือในการจัดการขะติดเชื้อ (ร้อยละ 19)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการจัดการขะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลตำบลภายในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการขะติดเชื้อ

- 1.1 แนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล หรือสถานีนอนามัย
- 1.2 รูปแบบเตาเผาขยะติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการใช้ในโรงพยาบาลตำบลหรือสถานีนอนามัย
- 1.3 การศึกษารูปแบบการจัดการขะติดเชื้อในโรงพยาบาลตำบล หรือสถานีนอนามัยเพื่อจะทำให้ทราบถึงข้อมูล เพื่อนำมาพัฒนางานจัดการขะติดเชื้อให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 1.4 การศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดเก็บขยะของโรงพยาบาลตำบลหรือสถานีนอนามัย

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนะแนวทางการจัดการขะติดเชื้อของสถานีนอนามัย

หน่วยงานควรจัดให้มีการประชุมสัมมนาเจ้าหน้าที่เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน ตามความเหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงภารกิจที่แท้จริงของตนเอง และไม่ลืมหุ้จุดมุ่งหมายในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพ เพราะบุคคลที่ปฏิบัติงานซ้ำๆ นานๆ โดยไม่มีการกระตุ้น จะทำให้ไม่เกิดการพัฒนางานที่ปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่ควรได้รับการอบรมเรื่องขยะติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูความรู้ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2545. เอกสารเผยแพร่ชุดเทคนิคในการบำบัดและกำจัดของเสียอันตราย". ม.ป.ท., กรุงเทพมหานคร.
2. กองฝ่ายของเสียอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. แนวทางการควบคุมและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในร่างกฎกระทรวงออกตามความใน พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535. กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม. แหล่งที่มา: http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_infectious.htm [17 ธันวาคม 2553].
3. เกรียงศักดิ์ อุทุมสินโรจน์. 2546. ของเสียอันตราย. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท., กรุงเทพมหานคร.
4. ชูวิทย์ จิรนิวัตานนท์. 2541. กลวิธีการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ (วท.ม. สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
5. ัญญา ชลมณี. 2549. แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. ปิยวรรณ จันทรเสนา. 2551. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
7. แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ.2552-2554. 2552. นโยบายที่เกี่ยวข้องและกลไกการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม. แหล่งที่มา: http://env.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=185 [3 พฤศจิกายน 2553]
8. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. 2535. แหล่งที่มา: <http://app-thca.krisdika.go.th/Naturesig/CheckSig?whichLaw=law2&folderName=%a136&lawPath=%a136-20-9999-update> [3 พฤศจิกายน 2553]
9. พิมพ์วรรณ จันท์แก้ว และคณะ. 2550. รายงานผลการวิจัย เรื่อง การศึกษาเรื่องการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. กรมอนามัย.
10. พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี. 2550. ประเมินผลนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพ : ความร่วมมือของไตรภาคีในการสร้างโรงพยาบาลตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.
11. เพลินพิศ พรหมมะลิ. 2541. การศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม. 2544. หน้า 149. ไพลินบุ๊คเน็ต, กรุงเทพมหานคร.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

13. วณิดา พงษ์ธัญญะวิริยา. 2553. การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. แหล่งที่มา: <http://www.pharmyaring.com/uploadz/waste%20management%20in%20hospital.ppt> [21 เมษายน 2554]
14. วารสารหมอนามัย. 2552. จากสถานีนามัย...สู่โรงพยาบาลตำบล. แหล่งที่มา: www.mohanamai.com/?name=journal&file=readjournal&id=13 [15 พฤศจิกายน 2553]
15. วรวิทย์ บุญพิศิษฐ์สกุล และคณะ. 2547. มัลติมีเดียเรื่อง การกำจัดขยะอันตราย (Eradicate Hazardous Wastes Multimedia). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
16. ศรีสุคนธ์ หลักดี. 2551. การศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
17. ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542. รายงานการศึกษาการจัดการมูลฝอยโรงพยาบาล.
18. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2545. บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบกฎกระทรวง พ.ศ.2545 ออกตามความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. แหล่งที่มา: laws.anamai.moph.go.th/link.html [12 มกราคม 2554]
19. สันธยา ปุระหล้า. 2550. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลบึงสามพัน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
20. สมชัย ศรีสุทธิยากร. 2546. เทคนิคการสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติและคู่มือการใช้โปรแกรม SPSS for Windows เพื่อการประมวลผลการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
21. สมนึก ตันประเสริฐ. 2548. การศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ISO 14001 ภายหลังการได้รับรองมาตรฐาน : กรณีศึกษาอุตสาหกรรมยานยนต์, วิทยาสารกำแพงแสน, ปีที่ 3, ฉบับที่ 1, หน้า 30-36.
22. สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และคณะ. 2538. การถูกเข็มตำและของมีคมบาดในโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2538. จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

23. สาริต สว่างแสง. 2543. การจัดการขยะติดเชื้อของสถานอนามัยในจังหวัดยโสธร: วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
24. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 17. 2536. ของเสียที่เป็นอันตราย. แหล่งที่มา: <http://www.school.net.th/library/snet6/envi3/monpit-a/bad.htm> [8 ธันวาคม 2553]
25. สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย. ข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. เตาเผามูลฝอยติดเชื้อตามแบบมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_infectious.htm [8 ธันวาคม 2553]
26. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535. สถานอนามัยและลักษณะของสถานอนามัย. แหล่งที่มา: <http://ops.moph.go.th/> [15 พฤศจิกายน 2553]
27. สำนักวิชาการสะอาด กรุงเทพมหานคร. 2544. “แนวทางว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร”. ม.ป.ท., กรุงเทพมหานคร.
28. สุคนธ์ เจียสกุล และคณะ. 2543. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. ม.ป.ท., กรุงเทพมหานคร.
29. ดุณีย์ สุขสว่าง. 2540. บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษาจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สิ่งแวดล้อม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
30. หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. 2552. “ รพ.ตำบล ” ต้นแบบความสำเร็จของการมีส่วนร่วมภาคประชาชน. แหล่งที่มา: <http://www.ryt9.com/s/bmnd/665282> [15 พฤศจิกายน 2553]
31. อัสนี มหาพัฒน์ไทย. 2543. การบริหารจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
32. Best. 1970. ระดับความคิดเห็นตามแนวคิดของ Best 1970. แหล่งที่มา: <http://www.htc.ac.th/research/web5231/m03.html> [21 พฤศจิกายน 2553]
33. Jaffal. 2003. Medical waste management in Jordan : A study at the King Husscin Medical Center. waste management.
34. Vilfredo Pareto. 1906. กฎทฤษฎี 80:20. แหล่งที่มา: <http://www.chapterpiece.com/project-management/2010/06/12/reduce-time-in-software-development-project-with-80-20-rule/> [21 พฤศจิกายน 2553]

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แบบสอบถามการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรื่อง

การจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานโรงพยาบาลตำบล

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 หน้า แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล

ตอนที่ 3 แบบสำรวจสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล

ตอนที่ 4 แบบสำรวจสภาพขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล

ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยความเป็นจริง เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบลต่อไป เมื่อท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อแล้ว ให้ส่งแบบสอบถามคืนให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลหน่วยงานของท่าน ผู้ศึกษาจะติดตามเก็บรวบรวมด้วยตนเอง

ขอขอบคุณในการตอบแบบสอบถาม

นางสาวณิชาณินท์ พันธุ์คุณิษฐ์

นายวชิรวิทย์ อนันต์ฤทธิกุล

นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรดินและสิ่งแวดล้อม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แบบสอบถาม

เรื่อง

การจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ 1. ชาย☐ 2. หญิง

2. การศึกษา

☐ 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี☐ 2. ปริญญาตรี☐ 3. ปริญญาโท☐ 4. ปริญญาเอก

3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

☐ 1. 1-5 ปี☐ 2. 6-15 ปี☐ 3. 16-20 ปี☐ 4. 21-25 ปี☐ 5. มากกว่า 25 ปี

4. หน่วยงาน/ตำแหน่งหน้าที่ (โปรดระบุ)

.....

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าท่านมีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อใน
หน่วยงานของท่านระดับใด

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
โดยมีระดับความคะแนนดังนี้

คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน

คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ข้อที่	ข้อความถาม	ระดับความรู้	
		ใช่	ไม่ใช่
	ประเภทขยะติดเชื้อ		
1.	ขวดวัคซีนป้องกันโรค		
2.	อุจจาระ ปัสสาวะผู้ป่วย		
3.	ผ้าก๊อช ผ้าพันแผล ผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว		
4.	เศษเนื้อ เศษกระดูก		
5.	เข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว		
	การคัดแยก	ใช่	ไม่ใช่
6.	การเก็บขยะติดเชื้อจากหน่วยงานต้องแยกออกจากขยะทั่วไป		
7.	การเก็บขยะติดเชื้อจะต้องจัดให้มีที่พักรวมกับขยะทั่วไป		
8.	ถุงสำหรับบรรจุขยะติดเชื้อเป็นถุงสีแดง		
9.	ภาชนะที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อจะต้องมีลักษณะที่แข็งแรง		
10.	ขยะติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมบรรจุในกล่องบาง		
	การเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อ	ใช่	ไม่ใช่
11.	การขนย้ายขยะติดเชื้อจากหน่วยงานไปที่พักขยะของสถานีนอนามัย ใช้รถเข็นที่จัดแยกไว้เฉพาะ		
12.	ขณะขนส่งขยะติดเชื้อหากมีการตกหล่น เช่น ขวดบรรจุวัคซีนหล่น ไม่ต้องเก็บ		
13.	ผู้ขนส่งขยะติดเชื้อควรแต่งกายมิดชิด เพื่อป้องกันเชื้อโรค		
14.	การจัดถุงขยะติดเชื้อให้จับตรงคอถุงห้ามอุ้มหรือโยนถุง		
15.	ถังขยะติดเชื้อควรมีรูระบายน้ำเพื่อทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ โรคได้ง่าย		

	การกำจัดขยะติดเชื้อ	ใช่	ไม่ใช่
16.	ควรมีการกำจัดขยะติดเชื้อภายใน 1-3 วัน		
17.	มีการเผาขยะติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น ใบมีด เข็ม		
18.	การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้กำจัดรวมกับมูลฝอยทั่วไปตามปกติ		
19.	ขยะติดเชื้อที่เป็นผ้าก๊อช สำลี กำจัดโดยเททิ้งรวมกับขยะทั่วไป		
20.	การกำจัดขยะติดเชื้อที่ดีที่สุดคือการเผาด้วยเตาเผาขยะติดเชื้อ		



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตอนที่ 3 แบบสำรวจสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นต่อสภาพการปฏิบัติในการ
จัดการขยะติดเชื้อในหน่วยงานอยู่ในระดับใด

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
โดยมีระดับความคะแนนดังนี้

- คะแนน 3 หมายถึง สภาพการปฏิบัติทุกครั้ง
- คะแนน 2 หมายถึง สภาพการปฏิบัติบ่อยครั้ง
- คะแนน 1 หมายถึง สภาพการปฏิบัติบางครั้ง

ข้อที่	การปฏิบัติ	สภาพการปฏิบัติ		
		3	2	1
1.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บขยะในหน่วยงานของท่านบรรจุขยะติดเชื้อโดยการปิดปากถุงให้มิดชิด			
2.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บขยะในหน่วยงานของท่านเก็บขยะติดเชื้อแยกไว้เฉพาะไม่รวมกับขยะชนิดอื่นหรือขยะทั่วไป			
3.	ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานท่านเก็บขยะติดเชื้อในภาชนะที่มีลักษณะแข็งแรง			
4.	ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานท่านเก็บขยะติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมในถุงดำ			
5.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บมูลฝอยในหน่วยงานของท่าน ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้รถเข็นที่จัดแยกไว้เฉพาะ			
6.	การใส่ขยะติดเชื้อ3/4ของถุง ทำให้จัดเก็บง่าย			
7.	ล้างถังขยะติดเชื้อทุกครั้งหลังเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ			
8.	บุคลากรในหน่วยงานท่านทำสะอาดร่างกายหลังจากการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้ง			
9.	ผู้ปฏิบัติงานจัดเก็บมูลฝอยในหน่วยงานของท่านได้รับการตรวจสุขภาพทุกปี			
10.	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านหรือตัวท่านได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บขยะติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆทุกปี			

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตอนที่ 4 แบบสำรวจสภาพการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตำบล
คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์และตรงกับสภาพความเป็นจริง

1. หน่วยงานซึ่งนำขยะติดเชื้อ
 - () ไม่ทิ้ง () ทิ้ง ระบุ..... กก./วัน
2. หน่วยงานได้เสียค่าใช้จ่ายเพื่อกำจัดขยะติดเชื้อ
 - () ไม่จ่าย () จ่ายบาท/กก.
3. การคัดแยกขยะติดเชื้อในหน่วยงาน
 - () ถูกแดง () ถูกดำ () อื่นๆ ระบุ.....
4. ผู้ปฏิบัติงานเก็บขยะติดเชื้อในหน่วยงาน
 - () เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัย () จ้างบริษัทเอกชน
5. ผู้ปฏิบัติงานเก็บขยะติดเชื้อในหน่วยงานของท่านปฏิบัติตามคู่มือ
 - () ไม่ปฏิบัติ () ปฏิบัติ
6. ที่ตั้งเตาเผากำจัดขยะติดเชื้อของเทศบาล
 - () ภายในเขตเมือง () นอกเขตเมือง
7. งบประมาณที่ใช้ในการกำจัดขยะติดเชื้อ
 - () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
8. เตาเผากำจัดขยะติดเชื้อของเทศบาลมีการตรวจวัดคุณภาพอากาศที่ปล่อยออกจากเตา
เผาขยะติดเชื้อหรือไม่
 - () ไม่มี () มี..... () ผ่านเกณฑ์ () ไม่ผ่านเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นเพิ่มเติม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางผนวกที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม

		Sex			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	72	51.8	52.9	52.9
	2.00	64	46.0	47.1	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

*1.00 = เพศชาย 2.00 = เพศหญิง

ตารางผนวกที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา) ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม

		Level			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	19	13.7	14.0	14.0
	2.00	77	55.4	56.6	70.6
	3.00	36	25.9	26.5	97.1
	4.00	4	2.9	2.9	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

*1.00 = ต่ำกว่าปริญญาตรี 2.00 = ปริญญาตรี 3.00 = ปริญญาโท 4.00 = ปริญญาเอก

ตารางผนวกที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ประสบการณ์การทำงาน) ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม

Work				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	35	25.2	25.7
	2.00	25	18.0	44.1
	3.00	40	28.8	73.5
	4.00	27	19.4	93.4
	5.00	9	6.5	100.0
Total		136	97.8	100.0
Missing	System	3	2.2	
Total		139	100.0	

*1.00 = 1-5 ปี 2.00 = 6-15 ปี 3.00 = 16-20ปี 4.00 = 21-25 ปี 5.00 = มากกว่า25 ปี

ตารางผนวกที่ 4 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

T2.1				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	99	71.2	72.8
	2.00	37	26.6	100.0
	Total	136	97.8	100.0
Missing	System	3	2.2	
Total		139	100.0	

T2.2				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	107	77.0	78.7
	2.00	29	20.9	100.0
	Total	136	97.8	100.0
Missing	System	3	2.2	
Total		139	100.0	

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

T2.3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	123	88.5	90.4	90.4
	2.00	13	9.4	9.6	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	111	79.9	81.6	81.6
	2.00	25	18.0	18.4	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	130	93.5	95.6	95.6
	2.00	6	4.3	4.4	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	127	91.4	93.4	93.4
	2.00	9	6.5	6.6	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

T2.7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	83	59.7	61.0	61.0
	2.00	53	38.1	39.0	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	98	70.5	72.1	72.1
	2.00	38	27.3	27.9	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	128	92.1	94.1	94.1
	2.00	8	5.8	5.9	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	57	41.0	41.9	41.9
	2.00	79	56.8	58.1	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

T2.11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	124	89.2	91.2	91.2
	2.00	12	8.6	8.8	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	80	57.6	58.8	58.8
	2.00	56	40.3	41.2	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	115	82.7	84.6	84.6
	2.00	21	15.1	15.4	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	108	77.7	79.4	79.4
	2.00	28	20.1	20.6	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

T2.15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	51	36.7	37.5	37.5
	2.00	85	61.2	62.5	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	129	92.8	94.9	94.9
	2.00	7	5.0	5.1	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	70	50.4	51.5	51.5
	2.00	66	47.5	48.5	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	51	36.7	37.5	37.5
	2.00	85	61.2	62.5	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

T2.19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	52	37.4	38.2	38.2
	2.00	84	60.4	61.8	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T2.20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	125	89.9	91.9	91.9
	2.00	11	7.9	8.1	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

*1.00 = ตอบถูก 2.00 = ตอบผิด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางผนวกที่ 5 การปฏิบัติในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล

Group Statistics					
	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
T3.1	1.00	72	2.6389	.51198	.06034
	2.00	64	2.6250	.67847	.08481
T3.2	1.00	72	2.3889	.61794	.07282
	2.00	64	2.3281	.61862	.07733
T3.3	1.00	72	2.4167	.64459	.07597
	2.00	64	2.1719	.82721	.10340
T3.4	1.00	72	2.3472	.71522	.08429
	2.00	64	2.2500	.69007	.08626
T3.5	1.00	72	2.3194	.62408	.07355
	2.00	64	2.3750	.67847	.08481
T3.6	1.00	72	2.2500	.52407	.06176
	2.00	64	2.3281	.64377	.08047
T3.7	1.00	72	2.2222	.71645	.08443
	2.00	64	2.2031	.80039	.10005
T3.8	1.00	72	2.9861	.11785	.01389
	2.00	64	3.0000	.00000	.00000
T3.9	1.00	72	3.0000	.00000 ^a	.00000
	2.00	64	3.0000	.00000 ^a	.00000
T3.10	1.00	72	2.2083	.71083	.08377
	2.00	64	1.8750	.82616	.10327

a. t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางผนวกที่ 6 สภาพการจัดการขยะติดเชื้อของสถานีนานามัย

T4.1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	136	97.8	100.0	100.0
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T4.2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	136	97.8	100.0	100.0
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T4.3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	45	32.4	33.1	33.1
	2.00	91	65.5	66.9	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T4.4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	136	97.8	100.0	100.0
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

T4.5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	28	20.1	20.6	20.6
	2.00	108	77.7	79.4	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T4.6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	45	32.4	33.1	33.1
	2.00	91	65.5	66.9	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T4.7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	57	41.0	41.9	41.9
	2.00	79	56.8	58.1	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

T4.8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	46	33.1	33.8	33.8
	2.00	90	64.7	66.2	100.0
	Total	136	97.8	100.0	
Missing	System	3	2.2		
Total		139	100.0		

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางผนวกที่ 7 การเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล
ตำบล วุฒิมการศึกษต่างกัน

ANOVA level

T3MIX

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.064	2	.032	.257	.780
Within Groups	.874	7	.125		
Total	.938	9			

Statistics

level

N	Valid	136
	Missing	3
Mean		2.1838
Std. Deviation		.70134

ตารางผนวกที่ 8 การเปรียบเทียบการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล
ตำบล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต่างกัน

ANOVA work

T3MIX

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.299	3	.100	.936	.479
Within Groups	.639	6	.106		
Total	.938	9			

Statistics

work

N	Valid	136
	Missing	3
Mean		2.6324
Std. Deviation		1.24608

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สถานีนามัย

สถานีนามัย คือ หน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ตั้งอยู่ในตำบล เป็นหน่วยงานที่สามารถนำนโยบายของรัฐบาลนำไปสู่ภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์เป็นรูปธรรมต่อประชาชนได้เป็นอย่างดี(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535: 1-2)

ลักษณะของสถานีนามัย

สถานีนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการทั้งทางด้านโครงสร้างและบริการประชาชน เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นสถานีนามัยจึงแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามโครงสร้างและระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535: 1-2)

1. สถานีนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ และมีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 4 งาน อันได้แก่ การบริหารสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน บริหารงานวิชาการและงานสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

2. สถานีนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีนามัยที่พัฒนาขึ้นมาจากสถานีนามัยทั่วไป มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างสูงกว่าสถานีนามัยทั่วไป เช่น งานบริหารทันตกรรมขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ ยังต้องทำหน้าที่เป็นสถานีนามัยที่เลี้ยงสนับสนุนสถานีนามัยทั่วไป ทั้งในด้านการบริการ การรับส่งผู้ป่วย การบริหารและวิชาการ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนดและมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1.) เป็นสถานีนามัยที่เป็นศูนย์กลางของตำบลข้างเคียง
- 2.) สถานีนามัยที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล

หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนามัย

สถานีนามัยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

1. งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 5 ด้าน ดังนี้คือ

1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ

- การบริการอนามัยแม่และเด็ก
- การบริการวางแผนครอบครัว

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป
- การบริการทันตกรรมสาธารณสุข
- การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

1.2 ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ

- การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

1.3 ด้านควบคุมและป้องกันโรค

- การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ
- การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ
- การอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.4 ด้านอาชีวอนามัย

1.6 ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ

1.6 ด้านสนับสนุนบริการด้านอื่น ๆ

2. งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

2.1 ด้านสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน

2.2 ด้านพัฒนาชุมชน วิจัยปัญหาชุมชน และประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก

ดำเนินการตามแผนและควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จของงาน

3. งานบริการ

3.1 ด้านบริหารงานทั่วไป

3.2 ด้านวางแผนและประเมินผล

3.3 ด้านประสานงานและประชาสัมพันธ์

4. งานวิชาการ

ด้านการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จากการศึกษาขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของสถานีนอนามัย พบว่ามีงานที่รับผิดชอบมากหลายงาน แต่จะมีงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมอยู่ 3 ด้าน

1. งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐาน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วยตนเองทั้งระบบทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและปัญหาอื่นๆในชุมชนได้ สามารถพึ่งตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากหลักการดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐานชุมชนดังกล่าว จะพบว่าเป็นแนวความคิดที่สอดคล้องกับนโยบายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน กล่าวคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันกับรัฐ ดังนั้นการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมมาผสมผสานกับการดำเนินงานไปพร้อม ๆ กับงานสาธารณสุขมูลฐานจึงนับเป็นแนวทางที่ดีและน่าจะช่วยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมในงานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ได้แก่ การให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุข เยาวชน ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ให้มีความรู้และตระหนัก เกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชน

2. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ตามบทบาทหน้าที่ของสถานีนอนามัย คือ การส่งเสริม และให้ประชาชนในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ ในเรื่องการจัดหาน้ำสะอาด การกำจัดสิ่งปฏิกูล การกำจัดขยะมูลฝอย การกำจัดน้ำเสีย การสุขาภิบาลที่พักอาศัยและอาคารสถานที่ การควบคุมพาหะนำโรค การสุขาภิบาลอาหาร จะเห็นได้ว่า งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์โดยตรง โดยมีลักษณะของการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์มีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. งานประสานงานเพื่อพัฒนาชนบท

การพัฒนาชนบทเป็นวิธีการที่เหมาะสมวิธีหนึ่งในการยกระดับคุณภาพชีวิตและแก้ไขปัญหาต่างๆของชุมชน โดยเฉพาะปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้กลวิธีการพัฒนาชนบทจะยึดหลักการประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของกระทรวงหลักของรัฐ ในรูปแบบของคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานการพัฒนาชนบท โดยการสนับสนุนการปฏิบัติงานของสภาตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล คือ หัวหน้าสถานีอนามัย เป็นผู้ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการสภาตำบล เพื่อบริการงานด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนของแต่ละกระทรวงจะมีความสอดคล้องกลมกลืนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม จึงกำหนดให้มีผู้ดำรงตำแหน่งในสภาตำบล มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและร่วมกับคณะกรรมการสภาตำบล / คณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล จัดทำแผนพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมระดับตำบล รวมทั้งการดำเนินงานใดๆ เพื่อการสนับสนุนการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมของตำบล

โรงพยาบาลตำบล

ที่มาและความหมาย

โรงพยาบาลตำบล เกิดจากการร่วมลงขันของประชาชนในชุมชนคนละ 2 บาทต่อเดือน หรือ 24 บาทต่อปี นอกจากนี้เงินบางส่วนยังได้จากการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในฐานะผู้มีบทบาทในระบบสุขภาพของประชาชนร่วมสมทบด้วย และโรงพยาบาล (CUP) ในฐานะผู้บริหารเงินต่อหัวประชากรที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลก็ร่วมสมทบ ทำให้มีกองทุนสุขภาพจำนวนมากพอ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการการดำเนินงานของโรงพยาบาลตำบล โดยคณะกรรมการกองทุนสุขภาพที่ถูกคัดเลือกจากประชาชนและท้องถิ่นทุกหมู่บ้านในตำบล ทั้งการจ้างทีมงานสุขภาพ โดยให้ค่าตอบแทนแพทย์ ที่มาอยู่ประจำที่โรงพยาบาลตำบลด้วยเงินกองทุนสุขภาพ นอกเหนือจากรายได้เงินเดือนประจำ พยาบาลอัตราจ้าง การก่อสร้างปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานชั้นล่างของสถานีอนามัยเดิมให้เหมาะสมกับบริการผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สะดวกในการขึ้นไปรับบริการที่ชั้น 2 ของสถานีอนามัยตามโครงสร้างเดิม และสามารถใช้งบกองทุนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นได้ เช่น ไข้เลือดออก อูจจาระร่วง และหากกองทุนมีความเติบโตยั่งยืนก็สามารถจัดซื้อรถส่งต่อผู้ป่วย ชุดเครื่องมือ บริการทันตกรรม หรืออื่นๆ เช่น จัดส่งนักเรียนทุนพยาบาลศาสตร์ และอื่นๆ ที่ขาดแคลนในหมู่บ้านให้ไปเรียน แล้วกลับมาทำงานในชุมชนของตนเอง ซึ่งการขยายภาพให้เห็นความชัดเจนและความเป็นไปได้ในการร่วมกัน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

คิดเชิงการจัดการระดับผู้นำอำเภอ ทำให้เกิดการยอมรับ และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการออกประชาคมให้ข้อมูลประชาชนเพื่อเสนอทางเลือกว่าต้องการระบบสุขภาพแบบเดิมคือการรับบริการจากภาครัฐ หรือต้องการเป็นเจ้าของโรงพยาบาลตำบล จัดบริการสุขภาพแบบใหม่ คือ บริการเชิงรุก และความพร้อมของทีมสุขภาพในการดูแลรักษา โดยการร่วมลงขัน 2 บาทต่อคนต่อเดือน และเป็นที่มาของชื่อ "โรงพยาบาลตำบล" ซึ่งคณะกรรมการร่วมกันตั้งชื่อ เพื่อใช้เป็นสื่อในการสร้างความเข้าใจและทำประชาคมชาวบ้าน ถือว่าเป็นต้นแบบการเรียนรู้ที่มีค่า และถูกต้องตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจอย่างแท้จริง (หนังสือพิมพ์บ้านเมือง, 2552)

จากสถานีนามัย...สู่โรงพยาบาลตำบล

สถานีนามัยจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง บางส่วนถูกถ่ายโอนไปอยู่กับ อบต. เพื่อทำงานพัฒนาสาธารณสุขและให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้แก่พี่น้องในพื้นที่รับผิดชอบ บางส่วนพัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน บางส่วนกำลังพัฒนาไปเป็น "โรงพยาบาลตำบล"

รัฐบาลปัจจุบันได้กำหนดนโยบายว่าจะพัฒนาสถานีนามัยไปเป็น "โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล" ซึ่งเป็นแนวคิดที่ดีที่จะพัฒนาสถานีนามัยให้มีขีดความสามารถทำงานแบบ "โรงพยาบาล" แต่ก็ต้องเป็นโรงพยาบาลรูปแบบใหม่ คือ ไม่ใช่มุ่งที่ "การรักษาโรค แต่มุ่งที่การสร้างเสริมสุขภาพ" นโยบายของรัฐส่วนนี้ต้องตามดูผลที่เป็นรูปธรรมกันต่อไป

แต่ที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เขาพัฒนาทำสถานีนามัยให้เป็น "โรงพยาบาลตำบล" จำนวน 31 แห่ง มาหลายปีแล้ว ด้วยการนำของคุณหมอฟงศ์พิชญ์ วงศ์มณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก และคุณเกสร วงศ์มณี สาธารณสุขอำเภอหล่มสัก

สถานีนามัยทุกแห่งปรับปรุงพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตำบล เป็นสาขาของโรงพยาบาลหล่มสัก คือเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่แบ่งแยกตามสายบังคับบัญชา ประชาชนในพื้นที่มีส่วนลงขันคนละ 2 บาทต่อเดือน เพื่อร่วมพัฒนาโรงพยาบาลตำบลในทุกด้าน มีการส่งนักเรียนในพื้นที่ไปเรียนพยาบาลเรียนสาธารณสุข เรียนทันตภิบาล กลับมาทำงานที่โรงพยาบาลตำบล โดย อบต. ร่วมดูแลระยะยาว มีการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและเชิงรุกไปถึงที่บ้านที่ชุมชน

เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ หมออนามัยจะเป็นผู้ตรวจรักษา ถ้าต้องการปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลหล่มสัก ก็ปรึกษาผ่าน skype (สนทนาผ่านจอคอมพิวเตอร์) เห็นหน้ากันได้ทันที สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ถ้าจำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลหล่มสัก ก็ส่งไปได้ทันที ข้อมูลคนไข้ก็ไปถึงโรงพยาบาลโดยผ่านอินเทอร์เน็ต คนไข้ไปถึงโรงพยาบาลก็เข้าช่องทางด่วน ไม่ต้องรอคิว เพราะถือว่าลงทะเบียนเข้าระบบเดียวกันตั้งแต่ที่โรงพยาบาลตำบล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

โรงพยาบาลตำบลมีหมออนามัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกที่มีทีมงานขนาดเล็กที่อบอุ่น โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวสาธารณสุขทั้งอำเภอ

คนไข้นอกที่โรงพยาบาลหล่มสักลดลงอย่างชัดเจนเพราะสามารถจบการดูแลรักษาได้ที่โรงพยาบาลตำบลเป็นส่วนใหญ่ สามารถทำงานส่งเสริมป้องกันได้มากขึ้น ประชาชนประหยัดค่าใช้จ่าย พึงพอใจ และได้มีส่วนร่วมชัดเจนและต่อเนื่อง ทุกฝ่ายมีความสุขเพิ่มขึ้นทั้งหมด (วารสารหมออนามัย, 2552)



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ประวัติย่อของผู้ศึกษาค้นคว้า

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ประวัติย่อของผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นางสาวณิชาณินท์ พันธุ์คุณนิษฐ์
 วันเกิด วันที่ 22 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2532
 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 156 หมู่ 13 ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2543 ระดับประถมศึกษา โรงเรียนอนุบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์
 พ.ศ. 2546 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย เพชรบูรณ์
 จังหวัดเพชรบูรณ์
 พ.ศ. 2549 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย เพชรบูรณ์
 จังหวัดเพชรบูรณ์
 พ.ศ. 2553 ระดับปริญญาตรี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
 กรุงเทพมหานคร

ชื่อ นายวชิรวิทย์ อนันต์ฤทธิ์กุล
 วันเกิด วันที่ 20 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2531
 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ก. 11/30 ถนนเทพนิมิต(ตัดใหม่) ตำบลปากน้ำโพ
 อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2543 ระดับประถมศึกษา โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์มโนทัย จังหวัดตาก
 พ.ศ. 2546 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์มโนทัย จังหวัดตาก
 พ.ศ. 2549 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบอสโกพิทักษ์ จังหวัดนครปฐม
 พ.ศ. 2553 ระดับปริญญาตรี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
 กรุงเทพมหานคร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
 ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้