

บทที่ 1

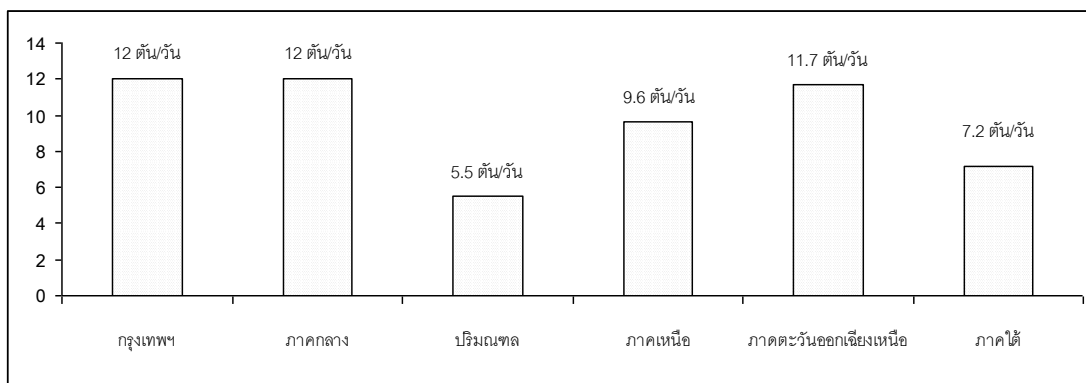
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่เน้นการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ตามหลักนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อต้องการให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ผลจากกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่ทำให้เกิดมูล ฝอยขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่สถานอนามัย มูลฝอยติดเชืวดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากมีความเป็นพิษ และสามารถที่จะแพร่กระจายเชื้อโรคได้ขึ้นอยู่กับปริมาณความเข้มข้นของเชื้อโรคที่ปะปนอยู่ใน มูลฝอยติดเชื้อชนิดนั้นๆ และหากมีการสัมผัสใกล้ชิดก็อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ (Yang et al., 2009) ดังนั้นมูลฝอยติดเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคตั้งแต่แหล่งกำเนิด ขั้นตอนการรวบรวม การขนส่ง การกำจัด และสิ่งที่เหลือจาก การกำจัดที่ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งมีผลคุกคามต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม (Miyazaki and Une, 2005) การกำจัดที่ผิดวิธีเป็นการก่อมลพิษ เช่น การเผามูลฝอยติดเชื้อ (Singh and Prakash, 2007) ประกอบกับสภาพสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ปัญหา สภาพอากาศที่ร้อนอันเนื่องมาจากปัญหาภาวะโลกร้อน ความเสื่อมโทรมของเมืองปัญหาความยากจนที่เกิดขึ้น และประสิทธิภาพของการขนส่งที่ล้นแล้วแต่มีผลต่อการแพร่กระจายของมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้น

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อ จากการสำรวจของกรมอนามัย (2545) พบว่าสถานบริการสาธารณสุข ในประเทศไทย จำนวน 32,787 แห่ง ผลิตมูลฝอยติดเชื้อ 56.16 ตัน/วัน เป็นสถานบริการสาธารณสุขชนิดไม่มีเตียงจำนวน 31,333 แห่ง ผลิตมูลฝอยติดเชื้อ 11.57 ตัน/วัน เป็นสถานบริการสาธารณสุขชนิดมีเตียงจำนวน 1,459 แห่ง ผลิตมูลฝอยติดเชื้อ 49.59 ตัน/วัน โดยบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพอนามัยของ ประชาชนทางด้านสาธารณสุข การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ จากกิจกรรมตามนโยบายดังกล่าวที่เน้นการพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล เป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้การผลิตมูลฝอยติดเชื้อ เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษา ของ สุคนธ์ เจียสกุล และคณะ (2544) พบว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ภาคกลางและกรุงเทพฯ เท่ากันคือ 12 ตัน/วัน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 11.7 ตัน/วัน ภาคเหนือ 9.6 ตัน/วัน และภาคใต้ 7.2 ตัน/วัน (แผนภาพที่ 1.1)

ภาพที่ 1.1
ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในภูมิภาคของประเทศไทย



ที่มา สุคนธ์ เจียสกุล และ คณะ, 2544 พัฒนาโดยผู้วิจัย

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้ทำการประเมินโรงพยาบาลของรัฐในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในปี 2550 พบว่าสถานบริการร้อยละ 81.8 ในประเทศไทยมีวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ผ่านเกณฑ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัยยศ เอกนัฐพจน์ (2552) ทำการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่าไม่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้แก่ การคัดแยกที่แหล่งกำเนิด การเก็บรวบรวม เช่น ถังเก็บรวบรวมไม่มีฝาปิด ไม่ใช้ถุงแดงในการบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ บุคลากรไม่มีอุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง และมีการกำจัดไม่ถูกต้อง ขาดความชัดเจนในการปฏิบัติงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ หน้าที่การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจะเป็นหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาด ไม่มีคำสั่งให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีจำนวนน้อย หลายการศึกษาพบว่าไม่มีเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้ปัญหามูลฝอยติดเชื้อถูกละเลย (สุรัชย์ ป้ายปาน, 2544; สาโรจน์ ดวงสา, 2551; เพลินพิศ กาญจนะบุรณ์ และคณะ, 2551; Subratty and Hassed Nathire 2005; Abor and Bouwer 2008; Franka *et al.*, 2009; And Harhay *et al.*, 2009)

การศึกษาทางด้านปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ สรพงศ์ ชล่วยเงิน (2547) ได้ทำการศึกษาถึงปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นในสถานอนามัยพบว่า มีปริมาณสูงสุดเฉลี่ย 170.89 กรัม/วัน และปริมาณต่ำสุดเฉลี่ย 64.38 กรัม/วัน การศึกษาของ จาตุรงค์ ไหมปาน (2549) และชัยยศ เอกนัฐพจน์ (2552) พบว่ามีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 404.71 กรัม/แห่ง/วัน และ 459.00 กรัม/

แห่ง/วัน ตามลำดับ ปัญหาสำคัญที่พบคือไม่มีการลดปริมาณของมูลฝอยติดเชื้อและการไม่คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การทิ้งมูลฝอยทั่วไปในถังจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อทำให้เกิดการปะปนเป็นการเพิ่มปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ เช่น เศษอาหาร กระดาษห่อผ้าก๊อซ เป็นต้น การปะปนของมูลฝอยทั่วไปเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบ การทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ ของมีคม ทั้งรวมกับ มูลฝอยทั่วไป (จิราภรณ์ กองอาทิตย์, 2539; สุรัชย์ ป้ายปาน, 2544; สาโรจน์ ดวงสา, 2551; เพลินพิศ กาญจนะบุรณ์ และคณะ, 2551; Subratty and Hased Nathire, 2005; Abor and Bouwer 2008; And Harhay, Halpern *et al*, 2009)

ด้านการจัดเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจากการศึกษาของ สรพงษ์ ชล่วยเงิน (2547) พบว่า มีการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องรวมถึงการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน ผู้รวบรวมใช้ถุงมืออย่างหนาเพียง ร้อยละ 37.5 และไม่มีผู้ปฏิบัติงานคนใดใส่ผ้ากันเปื้อนในขณะปฏิบัติงาน ผู้รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อเคยได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานในการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อร้อยละ 50 ซึ่งเป็นการบาดเจ็บจากการโดนเข็มหรือของมีคมทิ่มในระหว่างปฏิบัติงาน Alagoz and Kocasoy (2008) ทำการศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างมูลฝอยติดเชื้อไปวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (microbiological analysis) พบว่ามีโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (*coliform bacteria*) *Escherichia coli*, *Enterobacteria*, *Pseudomonas spp*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus circus*, *Salmonella spp*, *Ligionnella* และ Yeats. ในการทดสอบพบว่าปริมาณจุลินทรีย์มีจำนวนน้อยแต่หากพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ได้แก่การที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อชนิดที่เป็นเนื้อเยื่อต่างๆ ชิ้นส่วนของมนุษย์หรืออาหารเลี้ยงเชื้อ การเก็บมูลฝอยติดเชื้อ อไว้ในภาวะไร้ออกซิเจน (Anaerobic Conditions) ประกอบกับเวลาการจัดเก็บและอุณหภูมิที่เหมาะสมสามารถทำให้จุลินทรีย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งหากมีการสัมผัสใกล้ชิดก็อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้

ด้านการขนส่งเพื่อนำไปกำจัด ขาดความเอาใจใส่เนื่องจากพบว่าพนักงานที่ทำหน้าที่เก็บมูลฝอยในสถานพยาบาลไม่ได้รับการอบรมเรื่องเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ วัสดุที่ใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อเป็นถุงพลาสติกอาจแตกหรือฉีกขาดได้ ขาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการขนย้ายมูลฝอย มีบางส่วนขนย้ายด้วย การหิ้วไปยังที่สถานที่จัดเก็บ (Singh and Prakash, 2007 และชัยยศ เอกณัฐพจน์, 2552)

ด้านสถานที่จัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ พบว่ามีการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับที่จัดเก็บมูลฝอยทั่วไปไม่ได้แยกกันที่เก็บไม่สะอาด และไม่ได้แสดงให้เห็นว่าเป็นเขตหวงห้ามหรือเขตสงวนไว้สำหรับเจ้าหน้าที่ทำให้นักกลางนอกเข้าไปได้ ซึ่งอาจมีการนำมูลฝอยติดเชื้อออกไปสู่ภายนอกโดยไม่ได้รับอนุญาต ก่อให้เกิดอันตรายได้ (Yang *et al.*, 2009)

ด้านการขนส่งเพื่อนำไปกำจัด พบว่าหลายแห่งไม่ได้ใช้พาหนะที่แสดงให้เห็นทราบว่าเป็นพาหนะที่บรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และบรรจุรวมไปกับมูลฝอยทั่วไป นอกจากนั้นยังพบว่ามี การสวมทับถุงมูลฝอยติดเชื้อหลายๆถุง เช่น ถุงสีแดงและถุงสีเหลือง สวมทับไว้ด้วยถุงสีดำที่มีขนาดใหญ่กว่า เมื่อพนักงานท้องถิ่นนำมูลฝอยเหล่านั้นไปกำจัดจะไม่ทราบว่าภายในถุงสีดำบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยติดเชื้อมีคมปะปนอยู่ทำให้เกิดอันตรายได้ (Saw,1998)

ด้านการกำจัดขั้นสุดท้าย จากการศึกษาของ Premananth *et al.*, (2009) ซึ่งทำการศึกษากำจัดมูลฝอยติดเชื้อในเอเชีย พบว่า ในประเทศแทบฏุมิภาคเอเซียนั้นมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีการเผาแต่เป็นการเผาที่ไม่มีเทคโนโลยีในการควบคุมมลพิษ (การเผาคว้น) ที่เกิดจากการเผามูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย สุพร ผดุงศุภโลย และชุตินาถ ทศจันทร์ (2549) ได้ศึกษากำจัดมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 820 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลมีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 723 แห่ง มีการจัดการด้วยการเผา 471 แห่ง เป็นเตาเผาที่อยู่ในสภาพที่ดี /พอใช้ ร้อยละ 65.14 ที่เหลือมีสภาพชำรุด และโรงพยาบาลที่ไม่มีเตาเผาอีกจำนวน 97 แห่ง สถานื่อนามัยในปัจจุบันโดยทั่วไปจะดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการจัดเก็บรวบรวมและขนย้ายโดยส่งไปที่โรงพยาบาลชุมชน ขนของแต่ละอำเภอเพื่อรอการกำจัดต่อไป แต่ยังมีสถานื่อนามัยบางแห่งกำจัดเองซึ่งดำเนินการอย่างไม่ถูกวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานื่อนามัยยังคงเป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ (สาโรจน์ดวงสา, 2551; และชัยยศ เอกนัฐพจน์, 2552) จากการศึกษาของ จาตุรงค์ ปานใหม่ (2549) พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกำจัดโดยการเผาในเตาเผาที่สร้างขึ้นเอง

สำหรับในสถานื่อนามัยไม่มีรายงานว่ามีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกหลักสุขาภิบาล (ชัยยศ เอกนัฐพจน์, 2552) ข้อมูลจากการสำรวจ เบื้องต้นของผู้วิจัย เดือนสิงหาคม 2552 พบว่าสถานื่อนามัยในเขตอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ทุกสถานื่อนามัยไม่มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อและไม่มีการบำบัดขั้นต้นก่อนนำไปกำจัด การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละสถานื่อนามัยเป็นหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาด โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้แนะนำวิธีการจัดเก็บ บางสถานื่อนามัยทำการกำจัดเองโดยวิธีการเผารวมกับ มูลฝอยทั่วไป บางสถานื่อนามัย รวบรวม มูลฝอยติดเชื้อ กับมูลฝอยทั่วไปส่งให้ท้องถิ่นนำไปกำจัด เห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ เป็นปัญหามาจากการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บรวบรวม การขนส่ง และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ดังนั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจุบัน จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูล ประกอบการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานื่อนามัย ในเขตอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานีนอนามัยในอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

1.3 คำถามงานวิจัยที่ใช้ตอบวัตถุประสงค์

สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เกี่ยวกับประเด็นการจัดเก็บ การรวบรวม การทำลายเชื้อ การขนย้าย และการกำจัด ของสถานีนอนามัยในอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรีเป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ดังนี้ พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา คือ สถานีนอนามัยในเขตอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมีสถานีนอนามัยจำนวน 6 แห่ง

- 1) ประชากรศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในเขตอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวนทั้งหมด 27 คน
- 2) เนื้อหาการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อ ตั้งแต่การจัดเก็บ การรวบรวม การทำลายเชื้อ การขนย้าย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง วัสดุที่ทิ้งแล้วจากกิจกรรมการดูแลคนและสัตว์ ซึ่งสามารถติดต่อโรคสู่คนได้ วัสดุเหล่านี้รวมความถึงวัสดุอุปกรณ์จากการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค การประเมินสถานะสุขภาพ หรือการสืบหาสุขภาพ ซึ่งต้องมีการสัมผัสกับเลือด หรือสิ่งที่ได้มาจากเลือด เนื้อเยื่อ ของเหลวจากเนื้อเยื่อ หรือสารคัดหลั่ง หรือของเสียจากห้องผู้ป่วยติดเชื้อ (กรมอนามัย, 2546)

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ การจัดเก็บ การรวบรวม การทำลายเชื้อ การขนย้าย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

การจัดเก็บ หมายถึง การเก็บและคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อจากจุดกำเนิด

การทำลายเชื้อ หมายถึง วิธีทำให้มูลฝอยติดเชื้อไม่เป็นอันตรายหรือ ลดอันตราย ด้วยการทำลายเชื้อเบื้องต้น

การรวบรวม หมายถึง การนำมูลฝอยติดเชื้อที่เก็บไว้ในภาชนะรอการขนย้าย

การขนย้าย หมายถึง การนำมูลฝอยติดเชื้อจากจุดรวบรวมไปยังหน่วยงานรับกำจัด

การกำจัด หมายถึง การส่งจัดการขั้นสุดท้ายด้วยการฝังหรือเผา

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกับมูลฝอยติดเชื้อ โดยเป็นข้าราชการหรือลูกจ้าง ซึ่งได้ ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่สถานีนามัย ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข

หัวหน้าสถานีนามัย หมายถึง ข้าราชการพลเรือนผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนามัย หรือรักษาการหัวหน้าสถานีนามัย ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่สถานีนามัย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการพลเรือนผู้ที่ได้รับ มอบหมายให้ดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ ประจำที่สถานีนามัย

แม่บ้าน พนักงานทำความสะอาด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการว่าจ้างให้ทำความสะอาด และดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานีนามัย

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ เพื่อค้นหาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับสถานีนามัยในอำเภอพรมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยหลังจากการประเมินสถานการณ์ จะดำเนินการเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของอำเภอพรมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ภาพที่ 1.2
กรอบแนวคิดในการวิจัย

