

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ทศนคติ พฤติกรรมและปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัยในจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีสมมติฐานของการวิจัย คือ สถานอนามัยที่มีขนาดและปริมาณคนไข้ที่มารับบริการในสถานอนามัยที่แตกต่างกัน จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ คือถ้าปริมาณคนไข้ที่มีมากขึ้นก็จะทำให้ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ขนาดของสถานอนามัยและปริมาณคนไข้ที่แตกต่างกันน่าจะทำให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีทัศนคติและพฤติกรรมในการปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อต่างกันด้วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยทำการศึกษาในสถานอนามัยทุกแห่งในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 86 แห่ง ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นหัวหน้าสถานอนามัย และเจ้าหน้าที่สถานอนามัย รวมสถานอนามัยละ 2 คน ดังนั้นผู้ตอบแบบสอบถามจึงมีทั้งหมด 172 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดเนื้อหาของแบบสอบถามเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 - ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน จำนวน 4 ข้อ - ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลทั่วไปของสถานอนามัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของสถานอนามัย จำนวนเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัย ปริมาณคนไข้โดยเฉลี่ยต่อวัน ความรับผิดชอบของสถานอนามัย เช่น จำนวนหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนและจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ เป็นคำถามแบบเปิดและให้เลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดทัศนคติของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากสถานอนามัย โดยใช้คำถามแบบ ประเมินค่า (Rating Scale) เป็นการประเมินค่า 4 ระดับ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 24 ข้อ ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อจากสถานอนามัย มีคำถาม 4 ประเด็นหลัก คือ พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัย ปฏิบัติอยู่จริงในปัจจุบัน โดยใช้คำถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ซึ่งจะมีการตอบเหตุผลประกอบในการปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัย จำนวน 24 ข้อ และ ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัย โดยมี

ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ลำดับ นอกจากคำถามที่กำหนดให้ตอบแล้ว จะมีคำถามแบบตอบอิสระให้ผู้กรอกแบบสอบถาม ได้กรอกปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น จากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ทั้ง 4 ขั้นตอน ของสถานอนามัย จำนวน 16 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำโดยใช้โปรแกรม SPSS For Windows โดยข้อมูลพื้นฐานนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสถานอนามัย ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติ พฤติกรรม และปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานอนามัย ส่วนการทดสอบสมมติฐานกระทำโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way Analysis of Variance : ANOVA)

### สรุปผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นชายและหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ เป็นชายร้อยละ 52.9 และหญิงร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี โดยร้อยละ 44.8 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-30 ปี และร้อยละ 32.0 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี อายุมากที่สุด คือ 60 ปี น้อยที่สุด 21 ปี อายุเฉลี่ย 33.94 ปี สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา ร้อยละ 64.5 ที่เหลือสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.5 ครั้งหนึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 51.7) รองลงมามีประสบการณ์ในการทำงาน 11-20 ปี ร้อยละ 28.5 มีประสบการณ์ในการทำงานโดยเฉลี่ย 12.08 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 39 ปี

2. ข้อมูลทั่วไปของสถานอนามัย สถานอนามัยในจังหวัดอุดรดิตถ์ ส่วนใหญ่เป็นสถานอนามัยทั่วไปร้อยละ 84.9 เป็นสถานอนามัยขนาดใหญ่ร้อยละ 15.1 ส่วนใหญ่มีผู้รับบริการโดยเฉลี่ย 11-20 คนต่อวัน ร้อยละ 59.3 มีผู้รับบริการโดยเฉลี่ยต่อสถานอนามัย 16.86 คนต่อวัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.49 น้อยที่สุด 6 คนต่อวัน มากที่สุด 35 คนต่อวัน มีบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำสถานอนามัย แห่งละ 2-3 คน ร้อยละ 80.2 ที่เหลือมีบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำสถานอนามัย แห่งละ 4-5 คน มีบุคลากรสาธารณสุขประจำสถานอนามัย โดยเฉลี่ย แห่งละ 3.12 คน น้อยที่สุด 2 คน มากที่สุด 5 คนมีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบ โดยเฉลี่ย 5.54 หมู่บ้าน มากที่สุด 11 หมู่บ้าน น้อยที่สุด 1 หมู่บ้าน มีสถานอนามัยที่มีหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 1-5 หมู่บ้าน ร้อยละ 50.6 ที่เหลือรับผิดชอบมากกว่า 5 หมู่บ้าน มีประชากรในเขตรับผิดชอบโดยเฉลี่ย 3,754.59 คนต่อสถานอนามัย สถานอนามัยที่มีประชากรใน

เขตรับผิดชอบมากที่สุด จำนวน 8,855 คน น้อยที่สุด 408 คน ส่วนใหญ่มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 3,000-6,000 คน ร้อยละ 51.2 และ 1,000-3,000 คน ร้อยละ 33.7 มีจำนวนหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบมากกว่า 1,000 หลังคาเรือน ร้อยละ 40.7 รองลงมา รับผิดชอบ 501-1,000 หลังคาเรือน ร้อยละ 39.5 และ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 หลังคาเรือนร้อยละ 19.8 ตามลำดับ มีหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ โดยเฉลี่ยแห่งละ 904.55 หลังคาเรือน มากที่สุด 2,227 หลังคาเรือน น้อยที่สุด 101 หลังคาเรือน

3. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของสถานเอนามัย สถานเอนามัยที่ศึกษามากกว่าครึ่งมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้เตาเผามูลฝอยธรรมดา (ร้อยละ 54.7) รองลงมากำจัดรวมกับมูลฝอยอื่น ๆ และกำจัดแยกจากมูลฝอยอื่น ๆ ในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 36.0 และ 34.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่กำจัดด้วยวิธีอื่นได้แก่ รวบรวมไว้มาก ๆ แล้วจึงนำไปเผาหรือทิ้งในหลุมที่ขุดเตรียมไว้ ใส่หลุมขยี้แล้วเผาและขุดหลุมฝังเมื่อมีปริมาณมาก ร้อยละ 8.1

4. ทศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยมากกว่าร้อยละ 75 เห็นด้วยว่าในเรื่องการแยกทิ้งมูลฝอยติดเชื้อทำให้ง่ายต่อการกำจัดและลดค่าใช้จ่าย, ควรมีภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน, มูลฝอยของมีคมควรใส่ภาชนะที่แข็งแรงแยกออกจากมูลฝอยติดเชื้อ, ควรมีถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกจากมูลฝอยทั่วไป, ควรมีการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ทุกวันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค, การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยวิธีการเผาแบบความร้อนสูงจะได้ประสิทธิภาพมากที่สุด, เศษผ้าที่เหลือจากการเผาไหม้ไม่หมดเช่น เศษโลหะ, เข็ม จะต้องนำมาฝังกลบ, การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจะต้องทำทุกวันโดยมีเส้นทางเก็บขนที่แน่นอน, ผู้ที่เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อควรมีการป้องกันตัวเอง, ควรมีการทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งหลังจากการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ, มูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมได้, ปัญหาด้านมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลเป็นปัญหาใหญ่ที่ควรจะได้รับการแก้ไขดูแลโดยด่วน, และปัญหามูลฝอยติดเชื้อเป็นปัญหาที่สำคัญของสถานพยาบาลที่จะต้องช่วยกันแก้ไข และมากกว่า ร้อยละ 75 ไม่เห็นด้วยว่าการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจะต้องใส่มูลฝอยให้เต็มถุงแล้วอัดแน่น, ไม่จำเป็นที่จะต้องแยกมูลฝอยติดเชื้อเพราะว่าเวลามีจำกัดและก็ต้องนำไปกำจัดรวมกัน, การคัดแยกมูลฝอยระหว่างปฏิบัติงานทำให้เสียเวลาในการปฏิบัติงานโดยใช้เหตุ, ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการใส่หน้ากากเชื้อโรคก่อนที่ จะนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และไม่ควรถปิดฝาภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อสะดวกในการทิ้ง เมื่อวิเคราะห์คะแนน

รวมระดับ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จากคะแนนเต็ม 96 คะแนน เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้ 59 คะแนน สูงสุด ได้ 93 คะแนน โดยเฉลี่ยได้ 74.7 คะแนน เมื่อนำมาจัดกลุ่มตามระดับทัศนคติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อพบว่า มีทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับดี ร้อยละ 66.3 และปานกลาง ร้อยละ 33.7 และไม่มีผู้ที่มีระดับทัศนคติไม่ดี

5. การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยต่อมูลฝอยติดเชื้อ พบว่าการปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 3 คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ในเรื่องการแยกทิ้งมูลฝอยประเภทของมีคมลงในกระป๋องหรือขวด, เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลได้คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอยทั่วไประหว่างรักษาคนไข้, การทิ้งมูลฝอยติดเชื้อจะต้องทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดทุกครั้ง, หลังจากเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อแล้วผู้ปฏิบัติงานมีการล้างมือเพื่อทำความสะอาดทุกครั้ง และมีการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย

ส่วนประเด็นการปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย น้อยกว่า 2 คือ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือ บางครั้ง ได้แก่ การใช้ถุงสำหรับมูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยทั่วไปแตกต่างกันอย่างชัดเจน, มูลฝอยติดเชื้อประเภทของเหลวมีการกำจัดโดยการนำไปเทลงส้วม หรือบ่อเกรอะ และการอบรมผู้ปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถึงอันตรายของมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามประเด็นดังกล่าว เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยควรปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนประเด็นที่เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยไม่เคยปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด คือ การส่งมูลฝอยติดเชื้อให้เทศบาลหรือสุขาภิบาลเป็นผู้กำจัด เนื่องจากสถานื่อนามัยแต่ละแห่งจะอยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล ส่วนมากจะเป็นการกำจัดมูลฝอยที่สถานื่อนามัยเอง

เมื่อวิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย พบว่าจากคะแนนเต็ม 96 คะแนน พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับปานกลางร้อยละ 57.0 ระดับดี ร้อยละ 29.7 และไม่ดี ร้อยละ 13.4 ตามลำดับ เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยได้คะแนนเฉลี่ย 62.4 คะแนน ผู้ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 16 คะแนน และสูงสุด เท่ากับ 90 คะแนน

6. เหตุผลในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยต่อมูลฝอยติดเชื้อ มีเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยที่ตอบเหตุผลในการปฏิบัติเพียงร้อยละ 29.7 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด โดยมีผู้ที่ปฏิบัติในข้อความที่เป็นบวก และไม่ปฏิบัติในข้อความที่เป็นลบ ให้เหตุผลว่าเพื่อให้ง่ายต่อการกำจัดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ส่วนเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยที่ไม่

ปฏิบัติในข้อความเป็นบวก และปฏิบัติในข้อความเป็นลบ ให้เหตุผลว่า มีภาชนะรองรับ ไม่เพียงพอ, มีปริมาณมูลฝอยติดเชื่อต่อวันน้อย, ไม่มีอุปกรณ์ในการป้องกันอันตราย เช่น ถุงมือ หน้ากาก, ไม่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ และไม่ปฏิบัติเนื่องจากการขาดความรู้ ความเอาใจใส่

7. ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของสถานีนามัย ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยระบุว่ามีปัญหา มาก คือมีค่าเฉลี่ยของปัญหามากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ งบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อไม่เพียงพอ, สถานีนามัยไม่มีถุงแดง สำหรับแยกมูลฝอยติดเชื่อในสถานีนามัย, สถานีนามัยไม่มีที่พักรวมของมูลฝอย, ขาดอุปกรณ์สำหรับป้องกันอันตรายในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื่อ เช่น ถุงมือ หน้ากาก รองเท้าบูท ผ้ากันเปื้อน, สถานีนามัยมีวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื่อที่ไม่เหมาะสม

- ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของสถานีนามัยที่มีค่าเฉลี่ยของปัญหาน้อย 5 ลำดับแรกคือ สถานีนามัยไม่คัดแยกมูลฝอยติดเชื่อจากมูลฝอยทั่วไป, ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมมูลฝอยไม่เหมาะสม, ผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องคัดแยกมูลฝอย, เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความรู้ / ไม่สนใจในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ, บุคลากรในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื่อไม่เพียงพอ

เมื่อนำปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย มาวิเคราะห์ ในภาพรวม พบว่าที่สถานีนามัยมีปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในระดับน้อย-ไม่มีปัญหา ร้อยละ 68.6 ปานกลาง ร้อยละ 13.4 และมีปัญหามาก-มากที่สุด ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ มีคะแนนของปัญหาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 24.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.30 คะแนนสูงสุด 51.0 คะแนนต่ำสุด 0.0 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน

8. การเปรียบเทียบทัศนคติ พฤติกรรม และปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของสถานีนามัย

8.1 ทัศนคติกับขนาดสถานีนามัย พบว่าเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในสถานีนามัยที่มีขนาดต่างกันมีทัศนคติ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.2 ทัศนคติกับปริมาณผู้รับบริการรายวัน พบว่าเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในสถานีนามัย ที่มีปริมาณผู้รับบริการรายวันต่างกันมีทัศนคติในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

8.3 พฤติกรรมกับขนาดของสถานีนามัย พบว่าเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในสถานีนามัยที่มีขนาดต่างกันมีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.4 พฤติกรรมกับปริมาณผู้รับบริการรายวัน พบว่าเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยที่มีผู้รับบริการรายวันมาก มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สูงกว่าเจ้าหน้าที่สถานเอนามัยที่มีผู้รับบริการรายวันน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

8.5 ปัญหาเกี่ยวกับขนาดของสถานเอนามัย พบว่าสถานเอนามัยที่มีขนาดต่างกัน มีปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.6 ปัญหาเกี่ยวกับปริมาณผู้รับบริการรายวัน พบว่าสถานเอนามัยที่มีปริมาณผู้รับบริการรายวันต่างกัน มีปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยพบว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานเอนามัย ส่วนใหญ่สถานเอนามัยมีการกำจัดมูลฝอยเอง เนื่องจากสถานเอนามัยอยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา วรคุณพิณีจ (2538) พบว่าสถานพยาบาลที่มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเองร้อยละ 100 คือสถานเอนามัย และผดุงครรภ์ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสถานเอนามัย มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง คือ มากกว่าครึ่งมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้เตาเผามูลฝอยธรรมดา (ร้อยละ 54.7) รองลงมากำจัดรวมกับมูลฝอยอื่น ๆ และกำจัดแยกจากมูลฝอยอื่น ๆ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 36.0 และ 34.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่กำจัดด้วยวิธีอื่นได้แก่ รวบรวมมูลฝอยไว้มาก ๆ แล้วจึงนำไปเผา หรือทิ้งในหลุมที่ขุดเตรียมไว้ใส่หลุมขยะแล้วเผา และขุดหลุมฝังเมื่อมีปริมาณมาก ถึงร้อยละ 8.1 ดังนั้นสถานเอนามัยทั่วไปและสถานเอนามัยขนาดใหญ่ที่มีเตาเผามูลฝอยธรรมดาจะใช้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควบคู่ไปด้วย ส่วนสถานเอนามัยที่ไม่มีเตาเผามูลฝอยจะกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีกองเผาหรือขุดหลุมเผา สำหรับงานวิจัยที่ผลการศึกษาคล้ายกันคือ เศรษฐพันธ์ุ ภาพแก้ว และคณะ (2538) พบว่าสถานเอนามัยทั่วไป และขนาดใหญ่ มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผามูลฝอยชนิดวงขอบปูน ร้อยละ 68.3 และ 66.7 ตามลำดับ มีการจัดการในหลุมขยะ (ร้อยละ 16.7 และ 16.7 ตามลำดับ) และมีการกองมูลฝอยไว้แล้วเผา ร้อยละ 25.0 และ 16.7 ตามลำดับ ซึ่งวิธีการที่ปฏิบัติดังกล่าวเป็นการปฏิบัติสำหรับมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องทั้งสิ้นจะเป็นเหตุให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่าย รวมไปถึงการที่อาจจะทำให้เกิดโรคระบาดได้จากการรายงานของ Rutala and Mayhall (1992) พบว่าในมูลฝอยติดเชื้อมีแบคทีเรียจำนวนมาก และจากการศึกษาของฟิลิธี จีรวงศ์ และคณะ (2538) พบว่าการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้สิ่งแวดล้อมมีการปนเปื้อนและเป็นปัจจัยที่จะก่อให้เกิดโรคติดเชื้อได้ เช่น เอดส์ อหิวาตกโรค ไวรัสตับอักเสบบี เอ , บี และไม่ใช่ เอ และ บี เป็นต้น

ซึ่งการที่สถานื่อนามัยมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดังกล่าว เนื่องจากสถานื่อนามัยไม่มีงบประมาณในการจัดสร้างเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน ตลอดจนมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อน้อยซึ่งการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อทุกวันนี้เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกวิธีจะต้องเผาในเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งจะต้องเป็นเตาเผาที่สามารถเผามูลฝอยต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ ไม่ทำให้เกิดกลิ่นและควันรบกวน ไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านมลภาวะในอากาศ การเผามูลฝอยจะต้องใช้ความร้อน 676 - 1,100 °C ซึ่งปริมาณความร้อนดังกล่าว จึงจะสามารถเผาไหม้มูลฝอยที่เกิดจากสารและวัตถุชนิดต่าง ๆ ซึ่งเผาไหม้ได้ จะถูกเผาไหม้ได้อย่างสมบูรณ์ และเมื่อเตาเผามีอุณหภูมิถึง 1,100°C จะสามารถเผาทำลายวัสดุต่าง ๆ ให้เหลือเป็นเถ้าถ่านและทำลายเชื้อโรคได้อย่างสมบูรณ์ที่สุด (พิชิต สกุศลพราหมณ์, 2525) และจากข้อมูลการสำรวจสถานื่อนามัยทั้งขนาดใหญ่และทั่วไปในจังหวัดอุตรดิตถ์ ยังไม่มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อความร้อนสูงแม้แต่แห่งเดียว อย่างไรก็ตามยังมีสถานื่อนามัยหลายแห่งปฏิบัติเช่นเดียวกับมูลฝอยทั่วไป หรือบางแห่งกำจัดโดยกองทิ้งไว้แล้วเผากลางแจ้งซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อมอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เศรษฐพันธ์ ภาพแก้ว เตชา งามนิกุลชลิน และวิญญู ผลทวี (2538) ที่ทำการศึกษาการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานื่อนามัยด้วยเตาแบบใช้แก๊สสูงตั้งเป็นเชื้อเพลิงโดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานื่อนามัยในจังหวัดพิษณุโลก, พิจิตร, เพชรบูรณ์, แพร่, น่าน และอุตรดิตถ์ ที่พบว่าวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานื่อนามัยทุกแห่ง ไม่มีระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง

ด้านทัศนคติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย พบว่า ร้อยละ 66.3 มีทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับดี และร้อยละ 33.7 มีทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับปานกลาง และไม่มีผู้ที่มีระดับทัศนคติไม่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิต มโนการ (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาล ที่พบว่า ร้อยละ 82.47 ของบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติในระดับดี และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานไม่นาน (ร้อยละ 51.7 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนที่จบการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาบุคลากรในด้านความรู้ และวิทยาการใหม่ ๆ ในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงทำให้ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานื่อนามัย Secord and Backman (1964) ได้แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติทางด้านความเข้าใจ คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย่อมส่งผลถึงแนวทางและแนวโน้มในการปฏิบัติ

พฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัย ส่วนใหญ่จะปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องและปฏิบัติเป็นประจำ คือ การแยกทิ้งมูลฝอยประเภทของมีคมลงในกระป๋องหรือขวด, เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลได้คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอยทั่วไประหว่างรักษาคนไข้, การทิ้งมูลฝอยติดเชื้อจะต้องทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดทุกครั้ง, หลังจากเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อแล้วผู้ปฏิบัติงานมีการล้างมือเพื่อทำความสะอาดทุกครั้ง และมีการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัย ส่วนประเด็นการปฏิบัติต่อ มูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่มีการปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง หรือ บางครั้ง ได้แก่ มีการใช้ถุงสำหรับมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปแตกต่างกันอย่างชัดเจน, มูลฝอยติดเชื้อประเภทของเหลวมีการกำจัดโดยการนำไปเทลงส้วมหรือบ่อเกรอะ, มีการอบรมผู้ปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถึงอันตรายของมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามประเด็นดังกล่าว เจ้าหน้าที่สถานอนามัยควรปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากการที่แยกถุงมูลฝอยให้มีความแตกต่างกัน จะทำให้สามารถนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดได้อย่างถูกต้อง ไม่มีการนำมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อมากำจัดปะปนกัน ส่วนการนำมูลฝอยติดเชื้อประเภทของเหลวมากำจัด โดยนำไปเทลงส้วมหรือบ่อเกรอะนั้นเป็นการกำจัดที่ถูกต้อง เนื่องจากในบ่อเกรอะหรือส้วมจะมีการบำบัด โดยใช้แบคทีเรียที่ไม่ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้มาใช้บริการภายหลังได้ และการอบรมผู้ปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถึงอันตรายของมูลฝอยติดเชื้อ ควรจะมีการจัดการอบรมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง จากการศึกษาของ เชนฐพันธ์ ภาพแก้ว และคณะ (2538) พบว่าการรวบรวม เก็บขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานอนามัยส่วนใหญ่จะจ้างประชาชนอยู่ใกล้เคียงมาเป็นผู้ทำหน้าที่แทน โดยผู้ที่ปฏิบัติงานไม่มีความรู้เรื่องมูลฝอยติดเชื้อมาก่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย มีความรู้ในเรื่องมูลฝอยติดเชื้อในระดับปานกลางถึง ร้อยละ 97.73 และมีความรู้ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 2.27 จากการศึกษาของ บุญส่ง ไชเกษ และคณะ (2532) พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติมในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยที่ร้อยละ 70.5 ของบุคลากรกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหรือได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอันตราย ซึ่งสิ่งนี้จะป็นอุปสรรคอันหนึ่งต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล และจากการศึกษาครั้งนี้ ประเด็นที่เจ้าหน้าที่สถานอนามัยไม่เคยปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด คือ การส่งมูลฝอยติดเชื้อให้เทศบาลหรือสุขาภิบาลเป็นผู้กำจัด โดยให้เหตุผลว่าไม่ได้อยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตสุขาภิบาล และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่สถานอนามัยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.0) แต่มีระดับคะแนนทัศนคติในระดับดี (ร้อยละ 66.3) สำหรับงานวิจัยนี้



คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ ธงชัย กุวัชรานนท์ และคณะ (2537) ได้ศึกษาความเป็นไปได้ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของสถานพยาบาลในเขตชุมชนเทศบาลนครปฐม มีการศึกษาทัศนคติและการปฏิบัติของผู้ประกอบการสถานพยาบาล จำนวน 40 แห่ง พบว่าผู้ประกอบการสถานพยาบาล มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล แต่การปฏิบัติจริงมีเพียง ร้อยละ 60 ที่มีการปฏิบัติถูกต้องหลักการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และจากการศึกษาของพนิต มโนการ (2539) พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือบุคลากรใดที่มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก็จะมีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีตามขั้นตอน คัดแยก บำบัดเบื้องต้น รวบรวม เก็บขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ได้อย่างถูกต้องไปด้วย เนื่องจากการศึกษาของ พนิต มโนการ ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลซึ่งมีอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ครบถ้วน แต่ในสถานอนามัยที่ศึกษามีวัสดุ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ครบถ้วนและเพียงพอ ดังเหตุผลที่ว่ามีภาชนะรองรับ ไม่เพียงพอ, ไม่มีถุงแดง, ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น หน้ากาก ถุงมือ ผ้ากันเปื้อน และ ไม่มีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ตลอดจนมีปริมาณมูลฝอยต่อวันน้อย ชูดา จิตพิทักษ์ (2536) ได้ศึกษาสิ่งกำหนดพฤติกรรมมนุษย์และสถานการณ์ จากสถานการณ์หรือจากสภาวะแวดล้อม ก็เป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมได้ Cronbach ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรม ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความสามารถที่จำเป็น เหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือก และสถานการณ์เพื่อเลือกหาวิธีที่ทำการกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีอยู่ ดังเหตุผลที่ว่าสถานอนามัยไม่มีวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ครบถ้วน ย่อมเป็นสิ่งที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีพฤติกรรมปฏิบัติต่อมูลฝอยติดเชื้อได้ไม่ถูกต้อง ทั้งที่ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เจ้าหน้าที่สถานอนามัย ระบุว่ามีปัญหามากถึงมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ งบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีไม่เพียงพอ, ไม่มีถุงแดงสำหรับแยกมูลฝอยติดเชื้อในสถานอนามัย และสถานอนามัยไม่มีที่พักรวมของมูลฝอยซึ่งต่างจากการศึกษาของ พรนิภา วรคุณพิณิจ (2538) ที่สถานอนามัยระบุปัญหามากที่สุดคือการดำเนินการแยกมูลฝอยติดเชื้อจากมูลฝอยทั่วไป ร้อยละ 59.09 รองลงมาคือ ปัญหาภาชนะรองรับไม่เพียงพอ ร้อยละ 50 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานอนามัยมีปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในระดับน้อย-ไม่มีปัญหา ร้อยละ 68.6 ปานกลาง ร้อยละ 13.4 และมีปัญหามาก-มากที่สุด เพียงร้อยละ 4.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนของปัญหาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 24.26 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องจากปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัยมีปริมาณน้อย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติจึงไม่คิดว่าเป็นปัญหาและมองข้ามในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งจากรายงานการศึกษายัตราการผลิติดมูลฝอยติดเชื้อใน

สถานีนอนามัยขนาดทั่วไปเฉลี่ย เป็น 0.21 กิโลกรัมต่อวัน และอัตราการผลิตมูลฝอยติดเชื้อในสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ เฉลี่ยเป็น 0.58 กิโลกรัมต่อวัน (เชษฐพันธ์ ภาพแก้ว, เดชางามนิกุลชลิน และวิญญู ผลิตวี, 2538) ส่วนปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 174.0 , 87.37 และ 18.13 กิโลกรัม/วัน ตามลำดับ (วีระชัย โชควิญญูและคณะ, 2537) แสดงให้เห็นว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในสถานีนอนามัยแต่ละวันมีจำนวนน้อยกว่าในระดับโรงพยาบาลหลายเท่า จึงควรมีวิธีการจัดการต่อมูลฝอยติดเชื้อในสถานีนอนามัยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เหมาะสมกับขนาดของสถานีนอนามัย พื้นที่ และปริมาณผู้รับบริการต่อวัน

เมื่อการเปรียบเทียบทัศนคติ พฤติกรรม และปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับขนาดของสถานีนอนามัยและปริมาณผู้รับบริการรายวัน พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่มีขนาด และปริมาณผู้รับบริการรายวันมาก-น้อยต่างกัน มีทัศนคติไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการที่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยจบการศึกษาไม่นาน ซึ่งดูจากประสบการณ์ในการทำงาน (น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 51.7) และการศึกษาหลักสูตรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับความรู้และวิทยาการใหม่ ๆ อยู่เสมอ จึงไม่ทำให้ปัจจัยทางด้านขนาดและปริมาณผู้มารับบริการมาทำให้ทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความแตกต่างกัน ชาย เสวิกุล (2537) ได้กล่าวว่า ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ การได้รับความรู้ การฝังใจหลังจากที่ได้ถูกสั่งสอน

ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่มีขนาดต่างกัน มีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่แตกต่างกัน เนื่องจากว่าไม่ว่าจะเป็นสถานีนอนามัยทั่วไปหรือขนาดใหญ่ จะได้รับวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตลอดจนงบประมาณ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ จึงไม่มีความแตกต่างกัน เจ้าหน้าที่ที่มีการใช้วัสดุอุปกรณ์เท่าที่มี ดังเหตุผลที่ว่า มีภาชนะรองรับใบเดียวจึงมีการใส่มูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยทั่วไปปะปนกัน, ไม่มีการสนับสนุนถุงแดงในสถานีนอนามัย จึงมีการใช้แต่ถุงดำ และติดสติ๊กเกอร์ข้างภาชนะว่า “มูลฝอยติดเชื้อ” ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้เมื่อรวบรวมมูลฝอยไปกำจัด จะทำให้ไม่ทราบว่าถุงใดเป็นมูลฝอยติดเชื้อ และถุงใดเป็นมูลฝอยทั่วไป เนื่องจากไม่มีความแตกต่างที่เห็นชัดเจน ส่วนการที่ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากมูลฝอยติดเชื้อ จึงทำให้ผู้ปฏิบัติไม่มีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ดังเหตุผลที่ว่า มีวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือใส่แต่ถุงมืออย่างเดียว ไม่มีการสวมหน้ากาก ซึ่งผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อยู่ใกล้เคียง ให้เหตุผลว่าไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกันการศึกษาของ วีระชัย โชควิญญู และคณะ (2539) พบว่า การที่พนักงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วไป ไม่ใช้ถุงมืออย่างชนิดหนาในการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อเนื่องจาก ถุงมือมีขนาดใหญ่เมื่อใส่แล้วทำให้ปฏิบัติงานไม่สะดวก

ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานเอนามัยที่มีผู้รับบริการรายวันต่างก็มีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ซึ่งเป็นการสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสถานเอนามัยที่มีผู้รับบริการรายวันมาก มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมากกว่าสถานเอนามัยที่มีผู้รับบริการรายวันน้อย ซึ่งจากรายงานการประชุมขององค์การอนามัยโลก เรื่อง Management of Waste from Hospital and other health care establishments ใน EURO Report and study (1985) (อ้างใน พนิต มโนการ, 2539) ที่กล่าวว่าขยะติดเชื้อและขยะทั่วไปในสถานพยาบาลจะมีปริมาณมากน้อยต่างกันไปขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ประเภทของโรงพยาบาล และปริมาณผู้ป่วยของแต่ละสถานบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Halbwegs (1994) พบว่าปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล จะผันแปรโดยตรงขนาดของโรงพยาบาล และจำนวนของผู้ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นการทำให้เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยที่อยู่ในสถานเอนามัยที่มีผู้มารับบริการมากเห็นถึงความสำคัญของการแพร่กระจายของเชื้อโรค จากปริมาณมูลฝอยที่มีมากจึงทำให้มีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลมากขึ้น และสอดคล้องกับศึกษาของ เชนฐพันธ์ กภาพแก้ว (2538) ที่พบว่าสถานเอนามัยทั่วไป มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยทุกวันเพียงร้อยละ 58.3 ส่วนสถานเอนามัยขนาดใหญ่มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยทุกวันถึงร้อยละ 83.3

นอกจากนั้นสถานเอนามัยที่มีขนาดและผู้มารับบริการรายวันต่างกัน มีปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากสถานเอนามัยทั่วไปและสถานเอนามัยขนาดใหญ่ จะระบุปัญหามากที่สุด 3 ลำดับ คือ งบประมาณไม่เพียงพอ ไม่มีถุงแดงสำหรับใส่มูลฝอยติดเชื้อสนับสนุน และสถานเอนามัยไม่มีที่พักรวมของมูลฝอยติดเชื้อ จะเห็นว่าปัญหาที่ระบุมาเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ทั้งสิ้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะต้องมีการทบทวนและวางแผนในระดับนโยบาย จากระดับกระทรวง ระดับจังหวัด จนถึงระดับอำเภอ ถึงความสำคัญในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานพยาบาลที่อยู่ในชุมชน และอาจทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ชุมชนได้ง่าย ดังนั้นปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องช่วยกันแก้ไขโดยด่วน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และสิ่งแวดล้อม

## ข้อเสนอแนะ

### ก. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ควรมีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยในเรื่องความสำคัญของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานีนามัยและวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานีนามัย
2. ที่สถานีนามัยควรมีการแยกใช้ถุงแดงสำหรับแยกมูลฝอยติดเชื้อจากมูลฝอยทั่วไป การที่แยกเฉพาะภาชนะรองรับมูลฝอยแต่ไม่แยกสีถุง เมื่อรวบรวม, เก็บขนและนำไปกำจัด ก็จะไม่ทราบว่าถุงใดเป็นมูลฝอยติดเชื้อทำให้ไม่สามารถจัดการได้อย่างถูกต้อง เสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการกำจัดทำลาย
3. ควรมีการวางแผนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานีนามัย ให้เป็นรูปธรรม โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานอย่างชัดเจนและถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
4. ควรวางแผนจัดสรรงบประมาณในการจัดการต่อมูลฝอยติดเชื้อให้เพียงพอ หรือนำแผนเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพีบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อของบประมาณสนับสนุนให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องและไม่เป็นการสร้างปัญหาต่อชุมชน
5. ควรมีการจัดอุปกรณ์และเครื่องป้องกัน ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องเหมาะสมและเพียงพอ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยจะต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้ง
6. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)ควรให้ความสำคัญในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และสนับสนุนการดำเนินงานในทุก ๆ ด้าน ในการนิเทศงานสถานีนามัยของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ควรนิเทศในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานีนามัยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากปัญหา มูลฝอยติดเชื้อเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหา

**ข. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาวิจัยพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานบริการ ของกระทรวงสาธารณสุขระดับอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัย
3. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ประจำสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์
4. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของเดาเผาขยะ และต้นทุนในการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อของสถานอนามัย