รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

DEVELOPMENT MODEL OF A COOPERATION NETWORK FOR INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT IN PUBLIC HEALTH SERVICES UNDER THE SARABURI PUBLIC HEALTH OFFICE

[1]วิสุทธิ์ สุกรินทร์ และ [2]ภัทราภรณ์ ภู่พงษา

[1]Wisut sugarint and [2]Pattaraporn pupongsa

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, ประเทศไทย

Saraburi Public Health Office Thailand

[1]wiser.wiser@ymail.com

Received: February 4, 2025; **Revised**: February 19, 2025; **Accepted**: February 22, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา ผลการวิจัยพบว่า 1. องค์ประกอบหลักของเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 (S.D.=0.03) รองลงมาคือกระบวนการสร้างเครือข่าย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (S.D.=0.01) และภารกิจของเครือข่ายความร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แต่อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 (S.D.=0.02) 2. รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างเครือข่าย 4 ขั้นตอน คือ 1.1) ขั้นสร้างตระหนักและ

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ประสานงาน/องค์กร/หน่วยงาน 1.2) ขั้นสร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 1.3) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ และ1.4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง 2) องค์ประกอบของภารกิจเครือข่ายความร่วมมือ มี 4 องค์ประกอบ คือ 2.1) การสร้างคุณค่าในงาน 2.2) การแบ่งปันทรัพยากรและ การพัฒนาบุคลากร 2.3) การจัดบริการที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ และ 2.4) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย 5 ด้านคือ 3.1) การคัดแยก 3.2) การเก็บรวบรวม 3.3) การเคลื่อนย้าย 3.4) การจัดเก็บ และ 3.5) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ด้านความเหมาะสม และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : เครือข่ายความร่วมมือ, การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, สถานบริการสาธารณสุข

Abstract

The purpose of this research was to study the components of the collaborative network model for infectious waste management of public health service station in Saraburi province. The results showed that; 1. The main components of collaborative network model for infectious waste management of public health services in Saraburi province under Saraburi provincial public health office were at a high level. The average of infectious waste management was at the highest level equal to 4.51 (S.D.=0.03), followed by the mean of network building process at a high level with an average of 4.30 (S.D.=0.01), and the mission of the cooperation network had the lowest mean but was at a high level with an average of 4.09 (S.D.=0.02). 2. The model of collaborative network model for infectious waste management of public health services in Saraburi province under Saraburi provincial public health office consists of; 1) The4-stepsnetworkbuildingprocess:1.1)AwarenessandCoordinationof group/organization/agency, 1.2) Commitment Building and Joint Management, 1.3) Relationship Development and Utilization, and 1.4) Maintenance of an On-Going Relationship. 2) The components of the cooperation network mission consisted of 4 components: 2.1) Value Creation, 2.2) Resource Sharing and Personnel Development, 2.3) Providing Necessary Services according to the local context, and 2.4) Network Participation and Community. 3) Infectious waste management consists of 5 aspects: 3.1) Sorting, 3.2) Collection, 3.3)

Moving, 3.4) Storage, and 3.5) Infectious waste disposal. 3. Evaluation results of the use of collaborative network model for infectious waste management of public health services in Saraburi province under Saraburi provincial public health office in terms of suitability and possibility is at a high level.

Keywords: Cooperation network, Infectious waste management, Public Health services

บทนำ

มูลฝอยติดเชื้อ คือ มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค เช่น แบคทีเรีย ไวรัส ปรสิต ฯลฯ ที่มีความเข้มข้นหรือปริมาณเพียงพอที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคได้ รวมถึงสิ่งของที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งต่างๆ จากร่างกาย ที่ปนเปื้อนเสื้อผ้า ผ้าพันแผล ถุงมือ และของใช้อื่นๆ รวมทั้งสิ่งของที่มีการสัมผัสกับเลือดของผู้ป่วย (WHO, 2015) ในการดำเนินการควรมีความระมัดระวังในการจัดการมากกว่ามูลฝอยทั่วไปของการเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนส่งและการกำจัด เพราะหากมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่ปฏิบัติงานและผู้สัมผัสที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น เอดส์ วัณโรค เป็นต้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค แหล่งเพาะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรค ทำลายสุนทรียภาพด้านสิ่งแวดล้อม(สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม,2557)

การทำงานแบบเครือข่าย ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่นำไปสู่การสร้างพลังในการบริหาร อันที่จะเกิดขึ้นบนพื้นฐาน ทางการเรียนร่วมกันของภาคีเครือข่าย เพื่อการเรียนรู้สู่ตำบลสุขภาวะ ที่เป็นรูปแบบของความร่วมมือ ช่วยเหลือ และหนุนเสริมกันในการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการจัดการสุขภาวะใน 4 มิติ ซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม และปัญญา รูปแบบและกระบวนการขับเคลื่อนงานการสร้างเคลื่อนข่ายร่วมสร้างชุมชนสุขภาวะ มีการจัดรูปแบบกระบวนการทางานที่เป็นระบบ มีระเบียบ มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน มีความเป็นมืออาชีพในการทำงาน ในขณะเดียวกันก็มีความยืดหยุ่นแทรกอยู่ในขั้นตอนและวิธีการทำงานในแต่ละส่วน (ธีรวิชญ์ จันทกูล,2557) การเกิดขึ้นของเครือข่ายความร่วมมือไม่ว่าจะเป็นภายในชุมชนหรือนอกชุมชน โดยมีทั้งเครือข่ายกับกลุ่มผู้รับบริการผู้ให้บริการด้วยกันและกลุ่มผู้สนับสนุนส่งเสริมทั้งองค์กรที่มีบทบาทตรงและเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชน มีบทบาทอย่างมากต่อการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนประสบการณ์ด้วยการสร้างเครือข่ายและช่วยให้มีการสืบทอดพัฒนาองค์ความรู้และภูมิปัญญาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน แต่การประสานความร่วมมือกันในลักษณะของเครือข่ายมีน้อยเนื่องจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการดำเนินงาน อีกทั้งยังขาดแรงจูงใจในการ

เข้าไปทำงานร่วมกันเนื่องจากมีความสัมพันธ์ในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มระดับอำเภอน้อย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำงานและเครือข่ายน้อย อาจเนื่องจากการรวมตัวกันทำงานทั้งอำเภอเป็นเครือข่ายใหญ่นั้น ยังประสานกันได้ไม่ทั่วถึงและต่อเนื่องเลยส่งผลให้การทำงานเกิดการแยกส่วนปฏิบัติ ไม่เกิดพลังเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานอย่างเต็มที่ (มาลี โชคเกิดและประภาพร มโนรัตน์,2559)

ความร่วมมือช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพของบุคลากรให้มีความตื่นตัวและผลักดันให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การปรับปรุงคุณภาพการสื่อสารกันระหว่างองค์กรจะช่วยให้หุ้นส่วนขององค์กรสามารถที่จะแบ่งปันข้อมูลระหว่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กร (Jackson & Maddy. 2005) อีกทั้งความร่วมมือยังก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีความก้าวหน้าทางด้านนวัตกรรม การบริหารทักษะของบุคลากร การพัฒนาองค์ความรู้ การให้ความช่วยเหลือ และการจัดสร้างวัสดุอุปกรณ์และการบริการ โดยการเชื่อมโยงทรัพยากรระหว่างองค์กร ทำให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้นในขณะที่ใช้งบประมาณและทรัพยากรเท่าเดิม (Rossi. 1982) การสร้างเครือข่ายเป็นการเปิดโอกาสให้กับสมาชิกในองค์กรได้มีความร่วมมือแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรนอกหน่วยงานของตน ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เกิดความร่วมมือในการทำงานในลักษณะที่เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2549) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ควรประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การทำงานเป็นทีมของเครือข่ายภายใต้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Management Team) 2) การจัดการทรัพยากรภายในเครือข่ายโดยวางกรอบการดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนาบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3) การบริการที่จำเป็นนอกจากการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ควรมีการส่งเสริมการทำงานทั้งในด้านความช่วยเหลือและการพัฒนา 4) การเชิดชูผู้ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 5) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อให้ทุกกลุ่มโรคได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง (ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และคณะ ,2557) ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการไม่สม่ำเสมอและไม่ได้กำหนดแนวปฏิบัติให้ชัดเจน และสาธารณสุขระดับอำเภอไม่มีส่วนร่วม ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาหน่วยบริการ (วีระศักดิ์ ประดาศักดิ์ และคณะ ,2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาของระบบการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่าการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ มีมูลฝอยทั่วไปปะปนอยู่กับมูลฝอยติดเชื้อจึงทำให้มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เมื่อนำไปกำจัดจึงเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการกำจัด การ

ทิ้งของมีคมลงในถุงมูลฝอยติดเชื้อซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่พนักงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ มีการบรรจุมูลฝอยติดเชื้อในปริมาณที่มากเกินกว่าที่โรงพยาบาลกาหนด มีการหยุดพักมูลฝอยติดเชื้อหลายแห่งก่อนนาไปยังแหล่งรวบรวมมูลฝอยต่าง ๆ และยังขาดสัญลักษณ์แสดงที่บ่งบอกว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไม่ครบถ้วน (พันธนิต จันทา,2560) ปัญหาที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่มีระบบควบคุมอุณหภูมิทุกแห่ง และมีระยะเวลาเก็บพักนาน 6-7 วัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการคัดแยก และเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง พบปัญหาภาชนะบรรจุประเภทมีคมไม่ถูกต้องร้อยละ 3 มีระยะเวลาในการเก็บพักนาน 6- 7 วัน และที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่เป็นไปตามกฎกระทรวงฯกำหนดทุกแห่ง ภาชนะบรรจุประเภทมีคมและไม่มีคมไม่ถูกต้อง ร้อยละ 23 และ 56 พนักงานไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลครบถ้วน ร้อยละ 100 ทั้งไม่มีการกำหนดเส้นทางในการเคลื่อนย้าย ไม่มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีระยะเวลาในการเก็บพักมูลฝอยติดเชื้อนานเกิน 7 วัน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 2 (เขมจิรา สายวงศ์เปี้ย,2559) เนื่องจากขาดบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมและขาดเงินทุนในการใช้เทคโนโลยีการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสม และเกือบทุกคนมีความรู้น้อยมากเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการมูลฝอยทางการแพทย์ ไม่มีการควบคุมการจัดการมูลฝอยในศูนย์สุขภาพ เนื่องจากไม่มีกฎหมายบังคับ โดยทั่วไปมีวิธีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยเชื้อ เช่นการคัดแยก การเก็บ การเคลื่อนย้ายและการกำจัดที่เรียบง่ายและไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์มาตรฐาน (Cornelius Tsamo, et. al. ,2017) แต่ยังขาดความชัดเจนในการคัดแยกของเสียทางการแพทย์ ทำให้มีปริมาณเพิ่มขึ้น เป็นผลให้มีค่าใช้จ่ายในการกำจัด ที่สูงขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Windfeld, et. al. ,2015) นอกจากนี้ยังมีเรื่องนโยบาย กฎหมาย ระบบการจัดการมูลฝอยที่ยังไม่ชัดเจน การประสานงานระหว่าง อปท.และสถานบริการสาธารณสุข มีไม่มากนัก ทำให้ อปท.ไม่ทราบข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ของตนเอง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม ไม่มีมาตรฐานมีมูลฝอยติดเชื้อถูกทิ้งปะปนกับมูลฝอยทั่วไปแล้ว ฝังกลบหรือเทกอง มีการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ ที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนทั่วไป (อารยา อินต๊ะ และศมกานต์ ทองเกลี้ยง, 2559)

จากสถิติข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 12 แห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ตั้งแต่ปี 2563 ถึง 2565 มีปริมาณแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยรวมทั้งสิ้น 1,511,714.48 กิโลกรัม เมื่อวิเคราะห์รายปีพบว่า ปี 2563 จำนวน 387,925 กิโลกรัม ปี 2564 จำนวน 464,778.78 กิโลกรัม และปี 2565 จำนวน 659,010.70 กิโลกรัม โดยเมื่อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 5 อันดับ พบว่าโรงพยาบาลสระบุรีมีปริมาณมูลฝอยมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลพระพุทธบาท,โรงพยาบาลหนองแค,โรงพยาบาล

แก่งคอยและโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติฯตามลำดับ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีคุณภาพตามกฎหมายและมาตรฐานนั้น องค์กรหรือสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีและขับเคลื่อนตามนโยบายในทุกระดับ องค์กรจะต้องมีค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ผ่านการนำองค์กร การวางแผนงาน และการบริหารจัดการทรัพย์ยากร ส่งผ่านไปยังการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน จึงจะทำให้ สถานบริการสาธารณสุขมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล มีคุณภาพ และถูกต้องตามกฎหมาย (ธนชีพ พีระธรณิศร์, 2565) การคัดแยกมูลฝอยทางการแพทย์ จากแหล่งกำเนิดเป็นขั้นตอนแรกเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดการมูลฝอยทางการแพทย์ การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง การกำหนดความรับผิดชอบให้กับผู้เกี่ยวกับการพยาบาล และการนิเทศอย่างต่อเนื่อง เป็นกุญแจสำคัญในการใช้กระบวนการแยกมูลฝอยทางการแพทย์ ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่าย ต่อหน่วยของมูลฝอยทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น (Vetrivel, 2014)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผลของการวิจัยในครั้งนี้ทำให้เกิดความร่วมมือ เปิดโอกาสให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและสมาชิกเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้เกิดการร่วมกันดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิผล และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

2. เพื่อสร้าง พัฒนาและประเมินรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้ฐานข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ จากประชากร 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 12 แห่งๆละ 10 คน รวม 120 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 126 แห่งๆละ 1 คน รวม 149 คน รวมทั้งสิ้น 269 คน กลุ่มที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือคณะกรรมการประงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) ที่มีผลงานดีเด่นด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ คปสอ.แก่งคอย รวม 25 คน โดยเลือกแบบเจาะจง และกลุ่มที่ 3 การประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ คณะกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยจังหวัดสระบุรี โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือแบบสอบถามใช้สำหรับเก็บข้อมูลระดับสถานการณ์ขององค์ประกอบหลัก ได้แก่ กระบวนการสร้างเครือข่าย ภารกิจความร่วมมือของเครือข่ายและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข มีลักษะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

2.3 แบบการประเมินการใช้รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และประเมินด้านความเหมาะสม (Propriety) ความเป็นไปได้ (Feasibility) กับคณะกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยจังหวัดสระบุรี

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) การหาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยรวม รายด้านเพื่อนำไปอธิบายข้อมูลในรูปแบบตารางต่อไป

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมการประชุมกลุ่มย่อยมาจัดระบบหมวดหมู่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การประมวลคำสำคัญ การเชื่อมโยง ระบุความหมาย การพัฒนารูปแบบ จำแนกและนำเสนอข้อมูลตามวัตถุประสงค์วิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์องค์ประกอบของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.80 มีอายุส่วนใหญ่ต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.70 ส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ52.50 มีวุฒิการศึกษาสูงสุด อยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.30 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.20 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 48.70 รองลงมาคือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 20.20 และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 10.20 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.0 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.2

2. ผลการศึกษาสถานการณ์องค์ประกอบรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี พบว่ามี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 กระบวนการสร้างเครือข่าย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1.1) ขั้นสร้างตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย 1.2) ขั้นสร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 1.3) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ 1.4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 2 ภารกิจของเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 2.1) การสร้างคุณค่าในงาน 2.2) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร 2.3) การจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ และ 2.4 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน องค์ประกอบที่ 3 การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 3.1) การส่งเสริมสุขภาพ 3.2)การป้องกันโรค 3.3) การรักษาพยาบาล และ 3.4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าองค์ประกอบหลักของเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 (S.D.=0.03) รองลงมาคือกระบวนการสร้างเครือข่าย อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (S.D.=0.01) และภารกิจของเครือข่ายความร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดแต่อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 (S.D.=0.02) เมื่อวิเคราะห์พบว่า

1) ด้านกระบวนการสร้างเครือข่าย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.30 (S.D.= 0.01) เมื่อพิจารณารายด้าน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยพบว่า ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (S.D.= 0.03) รองลงมาคือขั้นสร้างตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 (S.D.= 0.06) ตามด้วยขั้นสร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 (S.D.= 0.04) และ ขั้นรักษาความสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 4.21 (S.D.= 0.04)

2) ด้านความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.09 (S.D.= 0.02) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโครงสร้างองค์กรและคณะทำงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.18 (S.D.= 0.02) รองลงมาคือด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (S.D.= 0.04) ตามด้วยด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 (S.D.= 0.02)และด้านการจัดการที่จำเป็น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.03 (S.D.= 0.07)

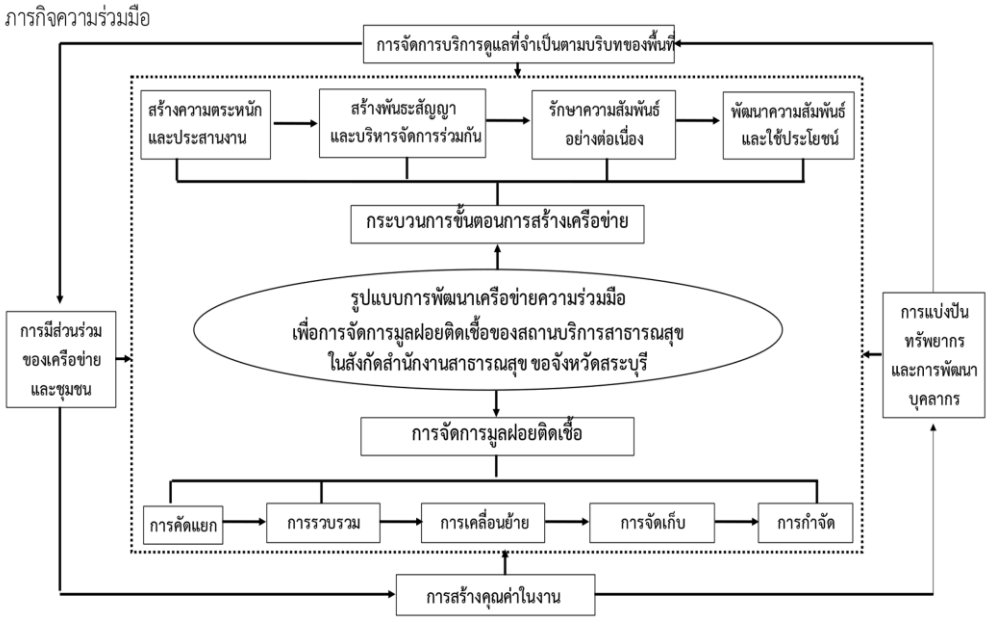
3) ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข พบว่าโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 (S.D..= 0.03) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.59 (S.D.= 0.02) รองลงมาคือการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 (S.D.= 0.01) ตามด้วยการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.51 (S.D.= 0.07) ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 (S.D.= 0.02) และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดแต่อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 (S.D.= 0.02) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

องค์ประกอบหลักที่สำคัญ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
กระบวนการสร้างเครือข่าย			
-สร้างตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย	4.34	0.06	มาก
-สร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน	4.28	0.04	มาก
-พัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์	4.38	0.03	มาก
-รักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	4.21	0.04	มาก
เฉลี่ยรวม	4.30	0.01	มาก
ภารกิจความร่วมมือ			
-การสร้างคุณค่าในงาน	4.04	0.02	มาก
-การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร	4.14	0.04	มาก

-การจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่	4.03	0.07	มาก
-การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน	4.06	0.02	มาก
เฉลี่ยรวม	4.09	0.02	มาก
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ			
-การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	4.59	0.02	มากที่สุด
-การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	4.54	0.01	มากที่สุด
-การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4.48	0.05	มาก
-การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ	4.51	0.07	มากที่สุด
-การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	4.45	0.02	มาก
เฉลี่ยรวม	4.51	0.03	มากที่สุด

3. ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอแก่งคอย(คปสอ.) สรุปได้ดังภาพด้านล่างนี้



4. ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี พบว่าด้านความเหมาะสม โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทุกองค์ประกอบ โดยความเหมาะสมด้านกระบวนการสร้างเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.25 (S.D.= 0.12) รองลงมาคือ ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D.= 0.10) และด้านภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 4.18 (S.D.=0.19) ส่วนด้านความเป็นไปได้ของรูปแบบพบว่า

โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยความเป็นไปได้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.15 (S.D.= 0.06) รองลงมาคือ กระบวนการสร้างเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 (S.D.= 0.05) และด้านภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 4.12 (S.D.=0.08) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

องค์ประกอบหลักที่สำคัญ	ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
กระบวนการสร้างเครือข่าย						
-สร้างความตระหนักประสานหน่วยงาน/องค์กร	4.31	0.05	มาก	4.18	0.11	มาก
-สร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน	4.23	0.15	มาก	4.15	0.04	มาก
-พัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์	4.20	0.10	มาก	4.12	0.05	มาก
-รักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	4.19	0.16	มาก	4.10	0.01	มาก
เฉลี่ยรวม	4.25	0.12	มาก	4.13	0.05	มาก
ภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย						
-การสร้างคุณค่าในงาน	4.19	0.16	มาก	4.20	0.07	มาก
-การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร	4.12	0.08	มาก	4.05	0.12	มาก
-การจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทพื้นที่	4.14	0.50	มาก	4.19	0.09	มาก
-การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน	4.15	0.09	มาก	4.16	0.06	มาก
เฉลี่ยรวม	4.18	0.19	มาก	4.12	0.08	มาก
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ						
-การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	4.15	0.08	มาก	4.12	0.09	มาก
-การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	4.18	0.09	มาก	4.15	0.03	มาก
-การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4.23	0.15	มาก	4.16	0.09	มาก
-การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ	4.26	0.14	มาก	4.18	0.05	มาก
-การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	4.23	0.05	มาก	4.18	0.06	มาก
เฉลี่ยรวม	4.21	0.10	มาก	4.15	0.06	มาก

อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาสถานการณ์องค์ประกอบรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1.1 จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของกระบวนการสร้างเครือข่าย พบว่า มี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่1) ขั้นสร้างตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย 2) ขั้นสร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 3) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ และ 4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของจำรัส ปะสิวและวิสุทธิ์ สุกรินทร์ (2561) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี พบว่ารูปแบบการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นสร้างความตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย 2) ขั้นสร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 3) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ และ4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับศิริมา สุวรรณศรีและคณะ (2563) ที่ได้ศึกษารูปแบบการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงวัยขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองโพธิ์ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าจะต้องมีการดำเนินการกับประเด็นที่สำคัญประกอบด้วย 1) ขั้นสร้างความตระหนัก เป็นขั้นตอนการนำผู้เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งเพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน และร่วมกันที่จะนำพาชุมชนสู่เป้าหมายร่วมกัน 2) ขั้นประสานหน่วยงาน/องค์กร เป็นขั้นตอนการติดต่อสื่อสาร ค้นหา เชื่อมโยงแกนนำ ขบวนและภาคีต่าง ๆ สำรวจเครือข่ายทุนในระดับชุมชน 3) ขั้นสร้างพันธสัญญา เป็นขั้นตอนการสร้างความผูกพันด้วยการทำข้อสัญญาในความสัมพันธ์ต่อกันเป็นการเข้าสู่การทำความตกลงที่จะทำงานร่วมกัน ประสานเครือข่ายกลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กร หรือกลุ่มเครือข่าย ที่ตอบรับเข้าร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินงาน เพื่อจัดทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกัน (MOU) 4) ขั้นบริหารจัดการเป็นขั้นตอนของการร่วมกันปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ โดยใช้เทคนิค 5 ร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมชื่นชม และ5) ขั้นพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์ เป็นการสร้างผลงานของเครือข่ายให้มีผลการดำเนินงานเป็นรูปธรรมและพัฒนาความสัมพันธ์ให้เครือข่ายมีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและร่วมกันสร้างสรรค์กิจกรรมใหม่ๆ มีการเชื่อมโยงการทำงานไปสู่ระบบที่ใหญ่ขึ้น และมีการติดตามและทบทวนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาภารกิจความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้คือ ด้านโครงสร้างองค์กรและคณะทำงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ตามด้วยด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน และด้านการจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา โอภาสวัสดิ์และยอดชาย สุวรรณวงษ์

(2565) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดสระบุรี มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิด: สุขภาพเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในสังคม,สุขภาพชุมชนเข้มแข็งยั่งยืนด้วยพลังเครือข่าย 2) หลักการ : การสร้างความตระหนักผู้นำ, การสร้างพันธะสัญญาของเครือข่าย, การสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม 3) เป้าหมาย: การพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบไร้รอยต่อ, เกิดเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง, มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชาญฉลาด 4) กระบวนการ:การสร้างความเข้าใจต่อสังคม, การประเมินศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเครือข่ายสุขภาพ, จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพตำบล, จัดทำแผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ, จัดเวทีสาธารณะด้านสุขภาพ,สร้างการสื่อสารเครือข่ายสุขภาพ, การติดตามเสริมพลัง และ 5) การประเมินผล: การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ,ศักยภาพความพร้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ความพึงพอใจต่อประโยชน์การใช้รูปแบบ คือ ภาวะผู้นำด้านสุขภาพ, การมีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง, และการสนับสนุนเชิงนโยบาย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉิดพันธุ์ ภัทรพงศ์สินธุ์ และ วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์ (2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนที่ทำให้เป้าหมายร่วมระดับอำเภอบรรลุผล ประกอบด้วย 1) มีคณะทำงานที่จะประสานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยการมีส่วนร่วม และมีคณะทำงานการติดตามกำกับ รายงานที่ประชุมผู้บริหารอำเภอสม่ำเสมอ สำหรับการทำงานร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุข (รพ./รพสต./สสอ.) ใช้เวทีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในการจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมาย ทิศทางร่วมกัน ทบทวนเป็นประจำทุกปี ติดตามเป็นวาระประจำทุกเดือน และ 2) มีการเสริมพลังการทำงานให้กับทีมงานและภาคีเครือข่ายโดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข พบว่าประกอบด้วย 5 ด้าน โดยด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ตามด้วยการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดแต่อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Vetrivel (2012) ที่ได้ศึกษาการคัดแยกมูลฝอยทางการแพทย์ในโรงพยาบาลตติยภูมิของอินเดียใต้ แล้วพบว่าการคัดแยกมูลฝอยทางการแพทย์ จากแหล่งกำเนิดเป็นขั้นตอนแรกเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดการมูลฝอยทางการแพทย์, การฝึกอบรม อย่างต่อเนื่อง,การกำหนดความรับผิดชอบให้กับผู้เกี่ยวกับการพยาบาล และการนิเทศอย่างต่อเนื่อง เป็นกุญแจสำคัญในการใช้กระบวนการแยกมูลฝอยทางการแพทย์ ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายการจัดการมูลฝอยทางการแพทย์ที่ต้องนำไปกำจัด และ

สอดคล้องกับธนชีพ พีระธรณิศร์ (2565) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย : กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5 แล้วพบว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีคุณภาพตามกฎหมายและมาตรฐานนั้น สถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีและขับเคลื่อนตามนโยบายในทุกระดับ มีค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ผ่านการนำองค์กร การวางแผนงาน และการบริหารจัดการทรัพยากร ส่งผ่านไปยังการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน จึงจะทำให้ สถานบริการสาธารณสุขมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล มีคุณภาพ และถูกต้องตามกฎหมาย ตั้งแต่การวางแผนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การปฏิบัติงานและการตรวจสอบ การคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อใส่ถุงแดงและคัดแยกมูลฝอยทั่วไปใส่ในถุงดำ ดำเนินการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจัดเก็บและรวบรวมไว้ยังจุดเฉพาะเพื่อเก็บรวบรวมไปกำจัดด้วยวิธีการเผาด้วยความร้อนสูง (สุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์,2561)

2. ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

จากผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ทั้งกระบวนการสร้างเครือข่าย ภารกิจความร่วมมือของเครือข่ายและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่ามีความเหมาะสม และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมาน คงสมบูรณ์และวิสุทธิ์ สุกรินทร์ (2563) ที่ได้ประเมินรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 1) การสร้างเครือข่าย 4 ขั้นตอน คือ 1.1) ขั้นสร้างความตระหนักและประสานหน่วยงาน/องค์กร 1.2) ขั้นสร้างพันธะสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 1.3) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ และ1.4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง 2) องค์ประกอบของภารกิจความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 5 ประกอบ คือ 2.1) โครงสร้างองค์กรและคณะกรรมการ 2.2) การสร้างคุณค่าในงาน 2.3) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร 2.4) การจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ และ 2.5) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ทั้งในด้านความเหมาะสม และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากและยังสอดคล้องกับการศึกษาของขจรวรรณ ภู่ขจร (2564) ได้ศึกษารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนภาษาจีนในโรงเรียนเอกชน ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย หน่วยงานเครือข่ายความร่วมมือ ลักษณะของเครือข่ายความร่วมมือ

งบประมาณ และขอบข่ายความร่วมมือและ 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การวางแผนความร่วมมือ การดำเนินงานตามแผนความร่วมมือ การนิเทศติดตามความร่วมมือ การประเมินความร่วมมือ และการนำผลการประเมินมาปรับปรุงความร่วมมือ โดยผลการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของรูปแบบผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่ามีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา(2565) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 แล้วพบว่า รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีความเหมาะสม และความเป็นได้ ในระดับมากเช่นเดียวกัน

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

สำหรับการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารสุขในจังหวัดสระบุรี ที่ได้มาตรฐานต้องเปิดโอกาสให้กลุ่ม องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เข้ามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง โดยอาศัยรูปแบบการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นในการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการตามแผน กำกับ ติดตามและประเมินผล อย่างมีประสิทธิภาพ ในแต่ละเครือข่ายระดับตำบล อำเภอ ภายในจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพ ร่วมกับเครือข่าย ทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอบนความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเป็นต้นแบบก่อนนำมาขยายผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

เกรียงศักดิ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2549). *การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา.* กรุงเทพมหานคร : บริษัท ซัคเซสมีเดีย จำกัด.

ขจรวรรณ ภู่ขจร.(2564).*รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนภาษาจีนในโรงเรียนเอกชน.* วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต.สาขาวิชาการบริหารการศึกษา.มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เขมจิรา สายวงศ์เปี้ย.(2559). *รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดลำปาง.*สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.วิชาเอกการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม.คณะสาธารณสุขศาสตร์.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จำรัส ประสิวและวิสุทธิ์ สุกรินทร์.(2562). การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4.9(1)*:11-22.

เฉิดพันธุ์ ภัทรพงศ์สินธุ์ และ วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์.(2562). *บทเรียนการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA).*สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

ธนชีพ พีระธรณิศร์. (2565).ประสิทธิผลการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย : กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.11(2)*. 47-48.

ธีรวิชญ์ จันทกูล.(2557). *การสร้างเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นสู่ตำบลสุขภาวะ กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลควนรู อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา.*รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต(การปกครองท้องถิ่น). วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พันธนิต จันทา.(2560).*การพัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก.* บัณฑิตวิทยาลัย :มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

มาลี โชคเกิดและประภาพร มโนรัตน์.(2559).การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 14(12), หน้า 33-44.

ประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4.*The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2022; 9(2)*,193.

ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร,มานพ คณะโตและกิตติมา โมะเมน. (2557). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.1(3)* หน้า17.

ปรีชา โอภาสวัสดิ์.(2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดสระบุรี . *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4.12 (1).*หน้า 80.

วีระศักดิ์ ประดาศักดิ์, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์และอารยา ประเสริฐชัย. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช.*การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5.หน้า 1.

ศิริมา สุวรรณศรี, เอกอนงค์ ศรีสำอางค์, สมศักดิ์ เจริญพูล และพนารัตน์ พรมมา.(2563).*รูปแบบการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงวัยองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโพธิ์ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี.*บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.16(2).หน้า117.

สมาน คงสมบูรณ์.(2563).รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสระบุรี.*วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์.6(3).* หน้า 23.