



พฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี



โดย  
นางสาวตรีศ ตะโกพร

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

พุดิกรรรมการจั้ดการมูลฝอยติ้ดเชือ้ในบ้านเรือ้น กรณึ้ศึ้กา อ้าเภาจอมบึ้ง จ้งหว้ตราชบุรี



การค้ันคว้าอิสระนี้้เป็นส่วนหนึ้งของการศึ้กาตามหลั้กสู้ตรปริ้ญญาวิทยาสาสตรมหาบั้ณชิต

สาขาวิชาวิทยาสาสตรลึ้งแวดล้้อม

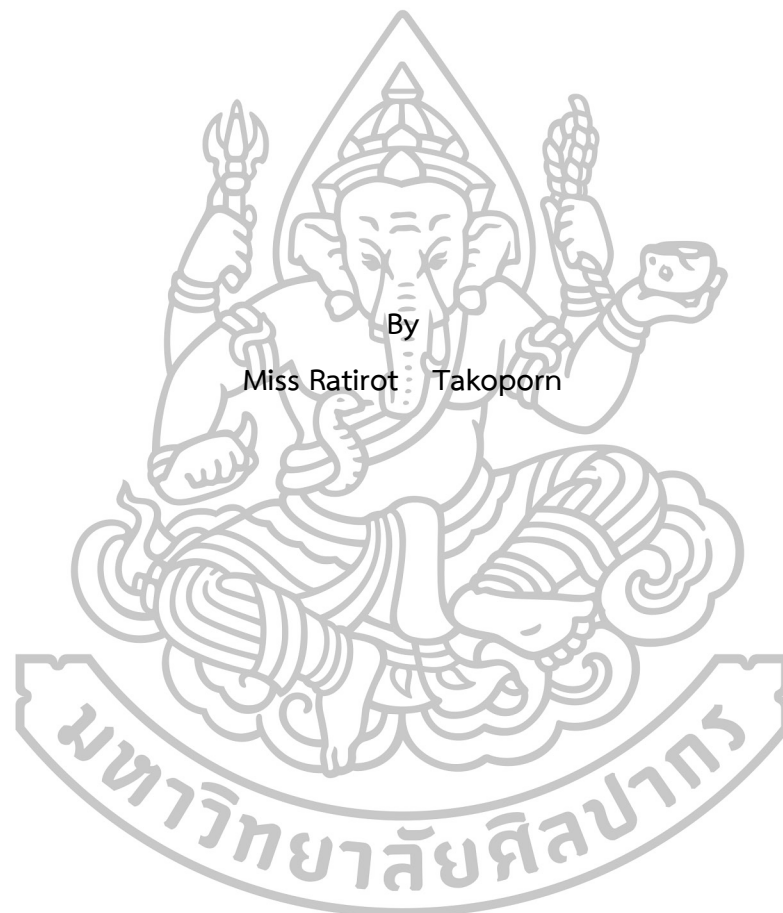
ภาควิชาวิทยาสาสตรลึ้งแวดล้้อม

บั้ณชิตวิทยาลั้ย มหาวิทยาลั้ยศึลปากร

ปีการศึ้กา 2558

ลึชสิ้หธิ้ของบั้ณชิตวิทยาลั้ย มหาวิทยาลั้ยศึลปากร

INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT BEHAVIORS WITHIN HOUSEHOLD: A CASE  
STUDY OF CHOMBUENG, RATCHABURI PROVINCE



By  
Miss Ratirot Takoporn

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

Master of Science Program in Environmental Science

Department of Environmental Science

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2015

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้การค้นคว้าอิสระเรื่อง “พฤติกรรมกา  
จัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี” เสนอโดย นางสาวตริส  
ตะโกพร เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

อาจารย์ ดร.ดาวรุ่ง สังข์ทอง

คณะกรรมการตรวจสอบการค้นคว้าอิสระ

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กัณตริย์ ศรีพงศ์พันธุ์)

...../...../.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัฐพล อ้นแฉ่ง)

...../...../.....

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ดาวรุ่ง สังข์ทอง)

...../...../.....

54311313 : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ : มูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน / การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ / พฤติกรรม / ทักษะ / ความรู้

รศ.ดร. ตะโกพร : พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ : อ.ดร.ดาวรุ่ง สังข์ทอง. 107 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือนที่มีผู้อยู่อาศัยเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลินในพื้นที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยทำการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) มาสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือตัวแทนผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในบ้านเรือนของพื้นที่ศึกษา จำนวน 155 ครอบครัว จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางสังคม-เศรษฐกิจและลักษณะทางประชากร ระดับความรู้ ระดับทักษะ และระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ร้อยละ นอกจากนี้ได้มีการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลตามวิธีของ Kruskal – Wallis

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 52.9 31.0 และ 16.1 ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ตามลำดับ และส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.5) มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 59 ปี (ร้อยละ 56.1) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (ร้อยละ 58.1) และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 46.5) และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5 มีระดับทักษะต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.7 และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับที่ถูกต้อง ระดับปานกลาง และระดับที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 7.1 39.4 และ 53.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาผลการศึกษาโดยภาพรวมทั้งหมดพบว่า ผู้อยู่อาศัยที่มีความเกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในบ้านเรือนในพื้นที่ศึกษายังขาดความรู้และยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้สาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและมาตรการในการพัฒนาความรู้และข้อควรปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อความปลอดภัยของชุมชน

ภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ.....

54311313 : MAJOR : ENVIRONMENTAL SCIENCE

KEY WORD : HOUSEHOLD INFECTIOUS WASTE / INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT / BEHAVIOR / ATTITUDE / KNOWLEDGE

RATIROT TAKOPORN : INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT BEHAVIORS WITHIN HOUSEHOLD: A CASE STUDY OF CHOMBUENG, RATCHABURI PROVINCE. AN INDEPENDENT STUDY ADVISOR : DAOROONG SUNGTHONG, Ph.D. 107 pp.

This research studied the levels of knowledge, attitudes and behaviors in the handling of infectious wastes occurred in the households containing bedridden patients, kidney disease patients requiring peritoneal dialysis and diabetic patients requiring insulin injections, in the area of Chombueng District, Ratchaburi Province. Questionnaires validated by a group of qualified persons and by using Cronbach's Alpha Method were used to interview patients or representatives of patients, i.e., relatives or caregivers, in their houses of the study area of 155 households. The data including their socioeconomic and demographic characteristics, the levels of knowledge, attitudes and behaviors on infectious waste management were analyzed using percentages. The Kruskal-Wallis analyses were also conducted to test the differences in the levels of knowledge, attitudes, and behaviors concerning infectious waste handling among the patients, the relatives, and the caregivers.

The results indicate that the respondents could be categorized as the patients, the relatives, and the caregivers, accounting for 52.9, 31.0 and 16.1 percent of the total respondents, respectively. The majority of those respondents were female (55.5 percent), being in the age group of 30-59 years (56.1 percent), having the highest levels of education in primary school and lower (58.1 percent), and having a career of general workers (46.5 percent). The respondents had the knowledge level related to proper infectious waste management at homes in the medium level corresponding to 64.5 percent. Their positive attitude was at the moderate level corresponding to 69.7 percent, and their behaviors regarding safe, proper, and poor infectious waste managements were at the correct level, moderate level, and incorrect level, corresponding to 7.1, 39.4, and 53.5 percent, respectively. Additionally, the differences in the levels of knowledge, attitudes and behaviors on household infectious waste management handling of the patients, the relatives, and the caregivers were not statistically significant at the level of 0.05. As an overall result of the study, it is evident that residents related to the infectious wastes generated at homes in the study area had deficient in knowledge and improper behaviors about infectious waste management. For these reasons, the District of Public Health, the Local Administration Organization at different levels and related network parties should conduct a policy and action programs to develop the knowledge and the proper practices regarding the handling of household infectious wastes to avoid environmental problems and for the safety of the community.

---

Department of Environmental Science

Graduate School, Silpakorn University

Student's Signature.....

Academic Year 2015

An Independent Study Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ดาวรุ่ง สังข์ทอง อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระที่ให้ความรู้ อีกทั้งกรุณาให้คำแนะนำการทำวิจัยในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย เริ่มตั้งแต่หัวข้อการวิจัย การวางแผนการวิจัย การเก็บข้อมูล ไปจนถึงการวิเคราะห์ผล สรุปผลการศึกษา และให้คำปรึกษาแนะนำการเขียนเล่มการค้นคว้าอิสระให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กัณทรีย์ ศรีพงศ์พันธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัฐพล อ้นแอ่ง ที่ให้คำแนะนำและชี้แนะข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อสามารถปรับแก้การค้นคว้าอิสระฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบไปด้วย นายสุระ เติญติ สาธารณสุขอำเภอจอมบึง และนางภัทรมน หอมสุด พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่ได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในแบบสัมภาษณ์ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยหรือตัวแทนผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในบ้านเรือนที่มีผู้ป่วยอาศัยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ในอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นางสาวจรรุวรรณ เหมือนเงิน ที่ให้คำแนะนำและชี้แนะเรื่องการนำสถิติมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมไปถึงการวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอจอมบึง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอจอมบึง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอจอมบึง หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง รวมทั้งบิดา มารดา คนในครอบครัว และพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ตลอดมา

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจ โดยสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อประกอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของพื้นที่ได้ คุณงามความดีที่มีจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูป.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความหมายมูลฝอยติดเชื้อ.....	6
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ.....	7
การทำลายมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผา.....	14
เตาเผามูลฝอยแบบห้องเดี่ยว (Single Chamber Incinerator).....	14
เตาเผามูลฝอยแบบห้องเผาไหม้หลายห้อง (Multiple Chamber Incinerators).....	15
เตาเผาแบบใช้อากาศน้อย (Starved Air Incinerator).....	17
ผลกระทบของมูลฝอยติดเชื้อต่อสุขภาพอนามัย.....	18
ผลกระทบของมูลฝอยติดเชื้อต่อสิ่งแวดล้อม.....	19
สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย.....	19
สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของอำเภอจอมบึง.....	22
หลักเกณฑ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
วิธีการศึกษา.....	33
ประชากร.....	33



บทที่		หน้า
3	การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง.....	33
	การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	34
	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	35
	แบบสัมภาษณ์และการแปลผล .....	36
	แบบสัมภาษณ์.....	36
	การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ .....	36
	การแปลผล .....	37
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
	การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	40
4	ผลการวิจัย.....	42
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	42
	พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	46
	ข้อมูลทั่วไป .....	46
	ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน .....	48
	ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	53
	พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	62
	การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน บ้านเรือน.....	70
5	อภิปรายผลการวิจัย .....	72
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	72
	พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	72
	ข้อมูลทั่วไป .....	72
	การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	73
	การเปรียบเทียบทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน .....	73
	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน .....	74
6	สรุปผลและข้อเสนอแนะ .....	76
	สรุปผลการวิจัย .....	76
	ข้อเสนอแนะ .....	78
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	78
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	78

บทที่	หน้า
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์ก่อนทดสอบความเชื่อมั่น.....	85
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์หลังการทดสอบความเชื่อมั่น.....	94
ภาคผนวก ค ประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ.....	104
ประวัติผู้วิจัย.....	107



## สารบัญญัตราง

ตารางที่	หน้า
1.1 ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2556.....	2
2.1 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเขตบริการสุขภาพเขตที่ 5.....	21
2.2 จำนวนประชากรแยกรายกลุ่มอายุ.....	24
3.1 จำนวนผู้ป่วยในอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่ทำการศึกษารั้งนี้.....	33
3.2 กลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน.....	34
3.3 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	35
4.1 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ.....	42
4.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 3 ทักษะการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ.....	44
4.3 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ.....	45
4.4 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
4.5 การวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ.....	49
4.6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	50
4.7 ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบ่งตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์.....	51
4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ.....	52
4.9 จำนวน ร้อยละ ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ..	53
4.10 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ.....	56
4.11 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	59
4.12 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบ่งตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์.....	59
4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ.....	60
4.14 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ.....	62
4.15 ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ.....	65
4.16 ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน.....	67
4.17 ระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบ่งตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์.....	67
4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ.....	69

ตารางที่

หน้า

4.19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ.....	71
---	----



## สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
2.1	การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในถุงพลาสติกสีแดงที่หนาไม่รั่วซึม ภาชนะรองรับมีฝาปิดมิดชิด.....	10
2.2	มัดปากถุงให้มิดชิดเพื่อป้องกันการรั่วซึมและการแพร่กระจายของเชื้อโรค.....	10
2.3	จัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกหลักสุขาภิบาล.....	11
2.4	รถเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อของอำเภอจอมบึงจะทำการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 15 แห่ง มาพักไว้ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชจอมบึง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันอังคาร.....	11
2.5	เส้นทางของรถเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อเพื่อทำลาย.....	12
2.6	ชั่งน้ำหนักปริมาณมูลติดเชื้อก่อนเก็บขน.....	12
2.7	บันทึกปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ซึ่งให้ตรงกันระหว่างผู้เก็บขนและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	13
2.8	ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง.....	13
2.9	เตาเผาแบบห้องเดี่ยว (Single Chamber Incenerator).....	14
2.10	เตาเผาแบบห้องเดี่ยวที่มีห้องเผาไหม้ (Single Chamber Incenerator/Post- Combustion).....	15
2.11	เตาเผาแบบห้องเผาไหม้หลายห้อง (Multiple Chamber Incenerator/Retort Type).....	16
2.12	เตาเผาแบบเผาไหม้หลายห้อง (Multiple Chamber Incenerator/In-Line Type)..	17
2.13	เตาเผาแบบใช้อากาศน้อย (Starved Air Incenerator).....	18
2.14	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย.....	20
2.15	การเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2558.....	25

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มูลฝอยที่เกิดจากสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มักมีลักษณะที่แตกต่างจากมูลฝอยทั่วไปชนิดอื่น ๆ และมักเรียกมูลฝอยนี้ว่า มูลฝอยติดเชื้อ (Infectious Waste) เนื่องจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยนี้มีกิจกรรมที่หลากหลายในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องปฏิบัติการ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นต้น มูลฝอยติดเชื้อมีความสำคัญมากเพราะต้องใช้ความระมัดระวังในการจัดการ เนื่องจากเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณมาก โดยประเภทของมูลฝอยติดเชื้อแบ่งออกเป็น วัสดุมีคม เช่น เข็มฉีดยา มีด อุปกรณ์ผ่าตัด เป็นต้น และวัสดุไม่มีคม จำพวกซากหรือชิ้นส่วนมนุษย์ รวมถึงวัสดุที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิด และหากมีจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล จะทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยแก่บุคคลที่สัมผัสได้ อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากเชื้อโรคที่ปะปนมากับมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและปนเปื้อนลงสู่สิ่งแวดล้อมได้ ฉะนั้นสถานบริการสาธารณสุขหรือแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อจึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกหลักตามมาตรฐาน

ข้อมูลการสำรวจจำนวนสถานบริการสาธารณสุขจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่า มีสถานบริการสาธารณสุขทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนจำนวนมากกว่า 37,000 แห่ง แสดงให้เห็นปัจจุบันประเทศไทยมีการเติบโตด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของมูลฝอยติดเชื้อที่สำคัญ จากสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 พบว่า ปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศรวม 42,000 ตันต่อปี และข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี (2558) พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 8 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบไปด้วย จังหวัดราชบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 1,974 ตันต่อปี (ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2558) ซึ่งในจังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่มีการเกิดมูลฝอยติดเชื้อทั้งสิ้นประมาณ 556 ตันต่อปี มากที่สุดใน 8 จังหวัดนี้ (ตารางที่ 1.1) สอดคล้องกับปริมาณมูลฝอยของประเทศไทยที่มีจำนวนมาก

ตารางที่ 1.1 ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2556

จังหวัด	โรงพยาบาล (แห่ง)	เตียงรวม	น้ำหนักรวม (กิโลกรัมต่อวัน)	น้ำหนักรวม (ตันต่อปี)	น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัมต่อ เตียงต่อวัน)
ราชบุรี	16	2,511	1,524	556	0.61
กาญจนบุรี	18	1,581	1,030	376	0.65
สุพรรณบุรี	11	824	442	161	0.54
นครปฐม	10	1,202	747	273	0.62
สมุทรสาคร	6	933	421	154	0.45
สมุทรสงคราม	3	431	198	72	0.46
เพชรบุรี	11	742	457	170	0.63
ประจวบคีรีขันธ์	10	828	579	211	0.7
รวม	85	9052	5,408	1,974	0.6

ที่มา: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี (2558)

จังหวัดราชบุรียังเผชิญกับปัญหาปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก อีกทั้งปัจจุบันได้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยบางอย่างในบ้านเรือนมากขึ้น โดยมีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลรักษาเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอัตราสูง จะส่งต่อผู้ป่วยให้กลับมาดูแลรักษาที่บ้าน แต่เริ่มต้นที่ความต้องการของผู้ป่วย และญาติ ในพื้นที่ที่ห่างไกลโรงพยาบาล หรือการเดินทางเข้าสู่สถานบริการที่ลำบากและไม่สะดวก มักได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ดังนั้นการใช้ทรัพยากรการดูแลผู้ป่วยในบ้านเรือนที่ก่อให้เกิดของเสีย และไม่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ จึงเกิดปัญหามูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ในบ้านเรือนขึ้น และพบว่ามีปัญหาที่เกิดจากการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องตามกฎระเบียบด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบกับจังหวัดราชบุรีมีสถานประกอบการต่าง ๆ ฟาร์มเลี้ยงสัตว์ โรงงานอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการอพยพย้ายเข้ามาทำงานของต่างด้าวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจึงมีแนวโน้มมากขึ้นตามไปด้วย แต่รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของท้องถิ่น บางแห่งยังคงกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผา ซึ่งพบปัญหาการชำรุดของเตาเผาเป็นระยะ อุณหภูมิไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดบ้าง บางแห่งพบปัญหาในด้านการกำกับติดตามการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และมาตรการควบคุมคุณภาพของบริษัทเอกชนที่รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เหล่านี้ส่งผลกระทบทันทีทางตรง

และทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ จึงทำให้จังหวัดราชบุรีประสบปัญหาและมีแนวโน้มมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี เพราะมีสถานบริการสาธารณสุขและมีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโรงพยาบาลประจำอำเภอเฉลี่ยวันละ 593 คน (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง, 2558) เป็นจำนวนมาก และมีการลดอัตราของผู้มารับบริการเพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ คือมีการส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลรักษาที่บ้านเรือนในชุมชนเป็นจำนวนมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งในส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐในอำเภอจอมบึงนั้น มีการจัดการโดยใช้รูปแบบของจ้างบริษัทเอกชนกำจัดเป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ แต่ยังมีผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนนั้นมีจำนวน 257 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง, 2558) ที่ยังกำจัดด้วยวิธีการเผาด้วยตนเอง และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธี โดยไม่มีเตาเผาที่มิดชิด ไม่ถูกหลักมาตรฐาน เพื่อจะช่วยให้การดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเก็บ ขนส่ง กำจัดที่ถูกวิธี ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงและยังนำความรู้ที่ได้ไปปรับทัศนคติผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมถึงคนในชุมชน ป้องกันการแพร่กระจายโรคจากมูลฝอยติดเชื้อและพัฒนาสิ่งแวดล้อม ภูมิทัศน์ให้ดีขึ้น

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- 1.2.2 เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- 1.2.3 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

## 1.3 สมมติฐานของการวิจัย

- 1.3.1 กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้านเรือน อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรีมีระดับการความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่แตกต่างกัน
- 1.3.2 ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้านเรือน อำเภอจอมบึงจังหวัดราชบุรี ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความแตกต่างกัน
- 1.3.3 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้านเรือน อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี มีความแตกต่างกัน



#### 1.4 ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจากผู้ป่วยหรือตัวแทนผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในบ้านเรือนที่มีผู้อยู่อาศัยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ในพื้นที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 4 ส่วน จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้วยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน (Insulin) และผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลสวนผึ้ง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้มาวิเคราะห์แล้วปรับแก้คำถาม เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล จำนวน 155 คน จากการเปิดตารางของเครจซีและมอร์แกน (Kerjcie and Morgan) (ธีรวุฒิ, 2543) ในการศึกษาอยู่ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

#### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง เชื้อฉีดยาที่ได้จากการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคม เช่น ผ้าก๊อซ สำลี สายยาง ท่อให้อาหาร เป็นต้น ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง

พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการที่มนุษย์แสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า (Stimulus) หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยอาการแสดงออกต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้หรือ วัดได้ เช่น การเดิน การพูด การเขียน การคิด และการเต้นของหัวใจ เป็นต้น ส่วนสิ่งเร้าที่มากระทบแล้วก่อให้เกิดพฤติกรรม อาจเป็นสิ่งเร้าภายใน (Internal Stimulus) และ สิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus) โดยสิ่งเร้าภายใน ได้แก่ สิ่งเร้าที่เกิดจากความต้องการทางกายภาพ เช่น ความหิว ความกระหาย เป็นต้น สิ่งเร้าภายในจะมีอิทธิพลสูงสุดในการกระตุ้นให้ แสดงพฤติกรรมในวัยเด็ก และจะลดความสำคัญลงเมื่อเติบโตขึ้น ส่วนสิ่งเร้าภายนอกเป็นสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สามารถสัมผัสได้ด้วยประสาททั้ง 5 ได้แก่ หู ตา คอ จมูก และการสัมผัส เมื่ออยู่ในสังคม สิ่งเร้าภายนอกจะมีอิทธิพลมากกว่าในการกำหนดว่าบุคคลควรจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรต่อผู้อื่น (พวงทอง, 2557)

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อมอันมีแนวโน้มที่จะให้บุคคลแสดงปฏิกิริยา และกระทำต่อสิ่งนั้น ๆ ในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธ ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน การที่จะรู้ถึงทัศนคติของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ต้องใช้วิธีแปลความหมายของการแสดงออก (รุ่งนภา, 2536)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรม ต้องนอนอยู่ในเตียงตลอดเวลา อาจขยับตัวได้เล็กน้อย แต่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างอื่น ๆ ไม่ได้ โดยอาจมีสาเหตุเกิดจากโรคต่าง ๆ หรือเกิดจากการประสบอุบัติเหตุ การนอนติดเตียงเป็นภาวะที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงตามมา เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (พวงทอง, 2557)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ดื่บอ่อนสร้างอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีโรคแทรกซ้อนทางตับ ไต และรักษาโดยยาชนิดรับประทานไม่ได้ผล (วรรณิ, 2545)

ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไตวายไม่สามารถขับน้ำและของเสียออกจากร่างกาย ต้องล้างไตผ่านทางหน้าท้องเพื่อเป็นการรักษาสมดุลของร่างกาย ในผู้ป่วยล้างไตที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่สามารถล้างไตทางหน้าท้องและดูแลตนเองได้ในบ้านเรือน

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่คนในครอบครัว แต่ได้รับการจ้างมาเพื่อดูแลกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีด และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1.6.1 ทราบถึงสภาพปัญหาของรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

1.6.2 ทราบถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

1.6.3 เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน กำหนดนโยบาย ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนต่อไป

## บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 ความหมายของมูลฝอยติดเชื้อ

มูลฝอยติดเชื้อ (Infectious Waste) หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณ หรือมีความเข้มข้นมาก ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยติดเชื้อแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ (ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา, 2545)

มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยทางการแพทย์ซึ่งมีเหตุอันควรให้สงสัยว่ามีหรืออาจมีเชื้อโรค เป็นมูลฝอยติดเชื้อที่สัมผัสหรือสงสัยว่าได้สัมผัสกับเลือดส่วนประกอบของเลือด (เช่น น้ำเลือด เม็ดเลือดต่าง ๆ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด เป็นต้น) สารน้ำจากร่างกาย (เช่น ปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย หนอง เป็นต้น) ส่วนมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่ง (เช่น เลือด ส่วนประกอบของเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำไขสันหลัง เสมหะ และสารคัดหลั่งต่าง ๆ) มูลฝอยติดเชื้อที่เป็นอวัยวะหรือชิ้นส่วนของอวัยวะ จำพวกชิ้นเนื้อ เนื้อเยื่อ อวัยวะที่ได้จากการทำหัตถการรักษาพยาบาลต่าง ๆ มูลฝอยติดเชื้อจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจศพ ซากสัตว์ทดลอง รวมทั้งวัสดุที่สัมผัสระหว่างการทำหัตถการและการตรวจนั้น ๆ มูลฝอยของมีคมติดเชื้อที่ใช้แล้ว เช่น เข็ม ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือชุดให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ใบมีด หลอดแก้ว กระบอกฉีดยาชนิดแก้ว สไลด์ แผ่นกระจกปิดสไลด์ และเครื่องมือที่แหลมคมต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว มูลฝอยจากกระบวนการเก็บและเพาะเชื้อ เช่น เชื้อ อาหารเลี้ยงเชื้อจากการเลี้ยงเชื้อ วัสดุอื่น และเครื่องมือที่ใช้เพาะเชื้อแล้ว วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิตและภาชนะบรรจุ เช่น วัคซีนป้องกันวัณโรค โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม อีสุกอีใส ไขรากลัดน้อย เป็นต้น และมูลฝอยติดเชื้ออื่น ๆ ครอบคลุมถึงวัสดุทำจากผ้า เช่น สำลี ผ้ากอซ เสื้อคลุม และผ้าต่าง ๆ วัสดุทำจากพลาสติกและยาง เช่น ถุงมือใช้ครั้งเดียวทิ้ง กระบอกฉีดยา ชนิดพลาสติก ปีเปตพลาสติก ท่อยาง ถุงใส่ปัสสาวะ ภาชนะพลาสติกรองรับสารคัดหลั่ง และเสมหะ ถุงเลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือด และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยล้างไตวัสดุทำจากกระดาษ เช่น กระดาษซับเลือด เสื้อคลุมใช้ครั้งเดียวทิ้ง ผ้าปิดปากและจมูก เป็นต้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากนิยามของมูลฝอยติดเชื้อ ของแต่ละหน่วยงานที่ได้กำหนดนั้น ส่วนมากมีความหมาย คล้ายคลึงกันในการกำหนดนิยามของมูลฝอยติดเชื้อ แต่บางส่วนมีความแตกต่างกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ให้เกิดผลกระทบตามมา ปัจจุบันการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินการดูแลและควบคุมเนื่องจากประชาชนตระหนักถึงอันตราย และปัญหาผลกระทบต่อ

สิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น จากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธีโดยเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อที่ปนเปื้อนกับโรคติดต่ออันตราย เช่น โรคเอดส์ โรควัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี (สุวรรณ, 2533) ประเทศไทยจึงมีการกำหนดข้อปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศโดยออกกฎระเบียบให้สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานพยาบาลอย่างเข้มงวดให้สอดคล้องกับองค์การอนามัยโรค (WHO) ที่เสนอแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเริ่มตั้งแต่การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิด การรวบรวม การขนส่งและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเพื่อลดปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธีและมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัยตามมา (วิรัตน์, 2552)

## 2.2 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นการควบคุมดูแลมูลฝอยติดเชื้อเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากการแพร่กระจายจากมูลฝอยติดเชื้อ การดำเนินการจัดการของมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นไปตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องนั้น แบ่งออกตามขั้นตอนการจัดการ ได้แก่ การรวบรวมจัดเก็บ คัดแยก เก็บขน และการบำบัดจัดการ ในการจัดการเตรียมอุปกรณ์นั้นต้องมีระบบหาภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อให้เพียงพอและเหมาะสม หน่วยงานต้องจัดหาภาชนะรองรับแต่ละประเภทวางในตำแหน่งที่เหมาะสม การเตรียมบุคลากรควรมีการประชาสัมพันธ์แนวทางการปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งในสถานบริการและในบ้านเรือน หน่วยงานให้ความสำคัญแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน ติดตามกำกับงานเจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

การเก็บและแยกมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข มีหลักเกณฑ์ที่ถูกต้องหลักสุขภาพโดยให้มีการเก็บและแยกมูลฝอยติดเชื้อที่กำหนดดังนี้การเก็บ มีหลักการปฏิบัติคือมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อตามคำจำกัดความดังกล่าวออกจากมูลฝอยชนิดอื่น ๆ การเก็บแยกให้กระทำตรงแหล่งเกิดของมูลฝอย ห้ามเก็บรวบรวมและนำมาแยกภายหลังเพราะอาจจะเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ ลักษณะของภาชนะบรรจุและภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีภาชนะที่ใช้รองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสม คือ

1. ถุงพลาสติกทำด้วยวัสดุที่มีคุณสมบัติพิเศษและเหมาะสม เช่น ถุงพลาสติกที่มีความทนทานต่อสารเคมีเหนียว กันน้ำได้ และสีของถุงใส่มูลฝอยติดเชื้อจะต้องมีลักษณะเด่นชัด เช่น สีแดงสดและทึบแสง มีค่าเตือนเฉพาะขนาดของถุงควรมีหลายขนาดให้เลือกใช้ และมีความจุเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไม่เกิน 1 วัน

2. กล่องภาชนะที่ใส่มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็ม มีดเศษแก้ว ขวดวัคซีน ฯลฯ จะต้องทำด้วยวัสดุที่แข็งทนทานต่อการแทงทะลุเช่นพลาสติกแข็งหรือกระดาดแข็งกันน้ำได้ ฝา

กล่องหรือถังสามารถปิดได้มิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในถัง และสามารถยกหรือหิ้วได้โดยสะดวกโดยไม่สัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ภายใน สีของภาชนะดังกล่าวจะต้องมีลักษณะเด่นชัดและมีคำเตือนเฉพาะ เช่น ฝาถังมีข้อความ “มูลฝอยติดเชื้ออันตราย” หรือ “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” หรือ “ห้ามเปิด” การเก็บมูลฝอยในถุงไม่ควรให้มีปริมาณหรือน้ำหนักมากจนทำให้ถุงขาดทะลุหรือมัดถุงไม่ได้เมื่อบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้ประมาณสามในสี่ของถุงแล้วให้มัดปากถุงให้แน่นด้วยเชือก แล้ววางไว้ที่มุมใดมุมหนึ่งของห้องเพื่อรอการขนย้ายโดยการแยกมูลฝอยติดเชื้อให้ปฏิบัติดังนี้

มูลฝอยที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ เทส่วนที่เป็นของเหลวทิ้งในอ่างที่หน่วยงานกำหนดซึ่งมีท่อระบายไหลไปสู่โรงบำบัดน้ำเสีย ภาชนะรองรับภาชนะรองรับชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง และวัสดุที่ปนเปื้อนให้ทิ้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรงมีฝาปิดมิดชิดชนิดใช้เท่าเหยียบสำหรับปิดเปิด

มูลฝอยที่เป็นอวัยวะหรือชิ้นส่วนของอวัยวะที่ทิ้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรงมีฝาปิดมิดชิด ใช้เท่าเหยียบสำหรับปิดเปิดหากเป็นชิ้นส่วนที่มีขนาดใหญ่หรืออวัยวะ ได้แก่ แขน ขา ซึ่งไม่ต้องการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาให้ห่อให้มิดชิดก่อน จากนั้นใส่หรือห่อด้วยถุงมูลฝอยติดเชื้อ เขียนชื่อผู้ป่วย “ติดป้ายฝากทิ้ง” ไปส่งให้กับเจ้าหน้าที่ห้องเก็บศพ ควรนำส่งทันทีเพื่อไม่ให้ชิ้นเนื้อหรืออวัยวะเน่า

มูลฝอยมีคมติดเชื้อทิ้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุ มีฝาปิดมิดชิดติดป้าย “ของมีคมติดเชื้อ” เห็นได้ชัดเจน มูลฝอยจากกระบวนการเก็บและเพาะเชื้อทิ้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรงมีฝาปิดมิดชิดชนิดใช้เท่าเหยียบสำหรับปิดเปิด กรณีเป็นมูลฝอยติดเชื้อที่ได้ผ่านกระบวนการทำลายเชื้อด้วยความร้อน สามารถทิ้งในมูลฝอยทั่วไปได้มูลฝอยติดเชื้ออื่น ๆ ทิ้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรงมีฝาปิดมิดชิดชนิดใช้เท่าเหยียบ

การเคลื่อนย้ายและการรวบรวม การเคลื่อนย้ายและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อนำไปกำจัดนั้นมีขั้นตอนการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อนำไปรวบรวมเพื่อรอการกำจัด มีแนวทางดังนี้

1. กำกับดูแล การสวมถุงมือยางหนาหวนหรือผ้าคลุมผมผ้าปิดปาก-จมูก ฝักันเปื้อนและรองเท้าบูทที่ทำด้วยยางตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ของผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างถูกวิธี เช่น ตรวจสอบถุงมูลฝอยติดเชื้อก่อนเคลื่อนย้ายว่าถุงไม่รั่ว คอถุงผูกเชือกเรียบร้อยและวางอย่างนุ่มนวล โดยจับตรงคอถุงไม่ให้อุ้มถุง เมื่อมีมูลฝอยติดเชื้อตกหล่นห้ามหยิบด้วยมือเปล่า ใช้คีมเหล็กคีบหรือหยิบด้วยมือที่ใส่ถุงมือยางหนาเก็บใส่ถุงมูลฝอยติดเชื้อติดอีกใบ หากมีสารน้ำให้ซับด้วยกระดาษ แล้วทิ้งกระดาษลงถุงมูลฝอยติดเชื้อแล้วจึงมัดด้วยน้ำยาทำลาย

เชื้อ (เช่น 0.5% Sodium hypochloride นาน 30 นาที) ก่อนเช็ดถูตามปกติเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจให้ ถอดถุงมือและชุดปฏิบัติการ และนำไปทำลายเชื้ออย่างถูกวิธีอาบน้ำที่หลังเสร็จภารกิจประจำวัน

2. รถเข็นสำหรับขนเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อควรมีข้อกำหนด คือ เป็นรถที่ใช้ขน มูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น และทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย ผิวเรียบไม่มี ซอกมุม อันจะเป็นแหล่งหมักหมมของเชื้อโรค และมีช่องระบายน้ำ มีผนังทึบและมีฝาปิด เพื่อป้องกัน สัตว์และแมลงเข้าไปในรถ ในกรณีไม่มีรถเข็นตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ให้ใส่ถุงมูลฝอยติดเชื้อใน ภาชนะที่ฝาปิดมิดชิดก่อนวางบนรถเข็น

3. เรือนพักมูลฝอยติดเชื้อมีลักษณะดังนี้ แยกจากตัวอาคารอื่น ขนาดเพียงพอที่จะ รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน ในกรณีจำเป็นต้องเก็บกักนานเกิน 7 วัน ต้องเป็นเรือนพักที่ มีเครื่องปรับอากาศติดค่าเตือนสำหรับสถานที่เก็บกักมูลฝอยติดเชื้อ ให้มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น หรือร้อนจนเกินไป มีมุ้งลวดกันแมลงเข้าประตูเข้าและออก แยกจากช่องใต้หลังคา ประตูควรมีความ กว้างพอให้สะดวกสำหรับการปฏิบัติงาน และมีกุญแจล็อกเมื่อปฏิบัติงานเสร็จ ผนังพื้นเรียบระบายน้ำ ได้ดีลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย และมีลานสำหรับล้างรถเข็น อยู่ติดกับประตูออก

4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ การขน ขนตามเวลาที่กำหนดโดยมีเส้นทางที่ แน่นอนดำเนินการด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวลห้ามโยนลากถุงมูลฝอยติดเชื้อระหว่างเดินทางไป ยังสถานที่เก็บกัก ห้ามแฉะหรือพักที่ใดเมื่อมีมูลฝอยติดเชื้อตกหล่นให้ปฏิบัติตามข้อ 1 และเมื่อเสร็จ ภารกิจในแต่ละวันให้ล้างรถขนมูลฝอยติดเชื้อให้สะอาดและผึ่งให้แห้ง

การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นการทำลายเชื้อโรคที่มีอยู่ในมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อป้องกัน อันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ รวมถึงสภาพแวดล้อมตามหลักสุขาภิบาล ซึ่งมี ขั้นตอนและกระบวนการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อตามหลักเกณฑ์ คือ การเผาหรือนำไปทำให้ปราศจาก เชื้อโดยการอบไอน้ำร้อน (Autoclave) แล้วกำจัดเหมือนมูลฝอยติดเชื้อทั่วไป และรถที่เกิดจากการ คลอดให้ทิ้งในบ่อเกรอะหรือฝ่งในที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ แต่ในส่วนของสถานพยาบาลในอำเภอ จอมบึงนั้น การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจะเป็นในรูปแบบการจ้างบริษัทภายนอกมารับไปกำจัดโดยมี รูปแบบการจัดการมูลฝอยดังรูปที่ 2.1 - รูปที่ 2.8



รูปที่ 2.1 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในถุงพลาสติกสีแดงที่หน้าไม่รั้วซึม  
ภาชนะรองรับมีฝาปิดมิดชิด



รูปที่ 2.2 มัดปากถุงให้มิดชิดเพื่อป้องกันการรั้วซึมและการแพร่กระจายของเชื้อโรค



รูปที่ 2.3 จัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกหลักสุขาภิบาล



รูปที่ 2.4 รถเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อของอำเภोजอมบึงจะทำการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 15 แห่ง มาพักไว้ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง  
ทุกวันอังคาร







รูปที่ 2.7 บันทึกปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ซึ่งให้ตรงกันระหว่างผู้เก็บขนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล



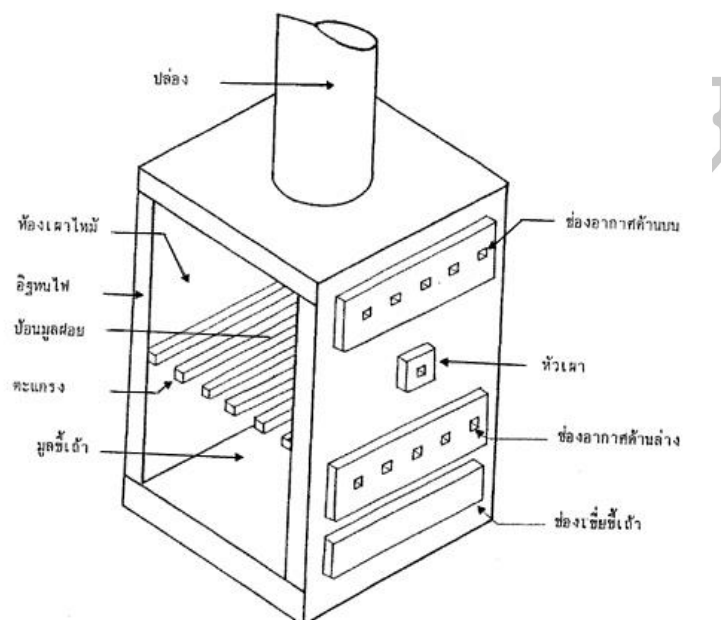
รูปที่ 2.8 ที่พักลมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง

## 2.3 การทำลายมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผา

การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีหลายวิธีซึ่งเป็นการทำลายเชื้อโรคไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนและกระบวนการในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่สำคัญคือการทำลายเชื้อด้วยการเผา การเผามูลฝอยติดเชื้อมีหลายรูปแบบดังนี้

### 2.3.1 เตาเผามูลฝอยแบบห้องเดียว (Single Chamber Incinerators)

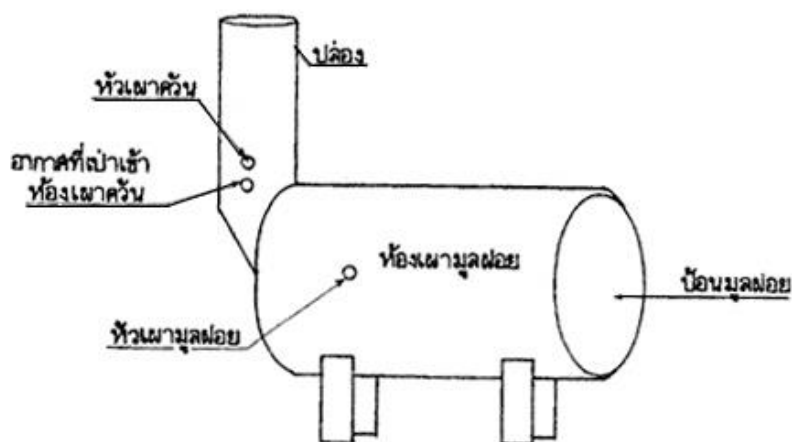
เตาเผามูลฝอยแบบห้องเดียว จะใช้ในการกำจัดมูลฝอยโดยจะป้อนมูลฝอยไปบนตะแกรง (Grate) ซึ่งอาจจะเป็นการป้อนด้วยมือ หลังจากนั้นจึงจุดมูลฝอยด้วยไม้ขีดไฟ ก๊าซจากการเผาไหม้จะลอยขึ้นไปทางปล่องควันและออกสู่บรรยากาศ อากาศที่ใช้ในการเผาไหม้จะถูกนำเข้าไปในห้องเผาไหม้ทางช่อง Underfire และช่อง Overfire ดังแสดงในรูปที่ 2.9 อากาศที่ผ่านช่อง Underfire จะเป็นแหล่งกำเนิดออกซิเจนที่ใช้ในการเผาไหม้ ในขณะที่อากาศที่เข้าไปในช่อง Overfire ซึ่งอยู่ทางส่วนบนของห้องเผาไหม้ จะเป็นตัวป้อนอากาศเสริมให้กับก๊าซจากการเผาไหม้ซึ่ง ณ จุดนี้ยังเต็มไปด้วยคาร์บอนที่ยังไม่เผาไหม้ (แต่ลอยตัวขึ้นมาจากมูลฝอยที่อยู่บนตะแกรง) สารไฮโดรคาร์บอนและอนุภาคต่าง ๆ ถ้าซึ่งเหลือจากการเผาไหม้จะร่วงจากตะแกรงลงสู่พื้นด้านล่างและสามารถตักออกไปได้เมื่อการเผาไหม้สิ้นสุดลงแล้ว



รูปที่ 2.9 เตาเผาแบบห้องเดียว (Single Chamber Incinerator)

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549)

นอกจากนี้ เตาเผาแบบนี้ยังมีส่วนประกอบอื่น ๆ ที่ช่วยให้การเผาไหม้สมบูรณ์ขึ้น เช่น อาจจะมีหัวเผาซึ่งจะช่วยเผามูลฝอยที่มีค่าความร้อนต่ำ ในเตาเผาบางแบบจะมีห้องเผาไหม้หลัง หรือ Post-Combustion Chamber ดังแสดงในรูปที่ 2.10 ติดอยู่ทางด้านที่ต่อออกมาจากห้องเผาไหม้แรก ห้องเผาไหม้หลังนี้ทำหน้าที่ในการทำลายก๊าซจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ และอนุภาค (เขม่า) จากห้องเผาไหม้แรก และช่วยทำให้ก๊าซจากการเผาไหม้สะอาดขึ้นก่อนที่จะปล่อยออกสู่บรรยากาศ

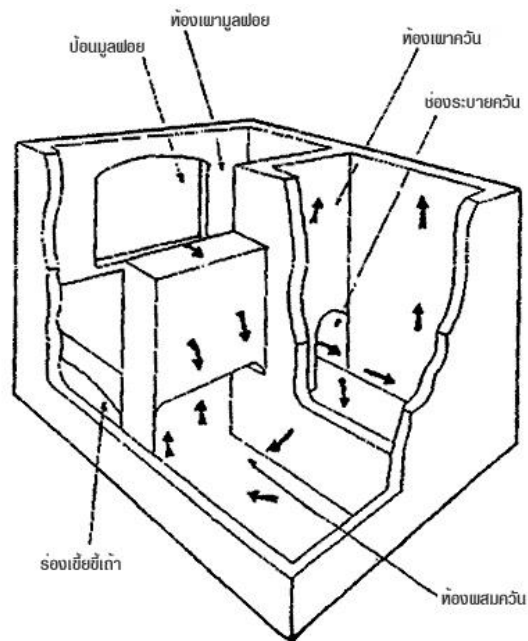


รูปที่ 2.10 เตาเผาแบบห้องเดียวที่มีห้องเผาไหม้ (Single Chamber Incinerator/ Post - Combustion)

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549)

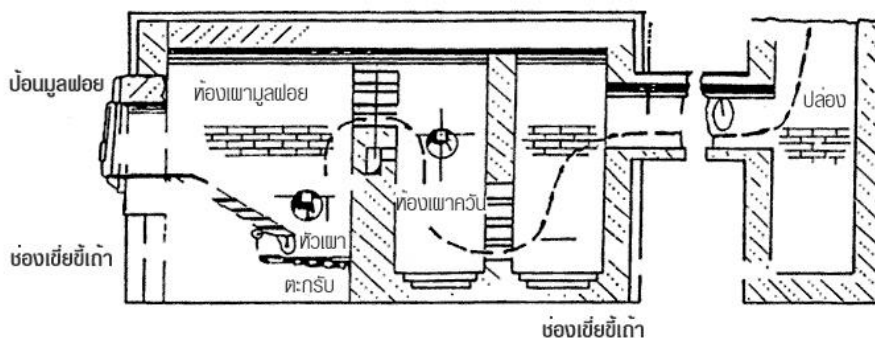
### 2.3.2 เตาเผามูลฝอยแบบห้องเผาไหม้หลายห้อง (Multiple Chamber Incinerators)

เตาเผาแบบนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยให้มีการเผาไหม้ที่สมบูรณ์ขึ้น โดยออกแบบให้มีห้องเผาไหม้หลายห้อง ห้องเผาไหม้แรกทำหน้าที่เผาไหม้มูลฝอย ในขณะที่ห้องเผาไหม้ที่สองจะออกแบบให้มีเวลาที่ต้องใช้เพื่อการเผาไหม้นานขึ้นและอาจจะมีหัวเผาเพิ่มขึ้นด้วยเพื่อช่วยในการเผาไหม้ก๊าซและอนุภาคต่าง ๆ ซึ่งถูกขับออกมาจากห้องเผาไหม้แรก เตาเผามูลฝอยแบบนี้สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ แบบ Retort และ In-Line เตาเผาแบบ Retort จะเป็นรูปทรงสี่เหลี่ยม ซึ่งภายในมีช่องแบ่งหลายๆ ช่อง ทำหน้าที่บังคับการไหลของก๊าซจากการเผาไหม้ทั้งหมด 90 องศาทั้งในแนวราบและในแนวตั้งทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนทิศทางการไหลของก๊าซ เขม่าและอนุภาคต่าง ๆ ที่มากับก๊าซร้อน จะร่วงตกลงมาจากก๊าซ ภาพตัดของเตาเผาแบบนี้แสดงในรูปที่ 2.11



รูปที่ 2.11 เตาเผาแบบห้องเผาไหม้หลายห้อง (Multiple Chamber Incinerator/Retort Tupe)  
ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549)

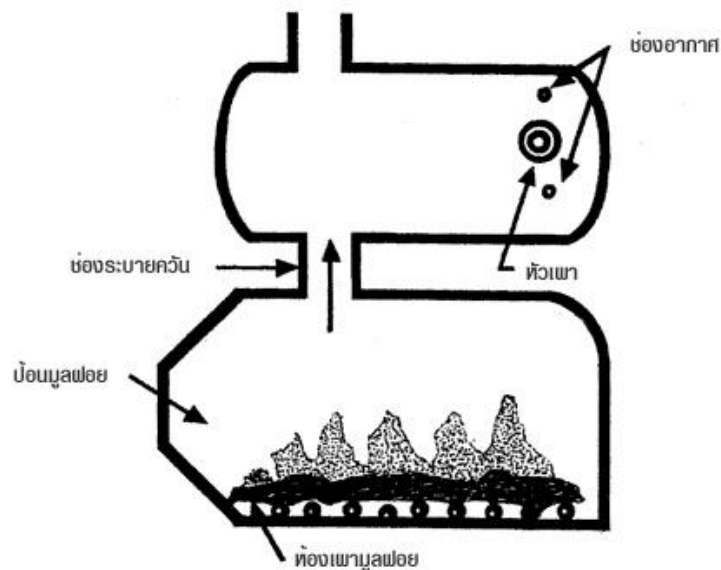
เตาเผาแบบ In-Line จะมีขนาดใหญ่กว่าเตาเผาแบบ Retort การไหลของก๊าซจากการเผาไหม้จะเป็นเส้นตรงในแนวแกนตลอดทั้งเตา โดยจะมีช่องแบ่งเพื่อให้ก๊าซเกิดการหักเหทิศทางดังแสดงในรูปที่ 2.12 มูลฝอยจะวางอยู่บนตะแกรง ซึ่งอาจจะเป็นแบบอยู่กับที่หรือแบบเคลื่อนที่ก็ได้ การเคลื่อนที่ของก๊าซร้อนเมื่อผ่านช่องแบ่งภายในเตาก็จะเป็นเช่นเดียวกับเตาเผาแบบ Retort คือจะมีอนุภาคต่าง ๆ ตกลงมาและยังช่วยให้เกิดการไหลแบบปั่นป่วน (Turbulene Flow) ซึ่งช่วยให้ประสิทธิภาพในการเผาไหม้ดีขึ้น ในห้องเผาไหม้แรกจะมีหัวเผาติดอยู่ ซึ่งทำหน้าที่ในการจุดมูลฝอยให้ติดไฟ ในขณะที่หัวเผาในห้องเผาไหม้ห้องที่สอง ทำหน้าที่ในการรักษาอุณหภูมิภายในห้องเผาไหม้นี้ให้มีค่าคงที่เพื่อใช้ในการเผาไหม้ก๊าซร้อนและอนุภาคต่าง ๆ ที่ยังเผาไหม้ไม่สมบูรณ์



รูปที่ 2.12 เตาเผาแบบเผาไหม้หลายห้อง (Multiple Chamber Incinerator/In-Line Type)  
ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549)

### 2.3.3 เตาเผาแบบใช้อากาศน้อย (Starved Air Incinerator)

ได้มีการปรับปรุงเตาเผาแบบนี้มาจากระบบเตาเผาแบบ Pyrolysis รูปที่ 2.13 ดังรายละเอียดของเตาเผาแบบนี้ ซึ่งจะเป็นได้ว่าห้องเผาไหม้จะถูกแบ่งออกเป็นสองห้อง มูลฝอยจะถูกส่งเข้ามายังห้องเผาไหม้แรกและเป่าอากาศ ซึ่งมีปริมาณต่ำกว่าปริมาณอากาศที่ต้องการทางทฤษฎี มากเข้ามาทางด้านล่างของมูลฝอย อากาศส่วนนี้ทำหน้าที่ให้ความร้อนเพียงพอที่จะทำให้มูลฝอย ติดไฟเท่านั้น อุณหภูมิของห้องเผาไหม้จะอยู่ในช่วง 750-850 องศาเซลเซียส อากาศอีกส่วนหนึ่งจะ ป้อนเข้าไป ในห้องเผาไหม้ที่สองซึ่งอยู่ด้านบน เพื่อให้เกิดการเผาไหม้กับสารระเหิด และสาร แฉวนลอยที่มาจากมูลฝอยในห้องเผาไหม้แรก อุณหภูมิของห้องเผาไหม้จะอยู่ที่ประมาณ 1,200 องศาเซลเซียส และเนื่องจากห้องเผาไหม้ที่มีปริมาตรใหญ่จึงทำให้เวลาที่ก๊าซร้อนอยู่ในห้องเผาไหม้ (Residence time of gas) เพียงพอที่จะทำปฏิกิริยาการเผาไหม้ ทำให้ก๊าซที่ออกจากห้องเผาไหม้ นี้ เป็นก๊าซซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ที่สมบูรณ์ ข้อได้เปรียบของเตาเผาแบบนี้อยู่ที่อากาศปริมาณน้อยที่ ป้อนเข้าห้องเผาไหม้แรก ทำให้เกิดการปั่นป่วนในห้องเผาไหม้น้อย และการเกิดสารระเหิดกับสาร แฉวนลอยจากมูลฝอยน้อยตามไปด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับเตาเผา ซึ่งทำงานด้วยอากาศส่วนมาก (Ritcdh excess air) นอกจากนั้นการที่อากาศที่ใช้ในการเผาไหม้ถูกควบคุมได้จึงทำให้เตาเผาแบบนี้ ง่ายในการควบคุมอุณหภูมิและระยะเวลาในการห้องเผาไหม้ของก๊าซและมูลฝอย



รูปที่ 2.13 เตาเผาแบบใช้อากาศน้อย (Starved Air Incinerator)  
ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549)

#### 2.4 ผลกระทบของมูลฝอยติดเชื้อต่อสุขภาพอนามัย

ผลกระทบจากมูลฝอยติดเชื้ออาจก่อให้เกิดโรคติดเชื่อได้ ดังนี้

1. โรคติดต่อโดยสารคัดหลั่ง ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ โรควัณโรค เป็นต้น ติดต่อจากของเหลว และสารคัดหลั่งจากร่างกายทุกชนิด เช่น เลือด น้ำลาย น้ำอสุจิ น้ำจากกระดูกไขสันหลัง น้ำคร่ำ ปัสสาวะ และเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อ รวมถึงมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด วัสดุอุปกรณ์จากการรักษาพยาบาล และห้องปฏิบัติการ เช่น สายยาง สายสวน และท่อต่าง ๆ ที่ผ่านตัวผู้ป่วย

2. โรคติดต่อโดยระบบทางเดินหายใจ ติดต่อได้จากละอองที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ได้เผาเถ้าจากมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้มีเชื้อแบคทีเรียและไวรัสที่ปะปนมาในอากาศ ตลอดจนเชื้อโรคที่สามารถฟุ้งกระจายในอากาศได้ รวมทั้งเชื้อรา และสปอร์ต่าง ๆ

3. โรคติดต่อโดยระบบทางเดินอาหาร ติดต่อโดยวิธีสัมผัสเชื้อโรค หรือเชื้อโรคมาสัมผัสกับอาหาร น้ำ หรือปนเปื้อนมากับภาชนะที่ใส่อาหาร แล้วมีการกลืนกินอาหาร หรือน้ำนั้นเข้าไป

ผลกระทบจากมูลฝอยติดเชื้อต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทำงานและความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในขณะที่ปฏิบัติงาน บริเวณเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความร้อน (Heat) เนื่องจากการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยการเผาเพื่อให้เกิดการทำให้หมดไป จึงมีอุณหภูมิสูงถึง 760 – 1,000 องศาเซลเซียส และมีระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเผาไหม้ที่

สมบูรณ์ ทำให้อุณหภูมิของสถานที่ทำงานนั้นสูงกว่าปกติ อาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานเป็นลม เนื่องจากความร้อนในร่างกายสูง (Heat Stroke) เป็นอาการที่อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่สมองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

ความปลอดภัยในการทำงาน การทำงานของบุคลากรในการเคลื่อนย้าย เก็บขน และกำจัดมูลฝอย อาจเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณหลัง จากการทำงานในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น การทำงานด้วยท่าเดียวกันเป็นเวลานาน ๆ และการบาดเจ็บจากการสัมผัสวัสดุมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด เศษแก้วแตก เป็นต้น

## 2.5 ผลกระทบของมูลฝอยติดเชื้อต่อสิ่งแวดล้อม

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

ผลกระทบต่ออากาศ อาจเกิดองค์ประกอบของมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นผลมาจากการเผา ได้แก่ ฝุ่น จากการฟุ้งกระจายของสารที่เผาไหม้ไม่ได้ เช่น เกลือต่าง ๆ และซิลิกา หรือเผาไหม้ไม่หมด เช่น ถ่าน คาร์บอนที่เกิดจากปริมาณอากาศในห้องเผาไหม้มากเกินไป โลหะที่มีพิษมาจากปริมาณโลหะที่ปนอยู่ในขณะเผา โลหะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อาร์เซนิก (As) แคดเมียม (Cd) นิกเกิล (Ni) ตะกั่ว (Pb) และสังกะสี (Zn)

ผลกระทบต่อน้ำ เกิดจากเชื้อโรคที่ปนเปื้อนสู่แหล่งน้ำ โดยน้ำชะมูลฝอยติดเชื้อที่กองอยู่บนพื้นดิน หรืออาจเกิดจากขั้นตอนการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อลงในภาชนะที่ไม่เหมาะสมเกิดการรั่วซึม หรือมีการชะล้างบริเวณที่ปนเปื้อนภาชนะขนถ่าย พาหนะเก็บขนที่ปนเปื้อน รวมทั้งการแพร่เชื้อลงสู่แหล่งน้ำ ส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในแหล่งน้ำ เกิดการสะสมของสารพิษในห่วงโซ่อาหารก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

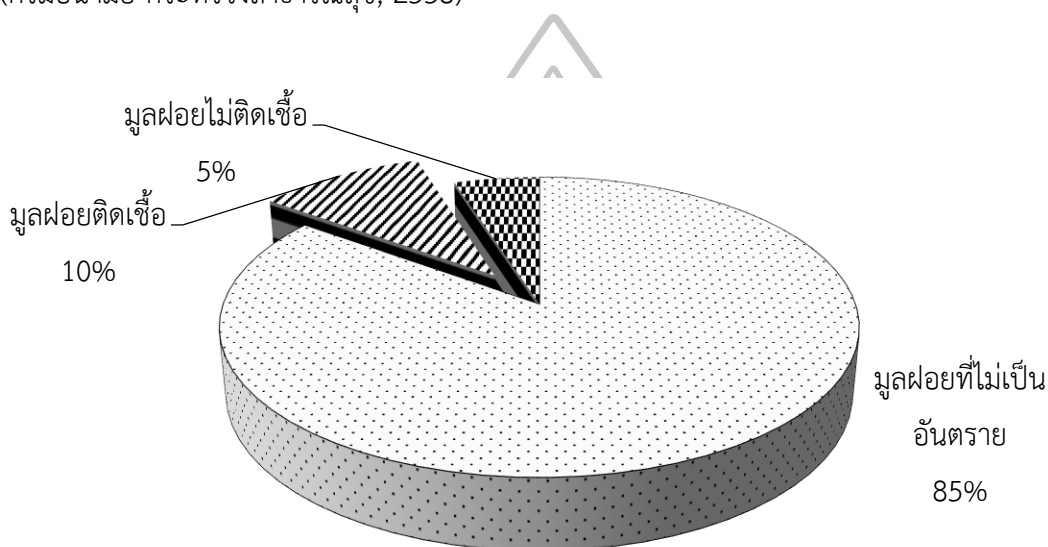
ผลกระทบต่อดิน เกิดจากการนำมูลฝอยติดเชื้อไปฝัง หรือกองเผาบนพื้นดิน นำเข้าไปฝัง หรือน้ำชะล้างสิ่งปนเปื้อนลงดิน

## 2.6 สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาล ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนจำนวนมากกว่า 37,000 แห่ง ซึ่งมีจำนวนเตียงประมาณ 140,000 เตียง สถานพยาบาลดังกล่าวมีการผลิตของเสียทั้งที่เป็นมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก มูลฝอยจากสถานพยาบาลเหล่านี้จัดเป็นของเสียอันตรายเนื่องจากมีทั้งมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถแพร่เชื้อโรคได้ รวมทั้งของเสียที่ปนเปื้อนด้วยกัมมันตรังสี ยาเสื่อมสภาพ สารเคมีอันตราย ของมีคม ซากสัตว์ทดลอง ฯลฯ โดยที่สถานพยาบาล



ส่วนใหญ่ยังไม่มีการจัดการเก็บรวบรวมและกำจัดให้ถูกต้อง มูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลดังกล่าวจึงถูกทิ้งออกสู่สิ่งแวดล้อมปะปนร่วมกับมูลฝอยชุมชนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคซึ่งมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยเฉพาะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเก็บขนหรือผู้ทำงานในสถานที่กำจัด ซึ่งได้เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับอักเสบ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคพยาธิ หรือ แม้แต่การติดเชื้อโรคเอดส์รวมทั้งการเกิดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโรคทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองทั่วไป (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)



รูปที่ 2.14 ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย  
ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ (2558)

จากรูปที่ 2.14 แสดงปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ พบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนประมาณ 23,725 ตัน หรือวันละ 65 ตัน เป็นมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประมาณวันละ 20 ตัน ที่เหลือเกิดขึ้นในสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาคอีกประมาณ 45 ตัน อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.54 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมากกว่าคาดว่าจะมีอัตราเพิ่มขึ้นปีละประมาณร้อยละ 5.5

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ เฉพาะที่เกิดจากโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีปริมาณวันละ 5,408 กิโลกรัมต่อวัน มีอัตราเกิดมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.60 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในเขตร้อยละ 77.7 ใช้วิธีการจ้างบริษัทเอกชนเก็บขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ จาก 6 บริษัท ได้แก่ หจก. ส.เรืองโรจน์สระบุรี หจก. ไทยเอ็นไวรอนเมนท์ซิสเท็มส์

บริษัท เทรน อินเตอร์เทรต จำกัด หจก. พีระพัฒน์ครีน หจก.พี อี คอมบายน์ ปทุมธานีและบริษัท Morrow (ชลทิศ, 2558) เนื่องจากสภาพเตาเผาของโรงพยาบาลบางแห่งชำรุด ราคาน้ำมันเพิ่มสูงขึ้น การต้องใช้ผู้ดูแลระบบเตาเผาที่มีความรู้และทักษะเฉพาะ การร้องเรียนจากประชาชน การควบคุมและตรวจวัดอากาศเสียจากปล่องควัน ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพแวดล้อม ซึ่งปัจจุบันพบปัญหาในด้านการกำกับติดตามการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และมาตรการควบคุมคุณภาพของบริษัทเอกชนที่รับกำจัด โดยมีโรงพยาบาลร้อยละ 12.5 ที่มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง โรงพยาบาล 7 แห่ง ที่ยังคงกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผา ได้แก่ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลสวนผึ้ง โรงพยาบาลไทรโยค โรงพยาบาลท่ากระดาน โรงพยาบาลทับสะแก โรงพยาบาลบางสะพาน โรงพยาบาลบางสะพานน้อย ซึ่งพบว่ามี 3 แห่งที่มีการชำรุดบ้าง แต่สามารถซ่อมแซมใช้งานได้ (ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2558)

ตารางที่ 2.1 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เขตบริการสุขภาพเขตที่ 5

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธี (แห่ง)				
	กำจัดเอง	ฝากกำจัด	ส่งท้องถิ่น	จ้างเอกชน	รวม
ราชบุรี	3	1	0	8	12
กาญจนบุรี	3	1	1	11	16
สุพรรณบุรี	0	0	2	8	10
นครปฐม	0	0	0	8	8
สมุทรสาคร	0	0	0	6	6
สมุทรสงคราม	0	0	0	3	3
เพชรบุรี	0	1	0	8	9
ประจวบคีรีขันธ์	3	1	0	4	8
รวม	9	4	3	56	72
ร้อยละ	12.50	5.56	4.17	77.78	100

ที่มา: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี (2558)

มูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลและคลินิกในจังหวัดราชบุรี มีปริมาณทั้งหมด 627.68 ตันต่อปี คือ โรงพยาบาลของรัฐ (12 แห่ง) จำนวน 498.66 ตันต่อปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (162 แห่ง) จำนวน 53.22 ตันต่อปี โรงพยาบาลเอกชน (6 แห่ง) จำนวน 62.31 ตันต่อปี และคลินิกเอกชน (250 แห่ง) จำนวน 13.49 ตันต่อปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2558) โดยมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกหลักมาตรฐานตามกฎหมายกระทรวง พ.ศ. 2545 ว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

โรงพยาบาลของรัฐมีการจัดการและกำจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องตามกฎหมาย ร้อยละ 83.33 โดยจ้างบริษัทเอกชน 2 แห่ง นำไปกำจัด (บริษัทไทยเอ็นไวรอนเมนท์ ซิสเต็มส์ นำไปกำจัดที่ซอยสุขสวัสดิ์ 78 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ และห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.เรืองโรจน์สระบุรีนำไปกำจัดที่นิคมบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา) และบางแห่งกำจัดในเตาเผาของโรงพยาบาลส่วนโรงพยาบาลเอกชน และคลินิก มีการกำจัดโดยส่งไปกำจัดที่โรงพยาบาลของรัฐ เอกชน และเทศบาล

#### 2.6.1 สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของอำเภอจอมบึง

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับที่ตั้ง อาณาเขต เขตการปกครอง ประชากร การศึกษา สาธารณสุข ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และทรัพยากรธรรมชาติของอำเภอจอมบึงนั้น ประกอบด้วย

##### 1. ประวัติความเป็นมาของอำเภอจอมบึง

อำเภอจอมบึงมีอายุครบรอบ 118 ปี เมื่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งจากประวัติที่ผ่านมา ในวันที่ 19-22 ธันวาคม พ.ศ. 2438 เป็นเวลาที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จประพาสถ้ำจอมพล เมื่อ พ.ศ. 2438 (ร.ศ.114) ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งเป็นกิ่งอำเภอจอมบึง โดยวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2438 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงม้าพระที่นั่ง เสร็จพระราชดำเนิน จากค่ายหลวงถึงที่ประทับร้อนปากช่องทุ่งพิราบเสด็จประทับเสวยเช้า เวลาเช้า 4 โมงเสด็จจากที่ประทับร้อนถึงค่ายหลวงที่ประทับแรมตำบลจอมบึง (บริเวณที่ว่าการอำเภอจอมบึงและสถานีตำรวจภูธรอำเภอจอมบึงในปัจจุบัน) ในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2438 เสด็จพระราชดำเนินที่พักพระสงฆ์ และเขากลางเมืองประทับเสวยเช้าที่เชิงเขาและทรงพระราชดำเนินลงประพาสในถ้ำบนเขากลางเมืองนั้น ทรงพระราชดำริที่จะให้มีเครื่องหมายระลึกถึงการเสด็จพระราชดำเนิน จึงทรงพระอักษรไว้ที่ปากน้ำ คือ จปร 114 พระราชทานนามถ้ำว่าถ้ำจอมพลโปรดเกล้าฯ ให้ช่างสลักศิลาตามอักษร วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2438 เวลาบ่าย 4 โมง เสร็จทรงม้าพระที่นั่ง ไปทอดพระเนตรบึงทรงพระราชดำรัสว่า “นี่หรือบึง สวยงามดี ต่อไปจะเจริญ ต่อไปให้เรียกว่า จอมบึง” และวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2438 ทรงม้าพระที่นั่งเสด็จพระราชดำเนินกลับ และจากการสำรวจค้นคว้าทาง โบราณคดี ได้พบหลักฐานเครื่องมือเครื่องใช้ของคนสมัยก่อนประวัติศาสตร์ที่กำหนดอายุได้ไม่น้อยกว่า 4,000 ปี กระจายอยู่โดยรอบทุ่งจอมบึง เริ่มต้นด้วยคนสมัยหินใหม่ตอนต้น พบขวานหินกะเทาะที่บ้านหนองบัว วังมะเดื่อ วัดจอมบึง หนองบ้านเก่า บ้านเกาะนอกและบ้านปากบึง ตำบลจอมบึง นอกจากนี้ที่เนินขี้หนูหนองค่า ริมทุ่งบึงมีร่องรอยขวานหินกะเทาะ ขวานหินขัด ของผู้คนสมัยหินจนถึงสมัยโลหะตอนปลาย จนได้รับเอาวัฒนธรรมจากคูบัวและเขาสูง พัฒนาขึ้นเป็นชุมชนสมัยทวารวดี เมื่อประมาณพุทธศวรรษที่ 13 - 14

อำเภอจอมบึงจึงเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ ต้นประวัติศาสตร์ ทวารวดีจนถึงสมัยรัชกาลที่ 5 ต่อมา ฯพณฯ จอมพลผินชุนหวัณ อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เปิดป้ายกิ่งอำเภอจอมบึง เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2497 ตั้งแต่นั้น

## 2. สภาพทั่วไป

2.1 ที่ตั้ง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดราชบุรี ระยะห่างจากจังหวัดราชบุรี ประมาณ 23 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 78.72 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 49,202.41 ไร่

### 2.2 อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอด่านมะขามเตี้ยและอำเภอนาทม

จังหวัดกาญจนบุรี

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอปากท่อและอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอโพธารามและอำเภอเมือง

จังหวัดราชบุรี

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

### 2.3 ภูมิประเทศ

มีพื้นที่เป็นที่ลุ่มทางตอนกลางของอำเภอ ส่วนบริเวณรอบนอกเป็นที่ราบสูงสลับเนินเขา ในฤดูฝนน้ำจะหลากมารวมกันบริเวณแม่น้ำลำภาชีซึ่งอยู่ตอนกลางของอำเภอ ทำให้บริเวณพื้นที่ตอนกลางของตำบลเหมาะแก่การทำนา ส่วนบริเวณรอบนอกเหมาะแก่การปลูกพืชไร่

### 2.4 จำนวนหมู่บ้าน

อำเภอจอมบึงมีทั้งหมด 6 ตำบล 89 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง และ เทศบาล 2 แห่ง

## 3. สภาพเศรษฐกิจ

ประชากรในอำเภอจอมบึงมีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก พื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอจอมบึง เป็นพื้นที่เกษตรกรรมประมาณ 360,779 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 76.44 ของพื้นที่ทั้งหมด พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ อ้อยและมันสำปะหลัง ปศุสัตว์มีฟาร์มไก่ขนาดใหญ่ 3 แห่ง ฟาร์มไก่รายย่อย 90 แห่ง ฟาร์มสุกรขนาดใหญ่ (มากกว่า 5,000 ตัว) 14 แห่ง ฟาร์มสุกรรายย่อยประมาณ 80 แห่ง ฟาร์มผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาล 8 ฟาร์ม คิดเป็น ร้อยละ 4.5 ส่วนอาชีพรองคืออาชีพรับจ้างในภาคเกษตรกรรม และค้าขาย การเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่ายและทำรายได้มาสู่อำเภอมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ เลี้ยงไก่ อันดับสอง คือ สุกร

## 4. ประชากร

มีประชากรทั้งสิ้น 61,627 คน โดยเป็นเพศชาย 30,321 คน คิดเป็นร้อยละ 49 เพศหญิง 31,306 คน คิดเป็นร้อยละ 51 ความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ยต่อพื้นที่ประมาณ 126 คนต่อตารางกิโลเมตร รายละเอียดตามตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 จำนวนประชากรแยกรายกลุ่มอายุ

อายุ	ชาย		หญิง		รวมทั้งหมด	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
0-4	2066	3.35	1972	3.20	4038	6.55
5-9	1985	3.22	1973	3.20	3958	6.42
10-14	2060	3.34	1961	3.18	4021	6.52
15-19	2389	3.88	2240	3.63	4629	7.51
20-24	2239	3.63	2206	3.58	4445	7.21
25-29	2255	3.66	2319	3.76	4574	7.42
30-34	2448	3.97	2404	3.90	4852	7.87
35-39	2582	4.19	2608	4.23	5190	8.42
40-44	2550	4.14	2668	4.33	5218	8.47
45-49	2343	3.80	2545	4.13	4888	7.93
50-54	2038	3.31	2204	3.58	4242	6.88
55-59	1633	2.65	1883	3.06	3516	5.71
60-64	1344	2.18	1448	2.35	2792	4.53
65-69	851	1.38	946	1.54	1797	2.92
70-74	626	1.02	712	1.16	1338	2.17
75-79	483	0.78	579	0.94	1062	1.72
80-84	284	0.46	364	0.59	648	1.05
85+	145	0.24	274	0.44	419	0.68
รวม	30321	49	31306	51	61627	100.00

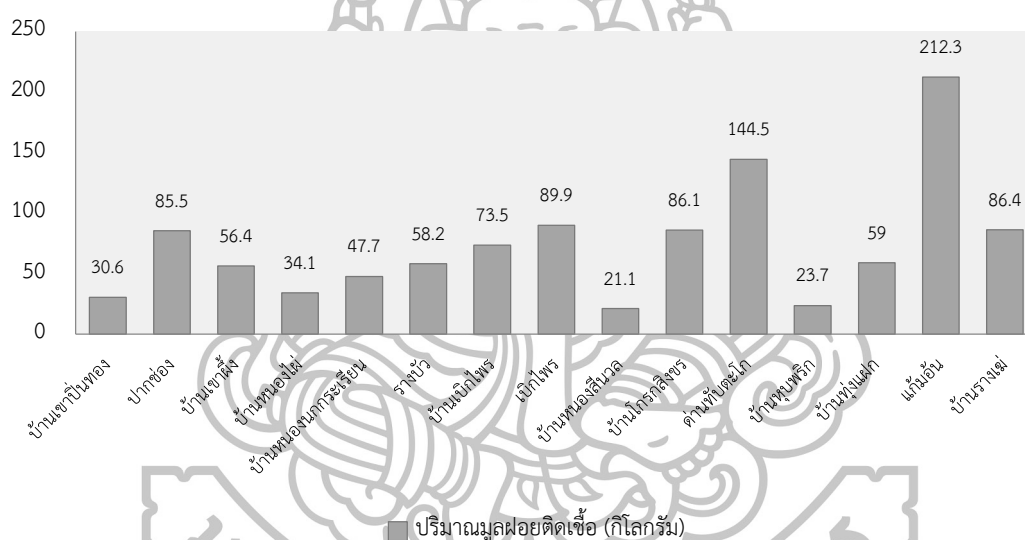
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง (2558)

## 5. ด้านสังคม

ด้านการศึกษามีสถานศึกษาของรัฐรวม 44 แห่ง ดังนี้ ระดับอุดมศึกษาจำนวน 2 แห่ง ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 2 แห่ง ระดับประถมศึกษาจำนวน 40 แห่ง และมีศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จำนวน 1 แห่ง ด้านการรักษาความสงบเรียบร้อยมีสถานีตำรวจภูธรอำเภอและตำบลจำนวน 2 แห่ง

## 6. ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

แหล่งที่มาของมูลฝอยติดเชื้อในอำเภोजอมบึงส่วนใหญ่มาจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 15 แห่ง โดยมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังรูปที่ 2.15



รูปที่ 2.15 การเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2558

ที่มา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง (2558)

จากกราฟข้างต้นแสดงปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภोजอมบึง ทั้ง 15 แห่ง ในปี พ.ศ. 2558 เป็นการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่เดือน มกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยปริมาณมูลฝอยแต่ละแห่งจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปริมาณผู้มารับบริการในสถานพยาบาลนั้น ๆ และประชากรในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ ที่มีปริมาณต่างกัน ซึ่งปริมาณมูลฝอยติดเชื้อรวมทั้งหมด 1,109 กิโลกรัม (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง, 2558)

## 2.6.2 หลักเกณฑ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

### 1. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยอันตราย ณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ตามชนิดและประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่

1.1 วัสดุมีคม จำพวกเข็มฉีดยา มีด วัสดุทางการแพทย์ เป็นต้น

1.2 วัสดุไม่มีคม ประเภทวัสดุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง ซากชิ้นส่วนของ

มนุษย์

การคัดแยกเก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคมใช้ภาชนะบรรจุต่างหากแยกออกจากกันอย่างถูกต้อง และไม่ปะปนกัน

### 2. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ

การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีดโกน มีด ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อจะต้องมีความคงทน ทนทานต่อการทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวกไม่เป็นอันตรายต่อผู้ที่เก็บรวบรวม การบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมในกล่องหรือขวดที่มีการบรรจุไม่เต็ม โดยบรรจุประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง เพื่อให้ปิดฝาภาชนะและป้องกันการหกหล่น หรือแทงทะลุ ขณะปิดฝาภาชนะ

การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม เช่น สำลี ผ้าก๊อช ผ้าต่าง ๆ และท่อยาง เป็นต้น รวบรวมไว้ในถุงพลาสติกที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำ ไม่รั่วซึม บรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคมปริมาณไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงให้แน่นเพื่อป้องกันการรั่วไหล

### 3. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อผู้ที่เคลื่อนย้ายจะต้องสวมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ หรือผ้าปิดปาก เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายต่อผู้ที่เคลื่อนย้ายและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อจะต้องทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่าย ไม่มีแฉกมุมอันจะเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค และสามารถทำความสะอาดด้วยน้ำได้ และมีฝาปิดมิดชิดเพื่อป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคเข้าไปได้

### 4. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อสำหรับประชาชนทั่วไป

4.1 ห้ามถ่าย เท ทิ้งมูลฝอยในที่หรือทางสาธารณะ

4.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้มีที่รองรับมูลฝอยในที่หรือทางสาธารณะ และที่เอกชน

4.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดวิธีการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยให้  
เจ้าของบ้านหรือผู้ครอบครองอาคารสถานที่ปฏิบัติทราบ

4.4 กำหนดการอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อให้ถูกต้องตามสัญลักษณ์

ซึ่งในบริบทของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรีนั้น ผู้ที่อยู่นอกเขตการ  
ปกครองของส่วนเทศบาลตำบล จะไม่มีที่รองรับมูลฝอยและมีการเก็บขนมูลฝอยจากองค์การปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น จากการศึกษาที่ประชาชนจะดำเนินการกำจัดมูลฝอยด้วยตนเอง เช่น การเผา การฝัง  
กลบ เป็นต้น เพื่อการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อที่ถูกต้องควรส่งให้สถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาล หรือ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำไปกำจัด

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กุหลาบ (2543) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ และปัญหาอุปสรรค  
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า  
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื่อในระดับสูง และระดับปานกลางคิด  
เป็นร้อยละ 56.3 และ 42.1 ตามลำดับ มีปัญหาอุปสรรคการจัดการมูลฝอยติดเชื่อมากที่สุดในเรื่อง  
งบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ คิดเป็นร้อยละ 73.40 และส่วนที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง  
ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องมูลฝอยติดเชื่อที่ต่างกันมีผลทำให้  
พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อที่ต่างกัน

จอมจันทร์ (2555) ได้ทำการศึกษาผลการสำรวจความรู้ และปฏิบัติการจัดการมูลฝอย  
ติดเชื่อ และ รวบรวมแนวทางแก้ไขปัญหาในสถานพยาบาลภาครัฐของนิสิตสาธารณสุขต่อเนื่อง ชั้นปี  
ที่ 4 มหาวิทยาลัยพะเยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุทำงาน 1-3 ปี และมีความรู้  
เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื่อในสถานพยาบาลภาครัฐยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่วนด้านการปฏิบัติ  
ตามเกณฑ์มาตรฐานในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในสถานพยาบาล พบว่า ขั้นตอนการคัดแยก  
รวบรวม จัดเก็บ การเก็บขน และการบำบัด กำจัดมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องร้อยละ 68.9 73.3 64.4  
และ 66.7 ตามลำดับ แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมนอกเหนือจากการของบประมาณสนับสนุน  
เพิ่มเติมควรสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในทุกขั้นตอนของการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ

วัชรารักษ์ (2549) ทำการศึกษาระบบการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อที่เหมาะสมสำหรับ  
โรงพยาบาลตัวอย่างเพื่อหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้จัดการมูลฝอยติดเชื่อทำการศึกษา 2  
ทางเลือก คือ การติดตั้งเตาเผามูลฝอยติดเชื่อต้นแบบ และการจ้างเหมาบริษัทเอกชนกำจัด ทำการ  
ประเมินด้วยการวัดผลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมเชิงเส้นตรงร่วมกับทฤษฎีการวิเคราะห์เชิงลำดับชั้น  
ผลพบว่าระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื่อที่สมควรเลือก ได้แก่ การติดตั้งเตาเผามูลฝอยติดเชื่อต้นแบบ เพื่อ  
ดำเนินการกำจัดเอง ซึ่งกำหนดสภาวะการปฏิบัติที่เหมาะสมโดยควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผา



ทำลายคือ ที่อุณหภูมิห้องเผาไหม้ที่ 1 เท่ากับ 620 – 650 องศาเซลเซียส ป้อนมูลฝอยติดเชื้อที่ 5.5 – 6 กิโลกรัม ทุก 6 นาที มีค่าใช้จ่าย 36,994.50 บาทต่อเดือน ซึ่งต่ำกว่าทางเลือกที่ 2 ที่มีค่าใช้จ่าย 39,211.00 บาทต่อเดือน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจในการเลือกกำจัดมูลฝอยติดเชื้อภายใต้การตัดสินใจบนเกณฑ์การวัดค่าเชิงปริมาณและเกณฑ์ที่เป็นนามธรรม

นิรมล (2542) ได้ทำการศึกษาการทิ้ง การเก็บรวบรวม การกำจัดมูลฝอยของครัวเรือน และการจัดการมูลฝอยของสุขาภิบาลของตำบลคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนที่เป็นสมาชิกของครัวเรือนนั้นที่อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 230 คน ผลการศึกษาพบว่า การเกิดมูลฝอยในครัวเรือนส่วนใหญ่เกิดจากการประกอบอาหารในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 83.4 ลักษณะมูลฝอยเป็นพวกถุงพลาสติก ร้อยละ 6.5 พฤติกรรมการทิ้งมูลฝอยพบว่า มีการทิ้งลงในถังมูลฝอยคิดเป็นร้อยละ 58.3 โดยไม่มีการแยกมูลฝอยก่อนทิ้งสำหรับการกำจัดนั้นไม่มีวิธีกำจัดโดยการนำไปทิ้งในถังมูลฝอยสาธารณะเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 54.3 ความสำคัญด้านประชากรพบว่า อายุ เพศ ไม่มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการทิ้ง การเก็บรวบรวม และการกำจัดมูลฝอย ( $p$ -value = 0.06 และ  $p$ -value = 0.4 ตามลำดับ) การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ทั้งการเก็บรวบรวมและการกำจัดมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.006) และความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทิ้ง การเก็บรวบรวม และการกำจัดมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.005)

เนตรนภา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ตำบลทุ่งต้อม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 361 คน โดยทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 31-45 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท พบว่า มีพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทนำกลับมาใช้ใหม่ได้และประเภทเผาไหม้ได้ ใช้วิธีการเผา ประเภทเหมาะทำปุ๋ยใช้วิธีนำไปเลี้ยงสัตว์ ประเภทเผาไหม้ไม่ได้ใช้วิธีนำไปขาย ประเภทอันตรายใช้วิธีการฝังกลบ และจากการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยแต่ละประเภทพบว่าส่วนใหญ่ เพศ ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อส่วนอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

พชรวรรณ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนในชนบทจังหวัดนครนายก โดยใช้แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 285 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนในชนบทจังหวัดนครนายกอยู่ในระดับที่ “ควรปรับปรุง” ความรับผิดชอบในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับ “มาก” การ

เปรียบเทียบพฤติกรรมในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและความรับผิดชอบในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อกับตัวแปรพบว่า มีความสัมพันธ์กับเพศ สถานภาพของครอบครัวระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยรวมของทุกคนในครอบครัว อาชีพหลักของครอบครัว และได้เปรียบเทียบเป็นรายคู่ของแต่ละกลุ่มนั้นพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดีกว่าเพศชาย แม่บ้านและสมาชิกในครัวเรือนดีกว่าหัวหน้าครอบครัว ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมต้นขึ้นไปมีพฤติกรรม และความรับผิดชอบดีกว่าสมาชิกที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาต่ำกว่า รายได้เฉลี่ยรวมของทุกคนในครอบครัวรายได้น้อยดีกว่ารายได้สูงอาชีพเกษตรกรรมจะดีกว่าอาชีพค้าขายและรับจ้าง ความคิดเห็นในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจะอยู่ในระดับ “ปานกลาง” ดังนั้นในระดับจังหวัด ต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชนบท มีการบริหารจัดการและกำจัดมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธีรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการรณรงค์ทุกรูปแบบเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจปัญหามูลฝอยติดเชื้อให้ประชาชนมีความร่วมมือและรับผิดชอบต่อครัวเรือน ชุมชน และสังคม ตลอดจนให้ความสำคัญในการลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและแยกมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัดก่อนที่ธรรมชาติจะรองรับปัญหาได้

สินีนาด (2548) ศึกษาพฤติกรรมและเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนบนพื้นที่สูง ตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา กลุ่มชาติพันธุ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ และการจัดการ โดยครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อก่อนทิ้ง และการนำไปใช้ประโยชน์และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือแม่บ้านที่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 9 หมู่บ้าน 191 ครัวเรือน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling) พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ขั้นตอน และผลการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประชาชน พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดีกว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า กลุ่มคนเมืองมีพฤติกรรมเก็บรวบรวมและคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนทิ้งและการนำไปใช้ประโยชน์ดีกว่ากลุ่มชาวไทยภูเขา และประชาชนที่มีการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อมากมีพฤติกรรมกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อ น้อย

จันทร์จิฬา และคณะ (2549) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยการสุ่มตัวอย่างประชากรจำนวน 30,832 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 381 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับดีมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับน้อย และการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี

2. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้านการลดการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ การนำกลับมาใช้ใหม่ และการคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับพอใช้

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการลดการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ และการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ คือ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยรวมและด้านอื่น ๆ

ตมาลีสา และเกศสิริ (2549) ศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 22 ชุมชน ของเขตดินแดงทำการเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งเป็นประเภทชุมชนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก และสุ่มโดยบังเอิญผลการศึกษา พบว่า ประชาชนในเขตดินแดงมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระดับดี มีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง การเปรียบเทียบพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อตามตัวแปรอิสระ พบว่าประชาชนในเขตดินแดงที่มีเพศและอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ไม่ต่างกัน ประชาชนในเขตดินแดงที่มีอาชีพขนาดครัวเรือน และความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนในเขตดินแดงที่มีการศึกษารายได้ต่อเดือน ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พรพิมล (2550) ได้ทำศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน ชุมชนข้างเคียงจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อโดยการจัดการจากแหล่งผลิตโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นครัวเรือนในชุมชนข้างเคียง จำนวน 200 ครัวเรือน ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการเก็บข้อมูลเบื้องต้นใช้วิธีการเก็บข้อมูลทางเอกสารและการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม (Questionnaires) ผลการศึกษาพบว่าชุมชนข้างเคียง จำนวน สามในสี่คิดว่าตนเองมีความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อภายในครัวเรือนเกินกว่าสามในห้าแม่บ้านเป็นผู้ทำหน้าที่เก็บใส่ถุงแล้วนำไปทิ้งนอกบ้าน และมูลฝอยติดเชื้อที่นำไปทิ้งเหล่านั้นจำนวนกว่าครึ่งไม่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อแต่อย่างใด ขณะเดียวกันเมื่อสำรวจความคิดเห็น พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนเกินกว่าครึ่งเห็นว่ามูลฝอยติดเชื้อทำให้เกิดปัญหาด้าน

สิ่งแวดล้อมและทุกคนควรร่วมรับผิดชอบแต่ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างก็ยังคงคิดว่าหน่วยงานของรัฐต้องเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจัดการ แต่ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ในการให้ความรู้การจัดทำแผนชุมชน การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และการสร้างเครือข่ายร่วมกับชุมชนอื่น ๆ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรม และชุมชนยังเกิดการตื่นตัวในปัญหาที่เกิดจากมลพิษยติติเชื้อ เกิดการปฏิสัมพันธ์ในระหว่างกลุ่มภายในชุมชนมากขึ้น

นิภา (2550) ศึกษาพฤติกรรมจัดการมลพิษยติติเชื้อในครัวเรือนของประชาชน เขตเทศบาล ตำบลหนองคล้า อำเภอนาทม จังหวัดนันทบุรี โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่อยู่ในชุมชนบ้านหนองคล้า จำนวน 122 ครัวเรือน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยร่วมเป็นสมาชิกองค์กรใด ๆ ในชุมชน ร้อยละ 64.75 ครัวเรือน ความพอเพียงของรายได้ในครัวเรือน พบว่า มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 49.18 และลักษณะของชุมชนที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนในตลาด ร้อยละ 62.30 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าในครัวเรือนที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นสมาชิกองค์กรชุมชน มีพฤติกรรมจัดการมลพิษยติติเชื้อดีกว่าครัวเรือนที่ไม่เป็นสมาชิกองค์กรชุมชนนั้น ผลการทดสอบไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.1 ความพอเพียงของรายได้ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมจัดการมลพิษยติติเชื้อที่แตกต่างกัน โดยผลการทดสอบไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.41 และครัวเรือนที่อยู่ในชุมชนที่มีลักษณะแตกต่างกันมีพฤติกรรมจัดการมลพิษยติติเชื้อที่แตกต่างกัน โดยผลการทดสอบไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.95

Mbeng (2009) ศึกษาการประเมินทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการบริหารจัดการของเสียภายในครัวเรือน เมืองคูอาลา ประเทศแคเมอรูน มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการของเสียภายในครัวเรือน จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกันของเมืองคูอาลา ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ มีจุดมุ่งหมาย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 22-64 ปี เป็น ชาย 18 คน และเป็นหญิง 12 คน ในการเก็บข้อมูลเบื้องต้นใช้วิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ผลการศึกษา พบว่า การบริหารจัดการของเสียภายในครัวเรือนของประชากรในเมืองคูอาลา ประเทศแคเมอรูน ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจ มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น มีการเพิ่มขึ้นของการนำของเสียภายในครัวเรือนมารีไซเคิลใช้ซ้ำ

Wahid (2007) ได้ศึกษาการประเมินการจัดการมลพิษยติติเชื้อและการนำไปรีไซเคิลของครัวเรือนที่มีฐานะยากจนในเมืองเป็นที่อยู่อาศัย ที่เกิดจากการบุกรุกหักล้างพื้นที่ป่าและพื้นที่ราบต้นทุ่นต่ำของเมืองกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การศึกษางานเทคนิคทาง

สถิติบางอย่างเช่น t-tests ของจำนวนเฉลี่ยของวิธีการหนึ่ง ในการวิเคราะห์ทางความแปรปรวน Chisquared “การทดสอบอัตราโอกาส” และสถิติอธิบายง่าย ๆ เทคนิค ทางสถิตินำมาใช้ในการตรวจสอบและวิเคราะห์ปัจจัย ที่มีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของเมืองที่ไม่ดีเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะการนำกลับมาหมุนเวียนใช้ใหม่ของพวกเขาผลการศึกษา พบว่าเมืองที่ยากจนและชุมชนที่มีรายได้ต่ำ ได้ปรากฏพฤติกรรมในลักษณะที่สอดคล้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและรักษาสิ่งแวดล้อม การศึกษานี้มีหลักฐานว่าเมืองที่ยากจนและชุมชนที่มีรายได้ต่ำ เป็นแหล่งของคนที่น่ามูลฝอยติดเชื้อกลับมาใช้ใหม่ และเป็นแหล่งที่มาของคนที่จะช่วยลดมูลฝอยติดเชื้อของครัวเรือน แต่การศึกษาเห็นว่า นโยบายที่ควรจะมี คือ มุ่งเน้น ส่งเสริม ความรู้ การศึกษาและทักษะของเมืองที่ยากจนและนอกจากนี้ เพื่อให้อำนาจพวกเขาในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

#### 3.1 วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนที่มีผู้อยู่อาศัยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอินซูลินในพื้นที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

##### 3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ในครั้งนี้เป็นผู้อยู่อาศัยในบ้านเรือนที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอินซูลิน (ตารางที่ 3.1) มีจำนวนทั้งหมด 257 คน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก.) ในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ของกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้ป่วยในอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่ทำการศึกษารั้งนี้

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (คน)
ผู้ป่วยติดเตียง	50
ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง	5
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอินซูลิน	202
รวม	257

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง (2558)

##### 3.1.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้อยู่อาศัยในบ้านเรือนที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอินซูลินในพื้นที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยทำการศึกษาดังนี้วิธีการสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน สัมภาษณ์ตัวแทนผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ตามตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ที่ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 (มารยาท และปราณี, 2554) (ตารางที่ 3.2) จากประชากรทั้งหมด 257 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 155 คน

ตารางที่ 3.2 กลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน

ขนาดประชากร	ขนาดตัวอย่าง	ขนาดประชากร	ขนาดตัวอย่าง	ขนาดประชากร	ขนาดตัวอย่าง	ขนาดประชากร	ขนาดตัวอย่าง	ขนาดประชากร	ขนาดตัวอย่าง
10	10	100	80	280	162	800	260	2,800	338
15	14	110	86	290	165	850	265	3,000	341
20	19	120	92	300	169	900	269	3,500	346
25	24	130	97	320	175	950	274	4,000	351
30	28	140	103	340	181	1,000	278	4,500	354
35	32	150	108	360	186	1,100	285	5,000	357
40	36	160	113	380	191	1,200	291	6,000	361
45	40	170	118	400	196	1,300	297	7,000	364
50	44	180	123	420	201	1,400	302	8,000	367
55	48	190	127	440	205	1,500	306	9,000	368
60	52	200	132	460	210	1,600	310	10,000	370
65	56	210	136	480	214	1,700	313	15,000	375
70	59	220	140	500	217	1,800	317	20,000	377
75	63	230	144	550	226	1,900	320	30,000	379
80	66	240	148	600	234	2,000	322	40,000	380
85	70	250	152	650	242	2,200	327	50,000	381
90	73	260*	155*	700	248	2,400	331	75,000	382
95	76	270	159	750	254	2,600	335	100,000	384

หมายเหตุ: \* หมายถึง ขนาดกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ที่มา: อีรูตตี (2543)

### 3.1.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมาทำการศึกษามีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน ที่ได้ตามตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน นั้น มาคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอินซูลิน โดยใช้ข้อมูลประชากร (ตารางที่ 3.1) มีวิธีการคำนวณหาสัดส่วนดังนี้

การหาสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง คือ  $(155/257) \times 50 = 30$  คน

การหาสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง คือ  $(155/257) \times 5 = 3$  คน

การหาสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน คือ  $(155/257) \times 202 = 122$  คน

เมื่อคำนวณสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภทแล้วจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อไปสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เรื่องพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3.3)

ขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้จำนวนตัวอย่างตามกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม (ตารางที่ 3.3) แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง ปี พ.ศ. 2558 มาเขียนใส่กระดาษแล้วพับลงในกล่อง 3 กล่องแบ่งตามประเภทของผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการสุ่มโดยจับฉลากตามจำนวนสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มจนครบ 155 คน

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มตามจำนวน 155 คน มาแล้วนั้น ทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน (ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 3.3 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ผู้ป่วยติดเตียง	50	30
ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง	5	3
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอินซูลิน	202	122
รวม	257	155

### 3.1.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. สํารวจกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสํารวจกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม โดยสํารวจข้อมูลที่อยู่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 15 แห่ง ของอำเภอจอมบึง พร้อมทั้งประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขอความร่วมมือพาไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ บ้านที่จะทำการสํารวจ รายละเอียดการสํารวจ การเก็บข้อมูลและนัดวันเวลาในการเก็บข้อมูล และประสานงานขอ



ข้อมูลการนัดรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของกลุ่มผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง เพื่อทำการเก็บแบบสัมภาษณ์ต่อไป

## 2. การดำเนินเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยนำแบบสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก) สัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ของผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอินซูลิน ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ คำชี้แจงการทำแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ของแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับและจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่ปรากฏชื่อของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในรายงานการศึกษา ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ความชัดเจน และความครบถ้วนของข้อมูล ถ้าหากได้ข้อมูลไม่ครบผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมทันทีก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติเพื่อสรุปและรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับต่อไป

## 3.2 แบบสัมภาษณ์และการแปลผล

### 3.2.1 แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ มี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

### 3.2.2 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นส่วนของแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ส่วนข้อมูลทั่วไป ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนทักษะการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และส่วนพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ตามคำแนะนำ และมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพอีกครั้งเพื่อให้ได้เนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

1. อาจารย์ที่ปรึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 1 ท่าน
2. สาธารณสุขอำเภอจอมบึง 1 ท่าน
3. พยาบาลวิชาชีพ ด้านควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) จำนวน 1 ท่าน

หลังจากที่ได้รับข้อคิดเห็นและคำแนะนำแล้ว ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและมีความถูกต้องตามเนื้อหาแล้วการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบจากความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่ฉีดอินซูลิน ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) (บุญธรรม, 2549) เพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.80 (วีชรารัตน์, 2549)

### 3.2.3 การแปลผล

1. การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือน มีจำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูกต้อง ให้คะแนนเท่ากับ 1

ตอบผิด ให้คะแนนเท่ากับ 0

#### เกณฑ์การแปลผล

นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับสูง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิง นำคะแนนสูงสุดตามจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 เรื่องความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ จำนวน 15 ข้อ ลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารจำนวนขั้นของการแบ่งช่วงคะแนน ตามรายละเอียดดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{15-0}{3} \end{aligned}$$

$$\text{ความกว้างอันตรภาคชั้น} = 5.00$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลผลคะแนนแบ่งระดับความรู้ได้ 3 ระดับ ดังนี้  
ช่วงคะแนน 0.00 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื่อระดับต่ำ  
ช่วงคะแนน 6.00 – 10.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื่อระดับปานกลาง  
ช่วงคะแนน 11.00 – 15.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื่อระดับสูง

2. การแปลผลข้อมูลทัศนคติที่มีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อโดยวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ โดยมีทั้งคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อความในประโยคเห็นตรงกับ ความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อความในประโยคเห็นตรงกับ ความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อความในประโยคเห็นตรงกับ ความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบน้อย

#### เกณฑ์การให้คะแนน

##### ข้อความเชิงบวก

เห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 3

ไม่แน่ใจ ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 1

##### ข้อความเชิงลบ

เห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 1

ไม่แน่ใจ ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 3

#### เกณฑ์การแปลผล

การแปลผลระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยจำแนกรายข้อความ นั้น ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน 1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี

หลังจากนั้นนำคะแนนผลรวมของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาแบ่งเป็นระดับ ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3 ระดับ คือ ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับไม่ดี ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง และทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับดี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิง นำคะแนนสูงสุดตามจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 เรื่อง ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 19 ข้อ ลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารจำนวนชั้นของการ แบ่งช่วงคะแนน ตามรายละเอียดดังนี้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{57-19}{3} \end{aligned}$$

ความกว้างอันตรภาคชั้น = 12.66

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลผลคะแนนแบ่งระดับทัศนคติได้ 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 19.00 – 31.66 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับไม่ดี  
ช่วงคะแนน 31.67 – 44.33 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 44.34 – 57.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี

3. การแปลผลข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีทั้งคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นทุกครั้ง  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นบางครั้ง  
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

##### ข้อคำถามเชิงบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนนเท่ากับ 3  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 2  
ไม่ปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 1

##### ข้อคำถามเชิงลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนนเท่ากับ 1  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 2  
ไม่ปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 3

#### เกณฑ์การแปลผล

การแปลผลระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยจำแนกรายข้อคำถามนั้น ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง

ช่วงคะแนน 1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง

หลังจากนั้นนำคะแนนผลรวมของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาแบ่งเป็นระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับที่ถูกต้อง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอย

ติดเชื้อมีอยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิง นำคะแนนสูงสุดตามจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 4 เรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมี จำนวน 15 ข้อ ลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหาร จำนวนชั้นของการแบ่งช่วงคะแนน ตามรายละเอียดดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{45-15}{3} \\ \text{ความกว้างอันตรภาคชั้น} &= 10 \end{aligned}$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลผลคะแนนแบ่งระดับพฤติกรรมได้ 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 15.00 – 25.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีที่ถูกต้อง

ช่วงคะแนน 25.10 – 35.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 35.10 – 45.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีที่ไม่ถูกต้อง

### 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คำนวณโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการประมวลข้อมูลมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป คือ ลักษณะทางสังคม - เศรษฐกิจ ลักษณะของประชากร ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีในบ้านเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์โดยใช้ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีในบ้านเรือนโดยจำแนกรายข้อของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีในบ้านเรือน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ Kruskal – Wallis ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### 3.4 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการปฏิบัติการใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย แต่เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ศึกษาดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น จากนั้นเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการตอบแบบสัมภาษณ์จะไม่ได้รับผลกระทบต่อการรับบริการสาธารณสุข และไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ

อนึ่ง ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด  
สำหรับการนำเสนอผลการศึกษานำเสนอภาพรวมเท่านั้น ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมด  
จะถูกทำลายทันทีที่สิ้นสุดการวิจัย



## บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ด้วยวิธีการใช้แบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนบ้านเรือน ในกลุ่มผู้ป่วยญาติ และผู้ดูแล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน จำนวน 155 บ้านเรือน นั้นแบ่งผลการวิจัยได้ดังนี้

### 4.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

จากนั้นได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนที่ 3 ทักษะการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในอำเภออื่น (คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสวนผึ้ง) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) (บุญธรรม, 2549) เพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.80 (วัชรภรณ์, 2549) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นแสดงดังตารางที่ 4.1 ตารางที่ 4.2 และตารางที่ 4.3

**ตารางที่ 4.1** ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อ	ก่อนปรับแก้แบบสัมภาษณ์				หลังปรับแก้แบบสัมภาษณ์			
	Mean if Deleted	Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Mean if Deleted	Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	33.104	28.392	-0.338	0.367				ตัดออก
2	33.370	22.934	0.245	0.531	8.07	14.409	0.344	0.838
3	33.963	26.267	-0.069	0.574	8.00	14.483	0.393	0.836
4	34.481	22.259	0.304	0.518	8.37	13.757	0.430	0.834
5	35.667	23.538	0.257	0.531	8.17	15.109	0.086	0.853
6	33.333	23.769	0.204	0.540	8.50	12.879	0.716	0.816

ตารางที่ 4.1 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ต่อ)

ข้อ	ก่อนปรับแก้แบบสัมภาษณ์				หลังปรับแก้แบบสัมภาษณ์			
	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7	34.963	23.806	0.033	0.595	8.50	12.879	0.716	0.816
8	33.333	25.307	0.071	0.559	8.10	14.231	0.376	0.837
9	34.148	24.669	0.165	0.547	8.17	14.695	0.203	0.847
10	34.777	23.410	0.177	0.546	8.30	13.390	0.540	0.827
11	35.074	21.763	0.290	0.520	8.23	13.013	0.674	0.819
12	34.000	19.384	0.561	0.448	8.30	13.734	0.441	0.833
13	34.666	22.461	0.161	0.556	8.27	14.202	0.316	0.841
14	35.407	22.558	0.525	0.496	8.20	13.821	0.445	0.833
15	33.407	24.558	0.189	0.5441	8.47	13.154	0.618	0.822
16	35.851	26.208	-0.033	0.5622	8.50	12.879	0.716	0.816
N of Items = 16				N of Items = 15				
Reliability Coefficients; Alpha = 0.557				Reliability Coefficients; Alpha = 0.841				

จากตารางที่ 4.1 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 (ภาคผนวก ก) ก่อนปรับแก้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.557 หลังจากปรับแก้แบบสัมภาษณ์โดยตัดคำถามข้อที่ 1 ออก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.841 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 (ภาคผนวก ข)



ตารางที่ 4.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 3 ที่สนใจต่อการจัดการมูลฝอย  
ติดเชื้อ

ข้อ	ก่อนปรับแก้แบบสัมภาษณ์				หลังปรับแก้แบบสัมภาษณ์			
	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	40.833	17.523	0.262	0.459	19.77	45.013	0.850	0.856
2	39.666	19.333	0.096	0.494	18.60	51.007	0.382	0.874
3	39.366	20.309	0	0.499	19.77	45.013	0.850	0.856
4	39.433	20.460	-0.094	0.507	18.53	52.671	0.189	0.879
5	40.266	17.926	0.281	0.459	19.73	49.444	0.437	0.873
6	40.100	21.058	-0.188	0.557	19.67	49.954	0.314	0.879
7	41.133	19.912	0.014	0.505	19.87	45.982	0.852	0.858
8	39.733	19.236	0.106	0.493	19.87	45.982	0.852	0.858
9	40.366	16.171	0.516	0.402	19.80	47.269	0.571	0.868
10	39.966	24.033	-0.531	0.618	19.80	46.510	0.738	0.862
11	40.433	17.426	0.293	0.453	18.87	51.361	0.195	0.883
12	41.100	17.955	0.358	0.450	19.80	45.269	0.875	0.856
13	40.333	14.643	0.641	0.350	19.87	51.913	0.198	0.881
14	40.266	15.236	0.525	0.382	18.57	52.737	0.261	0.877
15	40.466	14.188	0.719	0.382	18.47	53.430	0.222	0.878
16	39.866	20.188	-0.080	0.535	19.07	50.133	0.272	0.881
17	39.533	20.533	-0.107	0.513	18.77	52.392	0.153	0.882
18	40.266	20.202	-0.089	0.541	18.70	51.045	0.306	0.877
19	39.466	19.636	0.143	0.489	19.70	45.459	0.768	0.860
N of Items = 19				N of Items = 19				
Reliability Coefficients; Alpha = 0.498				Reliability Coefficients; Alpha = 0.877				

จากตารางที่ 4.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 3 (ภาคผนวก ก) ก่อนปรับแก้ มีค่าเท่ากับ 0.498 หลังจากปรับแก้แบบสัมภาษณ์โดยปรับข้อความข้อที่ 2 5 15 และ 16 เป็นจำนวน 4 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.877 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 3 (ภาคผนวก ข)

**ตารางที่ 4.3** ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อ	ก่อนปรับแก้แบบสัมภาษณ์				หลังปรับแก้แบบสัมภาษณ์			
	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	31.433	7.702	-0.069	0.711	18.73	21.375	0.686	0.819
2	31.866	6.326	0.302	0.270	18.83	19.247	0.771	0.806
3	32.166	5.867	0.220	0.294	18.70	21.045	0.674	0.818
4	31.966	6.309	0.129	0.206	18.83	19.454	0.735	0.809
5	31.533	6.533	0.247	0.231	18.67	20.437	0.656	0.817
6	32.400	9.903	-0.516	0.278	32.400	9.903	-0.516	0.278*
7	32.200	5.475	0.330	0.397	32.200	5.475	0.330	0.397*
8	32.233	5.081	0.419	0.503	18.60	23.352	0.229	0.843
9	31.633	7.136	0.058	0.423	19.30	20.631	0.373	0.844
10	33.066	7.512	0.054	0.665	18.67	20.851	0.734	0.815
11	32.333	10.781	0.619	0.350	18.77	19.633	0.775	0.807
12	31.466	7.016	0.296	0.680	18.50	23.293	0.393	0.836
13	31.633	8.792	0.481	0.859	18.63	22.792	0.286	0.841
14	31.900	7.058	0.023	0.309	18.83	22.006	0.319	0.842
15	32.833	6.626	0.112	0.752	19.33	23.402	0.085	0.862
N of Items = 15				N of Items = 15				
Reliability Coefficients; Alpha = 0.461				Reliability Coefficients; Alpha = 0.840				

หมายเหตุ: \* หมายถึง สัมภาษณ์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องเท่านั้น

จากตารางที่ 4.3 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 4 (ภาคผนวก ก) ก่อนปรับแก้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.461 โดยแบบสัมภาษณ์ในข้อคำถามข้อที่ 6 และ ข้อที่ 7 เรื่องการแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทสารคัดหลั่ง ปัสสาวะและน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง นั้นได้สัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม จากนั้นได้ปรับแบบสัมภาษณ์ใน 2 ข้อดังกล่าวให้ถามเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องเท่านั้น พร้อมทั้งปรับข้อคำถามข้อที่ 13 เรื่องภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากปรับข้อคำถามแล้วจึงได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.840 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 4 (ภาคผนวก ข)

## 4.2 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

### 4.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ซึ่งเป็นตัวแทนบ้านเรือนที่ตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 155 ครัวเรือน ที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี คือ จากการตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 แสดงดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 155)		
ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์		
ผู้ป่วย	82	52.9
- ติดเตียง	9	11.0
- โรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง	2	2.4
- โรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน	71	45.8
ญาติ	48	31.0
- ติดเตียง	8	16.7
- โรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง	2	4.2
- โรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน	38	79.2
ผู้ดูแล	25	16.1
- ติดเตียง	11	44.0

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- โรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง	0	0
- โรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน	14	56.0
ประเภทผู้ป่วย		
ติดเตียง	28	18.1
โรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง	4	2.6
โรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน	123	79.4
เพศ		
ชาย	69	44.5
หญิง	86	55.5
อายุ		
0-29 ปี	12	7.7
30-59 ปี	87	56.1
60 ปีขึ้นไป	56	36.1
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	45	29.0
สมาชิกในครอบครัว	60	38.7
ภรรยาหัวหน้าครอบครัว	50	32.3
ภูมิลำเนา		
อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี	76	49.0
เขตเทศบาล	14	9.0
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล	64	41.3
อื่น ๆ	1	0.6
การศึกษา		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	90	58.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	20.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	10.3
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	6	3.9
ปริญญาตรี	10	6.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.6

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพหลักของครอบครัว (หมายถึงอาชีพที่ ทำให้เกิดรายได้หลักที่ใช้ในครอบครัว)		
รับจ้าง	72	46.5
ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์	39	25.2
ธุรกิจส่วนตัว	9	5.8
ค้าขาย	10	6.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	5.2
อื่น ๆ	17	11.0

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ คือ ผู้ป่วย (ร้อยละ 52.9) แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน (ร้อยละ 45.8) ผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 11.0) และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง (ร้อยละ 2.4) ส่วนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มญาติ แบ่งเป็นญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน (ร้อยละ 79.2) ญาติผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 16.7) และญาติผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง (ร้อยละ 4.2) และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ดูแล แบ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน (ร้อยละ 56.0) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 44.0)

ผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.5) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 30-59 ปี (ร้อยละ 56.1) ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา รองลงมาคือ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36.1) สถานภาพในครอบครัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 38.7) รองลงมาเป็นภรรยาหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 32.3) ภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (ร้อยละ 41.3) ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า พบว่ามากที่สุด (ร้อยละ 58.1) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 20.6) และระดับการศึกษาที่น้อยที่สุดคือ สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 58.1) การประกอบอาชีพหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 25.2) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

#### 4.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล โดยวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ตารางที่ 4.5) ระดับความรู้

ความเข้าใจเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับสูง (ตารางที่ 4.6) และ แบ่งระดับความรู้ตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ (ตารางที่ 4.7)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคำถามในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 เรื่องความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อนั้นมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.8

**ตารางที่ 4.5** การวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ข้อใดต่อไปนี้เป็นเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้องกับถังรองรับมูลฝอย	88	56.8	67	43.2
2. ใครมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน	93	60.0	62	40.0
3. การเก็บขนมูลฝอยเวลาใดเหมาะสมที่สุด	31	20.0	124	80.0
4. โรคนะอะไรที่เกิดขึ้นได้จากมูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุได้	35	22.6	120	77.4
5. มูลฝอยติดเชื้อมีอันตรายอย่างไร	70	45.2	85	54.8
6. ข้อใด ไม่ใช่ ลักษณะที่ถูกต้องของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน	88	56.8	67	43.2
7. การกักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องควรทำอย่างไร	54	34.8	101	65.2
8. มูลฝอยประเภทใดที่ต้องมีการเก็บขนด้วยความระมัดระวังและมิดชิด	74	47.7	81	52.3
9. มูลฝอยติดเชื้อประเภทใดเหมาะกับการฝังกลบมากที่สุด	16	10.3	139	89.7
10. มูลฝอยติดเชื้อควรกำจัดเมื่อใด	85	54.8	70	45.2
11. วิธีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ที่ถูกต้องเป็นอย่างไร	62	40.0	93	60.0
12. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ มีวิธีอย่างไร	76	49.0	79	51.0

ตารางที่ 4.5 การวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13. มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของมีคม เข็ม คอว์ กำจัดด้วยวิธีใดมากที่สุด	90	58.1	65	41.9
14. ท่านคิดว่าการลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด	66	42.6	89	57.4
15. ที่ตั้งของสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรเป็น อย่างไร	92	59.4	63	40.6

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน โดยจำแนกรายข้อของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ โดยเรียงลำดับดังนี้

อันดับ 1 ข้อคำถามที่ 2 ใครมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน  
ตอบถูก จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ตอบผิด จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 40

อันดับ 2 ข้อคำถามที่ 15 ที่ตั้งของสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรเป็นอย่างไร ตอบถูก  
จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 ตอบผิด จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6

อันดับ 3 ข้อคำถามที่ 13 มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม คอว์กำจัดด้วยวิธีใดมากที่สุด  
ตอบถูก จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 ตอบผิด จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 41.2

อันดับสุดท้าย ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 9 มูลฝอยติดเชื้อประเภทใดเหมาะกับการฝังกลบมากที่สุด ตอบถูก จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ตอบผิด จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 89.7

ตารางที่ 4.6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	53	34.2
ความรู้ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	100	64.5
ความรู้ระดับสูง (11-15 คะแนน)	2	1.3
รวม	155	100.0

จากตารางที่ 4.6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำแนกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ของกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรีนั้น พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.5) รองลงมาคือมีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 34.2) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.7 ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบ่งตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วย	ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	23	28.0
	ความรู้ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	57	69.5
	ความรู้ระดับสูง (11-15 คะแนน)	2	2.4
	รวม	82	100.0
ญาติ	ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	21	43.8
	ความรู้ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	27	56.3
	ความรู้ระดับสูง (11-15 คะแนน)	0	0
	รวม	48	100.0
ผู้ดูแล	ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	9	36.0
	ความรู้ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	16	64.0
	ความรู้ระดับสูง (11-15 คะแนน)	0	0
รวม	25	100.0	

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.5) รองลงมาคือ มีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 28.0) ส่วนในกลุ่มญาติ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.3) รองลงมาคือ มีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 43.8) และในกลุ่มผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.0)



ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		
	Chi-Square	df	p-value
1. ข้อใดต่อไปนี้เป็นเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้องกับถังรองรับมูลฝอย	1.244	2	0.537
2. ใครมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน	0.841	2	0.657
3. การเก็บขนมูลฝอยเวลาใดเหมาะสมที่สุด	2.371	2	0.306
4. โรคระบาดใดที่เกิดขึ้นได้จากมูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุได้	2.021	2	0.364
5. มูลฝอยติดเชื้อมีอันตรายอย่างไร	1.044	2	0.593
6. ข้อใด ไม่ใช่ ลักษณะที่ถูกต้องของถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน	0.636	2	0.728
7. การกักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องควรทำอย่างไร	0.670	2	0.715
8. มูลฝอยประเภทใดที่ต้องมีการเก็บขนด้วยความระมัดระวังและมิดชิด	0.245	2	0.885
9. มูลฝอยติดเชื้อประเภทใดเหมาะกับการฝังกลบมากที่สุด	3.701	2	0.157
10. มูลฝอยติดเชื้อควรกำจัดเมื่อใด	9.112	2	0.011*
11. วิธีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ที่ถูกต้องเป็นอย่างไร	1.005	2	0.605
12. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ มีวิธีอย่างไร	1.712	2	0.425
13. มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของมีคม เข็ม ควรกำจัดด้วยวิธีใดมากที่สุด	0.110	2	0.946
14. ท่านคิดว่าการลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด	1.961	2	0.375
15. ที่ตั้งของสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรเป็นอย่างไร	5.841	2	0.054

หมายเหตุ: \* หมายถึง ระดับความรู้ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามวิธีของ Kruskal – Wallis Test พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่จำแนกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นข้อคำถามที่ 10 มีค่า p-value เท่ากับ 0.011 ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่แตกต่างกันในข้อนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4.2.3 ทักษะต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ทักษะต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จำแนกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยวัดจำนวน ร้อยละ ของระดับทักษะต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ตารางที่ 4.9) วัดระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ตารางที่ 4.10) จากนั้นวัดระดับความคิดเห็นของทัศนคติของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับทัศนคติไม่ดี ระดับทัศนคติปานกลาง และระดับทัศนคติดี (ตารางที่ 4.11) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติปานกลาง (ร้อยละ 69.7) โดยวัดระดับทัศนคติของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล (ตารางที่ 4.12)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคำถามในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 เรื่องทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อนั้นมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)					
	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านคิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมต้องสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด	64	41.3	32	24.4	59	60.8
2. ท่านคิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอไว้ในที่เหมาะสม ทำให้มีส่วนช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยมากขึ้น	106	68.4	40	30.5	9	9.3

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)					
	เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ท่านคิดว่าการแยกมูลฝอยติดเชื่อเป็นการช่วยลดปริมาณมูลฝอยติดเชื่อก่อนนำไปกำจัดได้	104	67.1	44	33.6	7	7.2
4. ท่านคิดว่าทุกครัวเรือนควรมีที่รองรับมูลฝอยแบบแยกประเภท	119	76.8	31	23.7	5	5.2
5. ท่านคิดว่าทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้านจำเป็นต้องขนมูลฝอยติดเชื่อไปทิ้งที่ถังของเทศบาล/อบต.	80	51.6	45	34.4	30	30.9
6. ท่านคิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื่อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัยดี	67	43.2	43	32.8	45	46.4
7. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงเท่านั้น	83	53.5	37	28.2	35	36.1
8. ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื่อไปทิ้งจำเป็นต้องมัดปากถุง	121	78.1	28	21.4	6	6.2
9. ท่านคิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยเพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถกำจัดมูลฝอยได้ทุกชนิดอยู่แล้ว	58	37.4	58	37.4	39	25.2
10. ท่านคิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื่อกลางแจ้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์	107	69.0	40	30.5	8	8.2
11. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อโดยวิธีการฝังกลับเป็นวิธีการที่ยุงยากแกลสลับซับซ้อนและเสียเวลา	78	50.3	59	45.0	18	18.6

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)					
	เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12. ท่านคิดว่าการแยกประเภทมูลฝอย เป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลาและไม่อาจ ก่อให้เกิดประโยชน์	69	44.5	45	34.4	41	42.3
13. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ในหมู่บ้านให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล นั้นทำได้ยาก	87	56.1	42	32.1	26	26.8
14. ท่านคิดว่าถุงกระดาษและ ถุงพลาสติกที่ใช้แล้วสามารถนำกลับมา ใช้ใหม่ได้อีกครั้ง	86	55.5	54	41.2	15	15.5
15. ท่านคิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่ เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบบิด ออกจาก มูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่นโดยใส่กระป๋อง หรือขวดก่อนนำไปกำจัด	115	74.2	36	27.5	4	4.1
16. มูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อ โรคปนเปื้อนต้องได้รับการกำจัดอย่าง ถูกต้อง มิเช่นนั้นอาจเกิดการ แพร่กระจายของเชื้อโรคได้	119	76.8	30	22.9	6	6.2
17. ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนควรมี ส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอยติดเชื้อ ในชุมชน	103	66.5	40	30.5	12	12.4
18. ท่านคิดว่าการเตรียมถังรองรับมูล ฝอยแบบแยกประเภทเป็นการสิ้นเปลือง โดยใช่เหตุ	63	40.6	47	35.9	45	46.4
19. ท่านยินดีที่จะช่วยกำจัดมูลฝอยติด เชื้อในชุมชนโดยวิธีที่ถูกสุขลักษณะ	112	72.3	34	26.	9	9.3

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน โดยจำแนกรายชื่อของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายชื่อ โดยเรียงลำดับดังนี้

อันดับ 1 ข้อคำถามที่ 8 ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งจำเป็นต้องมัดปากถุง ตอบเห็นด้วย จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 ตอบไม่แน่ใจ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ตอบไม่เห็นด้วย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2

อันดับ 2 ข้อคำถามที่ 4 ท่านคิดว่าทุกครัวเรือนควรมีที่รองรับมูลฝอยแบบแยกประเภท ตอบเห็นด้วย จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 76.8 ตอบไม่แน่ใจ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ตอบไม่เห็นด้วย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 และข้อคำถามที่ 16 มูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปนเปื้อนต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ ประเภท ตอบเห็นด้วย จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 76.8 ตอบไม่แน่ใจ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 ตอบไม่เห็นด้วย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2

อันดับ 3 ข้อคำถามที่ 15 ท่านคิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ไขมีด ออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่นโดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนนำไปกำจัด ประเภท ตอบเห็นด้วย จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 ตอบไม่แน่ใจ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 ตอบไม่เห็นด้วย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1

อันดับสุดท้าย ข้อคำถามที่ 9 ท่านคิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยเพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถกำจัดมูลฝอยได้ทุกชนิดอยู่แล้ว ตอบเห็นด้วย จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 ตอบไม่แน่ใจ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 ตอบไม่เห็นด้วย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 25.2

ตารางที่ 4.10 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายชื่อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. ท่านคิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมต้องสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด	2.03	0.89	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอไว้ในที่เหมาะสมทำให้มีส่วนช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยมากขึ้น	2.63	0.59	ดี

ตารางที่ 4.10 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		ระดับทัศนคติ
	$\bar{X}$	S.D.	
3. ท่านคิดว่าการแยกมูลฝอยติดเชื่อเป็นการช่วยลดปริมาณมูลฝอยติดเชื่อก่อนนำไปกำจัดได้	2.63	0.57	ดี
4. ท่านคิดว่าทุกครัวเรือนควรมีที่รองรับมูลฝอยแบบแยกประเภท	2.74	0.51	ดี
5. ท่านคิดว่าทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้านจำเป็นต้องขนมูลฝอยติดเชื่อไปทิ้งที่ถังของเทศบาล/อบต.	2.32	0.78	ปานกลาง
6. ท่านคิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื่อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัยดี	2.14	0.84	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงเท่านั้น	2.31	0.81	ปานกลาง
8. ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื่อไปทิ้งจำเป็นต้องมัดปากถุง	2.74	0.52	ดี
9. ท่านคิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยเพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถกำจัดมูลฝอยได้ทุกชนิดอยู่แล้ว	2.12	0.78	ปานกลาง
10. ท่านคิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื่อกลางแจ้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์	2.64	0.58	ดี
11. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อโดยวิธีการฝังกลบเป็นวิธีการที่ยุ่งยากแลสลบซับซ้อนและเสียเวลา	2.39	0.68	ดี
12. ท่านคิดว่าการแยกประเภทมูลฝอยเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลาและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์	2.18	0.82	ปานกลาง
13. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อในหมู่บ้านให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลนั้นทำได้ยาก	2.39	0.76	ดี
14. ท่านคิดว่าถุงกระดาษและถุงพลาสติกที่ใช้แล้วสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้อีกครั้ง	2.46	0.67	ดี

ตารางที่ 4.10 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
15. ท่านคิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบบิด ออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่นโดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนนำไปกำจัด	2.72	0.51	ดี
16. มูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปนเปื้อนต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้	2.73	0.53	ดี
17. ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	2.59	0.63	ดี
18. ท่านคิดว่าการเตรียมถังรองรับมูลฝอยแบบแยกประเภทเป็นการสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุ	2.12	0.83	ปานกลาง
19. ท่านยินดีที่จะช่วยกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนโดยวิธีที่ถูกสุขลักษณะ	2.66	0.58	ดี
รวม	2.45	0.31	ดี

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.45$  S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงจากข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดตามลำดับดังนี้

อันดับ 1 คือ ข้อคำถามที่ 4 ท่านคิดว่าทุกครั้งเรือนควรมีที่รองรับมูลฝอยแบบแยกประเภท และข้อคำถามที่ 8 ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งจำเป็นต้องมัดปากถุง โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 2.74$

อันดับที่ 2 คือ ข้อคำถามที่ 16 มูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปนเปื้อนต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 2.73$

อันดับที่ 3 คือ ข้อคำถามที่ 19 ท่านยินดีที่จะช่วยกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนโดยวิธีที่ถูกสุขลักษณะ โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 2.66$

อันดับสุดท้าย คือ ข้อคำถามที่ 1 ท่านคิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมต้องสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 2.03$

ตารางที่ 4.11 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติไม่ดี (19.00 – 31.66 คะแนน)	0	0
ระดับทัศนคติปานกลาง (31.67- 44.33 คะแนน)	108	69.7
ระดับทัศนคติดี (44.34-57.00 คะแนน)	47	30.3
รวม	155	100.0

จากตารางที่ 4.11 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรีนั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.7) รองลงมาคือมีทัศนคติดี (ร้อยละ 30.3) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.12 ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบ่งตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วย	ระดับทัศนคติไม่ดี (19.00 – 31.66 คะแนน)	0
	ระดับทัศนคติปานกลาง (31.67- 44.33 คะแนน)	52
	ระดับทัศนคติดี (44.34-57.00 คะแนน)	30
	รวม	82
ญาติ	ระดับทัศนคติไม่ดี (19.00 – 31.66 คะแนน)	0
	ระดับทัศนคติปานกลาง (31.67- 44.33 คะแนน)	36
	ระดับทัศนคติดี (44.34-57.00 คะแนน)	12
	รวม	48
ผู้ดูแล	ระดับทัศนคติไม่ดี (19.00 – 31.66 คะแนน)	0
	ระดับทัศนคติปานกลาง (31.67- 44.33 คะแนน)	20
	ระดับทัศนคติดี (44.34-57.00 คะแนน)	5
	รวม	25



จากตารางที่ 4.12 พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.4) รองลงมาคือ มีระดับทัศนคติดี (ร้อยละ 36.6) ส่วนในกลุ่มญาติ ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือ มีทัศนคติดี (ร้อยละ 25.0) และในกลุ่มผู้ดูแล มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.0)

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		
	Chi-Square	df	p-value
1. ท่านคิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมต้องสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด	7.682	2	0.021*
2. ท่านคิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอไว้ในที่เหมาะสม ทำให้มีส่วนช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยมากขึ้น	9.492	2	0.009*
3. ท่านคิดว่าการแยกมูลฝอยติดเชื้อเป็นการช่วยลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัดได้	2.203	2	0.332
4. ท่านคิดว่าทุกครัวเรือนควรมีที่รองรับมูลฝอยแบบแยกประเภท	2.105	2	0.349
5. ท่านคิดว่าทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้านจำเป็นต้องขนมูลฝอยติดเชื้อไปที่ถังของเทศบาล/อบต.	1.890	2	0.381
6. ท่านคิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัยดี	1.058	2	0.589
7. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงเท่านั้น	2.885	2	0.236
8. ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปที่ถังจำเป็นต้องมัดปากถุง	9.187	2	0.010*
9. ท่านคิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยเพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถกำจัดมูลฝอยได้ทุกชนิดอยู่แล้ว	5.112	2	0.078

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		
	Chi-Square	df	p-value
10. ท่านคิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื้อกลางแจ้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์	2.582	2	0.275
11. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการฝังกลับเป็นวิธีการที่ยุ่งยากแลสลับซับซ้อนและเสียเวลา	1.639	2	0.441
12. ท่านคิดว่าการแยกประเภทมูลฝอยเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลาและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์	2.059	2	0.357
13. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลนั้นทำได้ยาก	3.986	2	0.136
14. ท่านคิดว่าถุงกระดาษและถุงพลาสติกที่ใช้แล้วสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้อีกครั้ง	1.625	2	0.444
15. ท่านคิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด ออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่นโดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนนำไปกำจัด	5.538	2	0.063
16. มูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปนเปื้อนต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้	2.499	2	0.287
17. ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	3.200	2	0.202
18. ท่านคิดว่าการเตรียมถังรองรับมูลฝอยแบบแยกประเภทเป็นการสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุ	3.631	2	0.163
19. ท่านยินดีที่จะช่วยกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนโดยวิธีที่ถูกสุขลักษณะ	9.937	2	0.007*

หมายเหตุ: \* หมายถึง ระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ซึ่งวิเคราะห์ด้วย Kruskal – Wallis Test พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยญาติ และผู้ดูแลมีทัศนคติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ยกเว้นข้อคำถามที่ 1 2 8 และ 19 มีทัศนคติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

#### 4.2.4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำแนกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยวัดจำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ตารางที่ 4.14) วัดระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ตารางที่ 4.15) จากนั้นวัดระดับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้อง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง และระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง (ตารางที่ 4.16) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 53.5) โดยวัดระดับพฤติกรรมของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล (ตารางที่ 4.17)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคำถามในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 เรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อนั้นมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)					
	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติเป็นบางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
1. ทานแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	98	66.2	52	45.2	5	5.8
2. ทานแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทกระดาษชำระ ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	76	51.4	58	50.4	21	24.4

ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนจำแนก รายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)					
	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติเป็นบางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
3. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื่อประเภท ถุงพลาสติก เช่นถุงใส่ปัสสาวะออกจาก มูลฝอยประเภทอื่น	116	78.4	37	32.2	2	2.3
4. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื่อประเภทขวด แก้ว/ขวดพลาสติกออกจากมูลฝอยประเภท อื่น	101	68.2	44	38.3	10	11.6
5. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื่อประเภทของมี คม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคไต (ข้ามไปตอบข้อที่ 8)	109	73.6	37	32.2	9	10.5
6. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื่อเช่นน้ำ ปัสสาวะ น้ำยาล้างหน้าท้องสำหรับผู้ป่วย โรคไตออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ๆ	3	75.0	0	0	1	25.0
7. ท่านนำมูลฝอยติดเชื่อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Secretion) ของผู้ป่วยเทลงในโถส้วมแล้วราดน้ำตาม ให้โถสะอาด	2	50.0	0	0	2	52
8. ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไป กำจัด	108	73.0	40	34.8	32	37.2
9. ท่านนำมูลฝอยติดเชื่อที่รวบรวมไว้ทั้ง ลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล/อบต. จัดให้	81	54.7	42	36.5	12	14.0
10. ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวม เพื่อป้องกันการรั่วของที่รองรับมูลฝอย ติดเชื่อ	109	73.6	34	29.6	62	72.1

ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)					
	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติเป็นบางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
11. ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื่อบางประเภทในที่สาธารณะ	49	33.1	41	35.7	10	11.6
12. ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก	106	71.6	39	33.9	9	10.5
13. ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื่อที่มีฝาปิดมิดชิด	112	75.7	34	29.6	12	14.0
14. ท่านมีวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ทำให้มูลติดเชื่อตกค้างในชุมชน	96	64.9	47	40.9	28	32.6
15. ท่านกำจัดมูลฝอยติดเชื่อโดยส่งสถานพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านของท่าน	62	41.9	65	56.5	5	5.8

จากตารางที่ 4.14 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือน โดยจำแนกรายข้อของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำแนกออกเป็น ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีระดับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ โดยเรียงลำดับดังนี้

อันดับ 1 ข้อคำถามที่ 3 ท่านแยกมูลฝอยติดเชื่อประเภทถุงพลาสติก เช่น ถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ตอบปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2 ตอบไม่ปฏิบัติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3

อันดับ 2 ข้อคำถามที่ 13 ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื่อที่มีฝาปิดมิดชิด ตอบปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 75.6 ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 ตอบไม่ปฏิบัติ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0

อันดับ 3 ข้อคำถามที่ 3 ท่านแยกมูลฝอยติดเชื่อประเภทถุงพลาสติก เช่นถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ตอบปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 73.6 ตอบ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2 ตอบไม่ปฏิบัติ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 และข้อความที่ 10 ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวมเพื่อป้องกันการรั่วของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อ ตอบปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 73.6 ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 ตอบไม่ปฏิบัติ จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 72.1

อันดับสุดท้าย ข้อคำถามที่ 7 ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Secretion) ของผู้ป่วยเอดส์ในโถส้วมแล้วราดน้ำตามให้โถสะอาด โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในข้อนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องเพียงกลุ่มเดียว โดยตอบปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ตอบไม่ปฏิบัติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 4.15 ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		ระดับพฤติกรรม
	$\bar{X}$	S.D.	
1. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	2.60	0.55	ไม่ถูกต้อง
2. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทกระดาษชำระ ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	2.35	0.71	ไม่ถูกต้อง
3. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทถุงพลาสติก เช่นถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	2.74	0.47	ไม่ถูกต้อง
4. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทขวดแก้ว/ขวดพลาสติก ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	2.59	0.61	ไม่ถูกต้อง
5. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	2.65	0.59	ไม่ถูกต้อง
ผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคไต (ข้ามไปตอบข้อที่ 8)			
6. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อเช่นน้ำปัสสาวะ น้ำยาล้างหน้าท้องสำหรับผู้ป่วยโรคไตออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ๆ	-	-	-
7. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Secretion) ของผู้ป่วยเอดส์ในโถส้วมแล้วราดน้ำตามให้โถสะอาด	-	-	-
8. ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด	2.65	0.57	ไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 4.15 ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนจำแนกรายข้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=155)		ระดับ พฤติกรรม
	$\bar{X}$	S.D.	
9. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล/อบต.จัดให้	2.32	0.79	ปานกลาง
10. ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวมเพื่อป้องกันการรั่วของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อ	2.63	0.63	ไม่ถูกต้อง
11. ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทในที่สาธารณะ	1.95	0.89	ถูกต้อง
12. ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก	2.62	0.61	ไม่ถูกต้อง
13. ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝาปิดมิดชิด	2.66	0.58	ไม่ถูกต้อง
14. ท่านมีวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ทำให้มูลติดเชื้อตกค้างในชุมชน	2.54	0.64	ไม่ถูกต้อง
15. ท่านกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยส่งสถานพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านของท่าน	2.22	0.73	ปานกลาง
รวม	2.50	0.37	ไม่ถูกต้อง

หมายเหตุ: - หมายถึง ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่มีการเปรียบเทียบความแตกต่างเนื่องจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เป็นกลุ่มตัวอย่างโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องเพียงกลุ่มเดียว

จากตารางที่ 4.15 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล อยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ( $\bar{X} = 2.50$  S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงจากข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดตามลำดับดังนี้

อันดับ 1 คือ ข้อคำถามที่ 3 ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทถุงพลาสติก เช่นถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับไม่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 2.74$

อันดับ 2 คือ ข้อคำถามที่ 13 ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝาปิดมิดชิด โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับไม่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 2.66$

อันดับ 3 คือ ข้อคำถามที่ 5 ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น และข้อคำถามที่ 8 ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับไม่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 2.65$

อันดับสุดท้าย ข้อคำถามที่ 11 ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทในที่สาธารณะ โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อข้อนี้ ในระดับถูกต้อง มีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 1.95$

ตารางที่ 4.16 ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง (15.00-25.00 คะแนน)	11	7.1
พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง (25.10 – 35.00 คะแนน)	61	39.4
พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (35.10 – 45.00 คะแนน)	83	53.5
รวม	155	100.0

จากตารางที่ 4.16 ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรีนั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือมีพฤติกรรมจัดการมูลฝอยระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.4) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.17 ระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบ่งตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วย พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง (15.00-25.00 คะแนน)	7	8.5
พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง (25.10 – 35.00 คะแนน)	29	35.4



ตารางที่ 4.17 ระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบ่งตามกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ (ต่อ)

	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วย	พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (35.10 – 45.00 คะแนน)	46	56.1
	รวม	82	100.0
ญาติ	พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง (15.00-25.00 คะแนน)	3	6.3
	พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง (25.10 – 35.00 คะแนน)	21	43.8
	พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (35.10 – 45.00 คะแนน)	24	50.0
	รวม	48	100.0
ผู้ดูแล	พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง (15.00-25.00 คะแนน)	1	4.0
	พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง (25.10 – 35.00 คะแนน)	11	44.0
	พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (35.10 – 45.00 คะแนน)	13	52.0
	รวม	25	100.0

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 56.1) รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.4) ส่วนในกลุ่มญาติ ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.8) และในกลุ่มผู้ดูแล มีระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 52.0)

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ (n=155)		
	Chi-Square	df	p-value
1. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	0.669	2	0.716
2. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทกระดาษชำระ ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	7.378	2	0.025*
3. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทถุงพลาสติก เช่นถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	0.361	2	0.835
4. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทขวดแก้ว/ขวดพลาสติก ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	0.115	2	0.944
5. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคไต (ข้ามไปตอบข้อที่ 8)	0.870	2	0.647
6. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อเช่นน้ำปัสสาวะ น้ำยาล้างหน้าท้องสำหรับผู้ป่วยโรคไตออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ๆ	-	-	-
7. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Secretion) ของผู้ป่วยเทลงในโถส้วมแล้วราดน้ำตามให้โถสะอาด	-	-	-
8. ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด	4.713	2	0.095
9. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล/อบต.จัดให้	0.021	2	0.990
10. ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวมเพื่อป้องกันการรั่วของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อ	1.753	2	0.416
11. ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทในที่สาธารณะ	12.627	2	0.002*

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ต่อ)

คำถาม	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ (n=155)		
	Chi-Square	df	p-value
12. ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก	0.669	2	0.716
13. ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝาปิดมิดชิด	0.679	2	0.712
14. ท่านมีวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ทำให้มูลติดเชื้อตกค้างในชุมชน	1.938	2	0.380
15. ท่านกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยส่งสถานพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้านของท่าน	0.152	2	0.927

หมายเหตุ: \* หมายถึง ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- หมายถึง ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่มีการเปรียบเทียบความแตกต่าง เนื่องจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เป็นกลุ่มตัวอย่างโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องเพียงกลุ่มเดียว

จากตารางที่ 4.18 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยการวิเคราะห์สถิติด้วยวิธี Kruskal – Wallis พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4.2.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

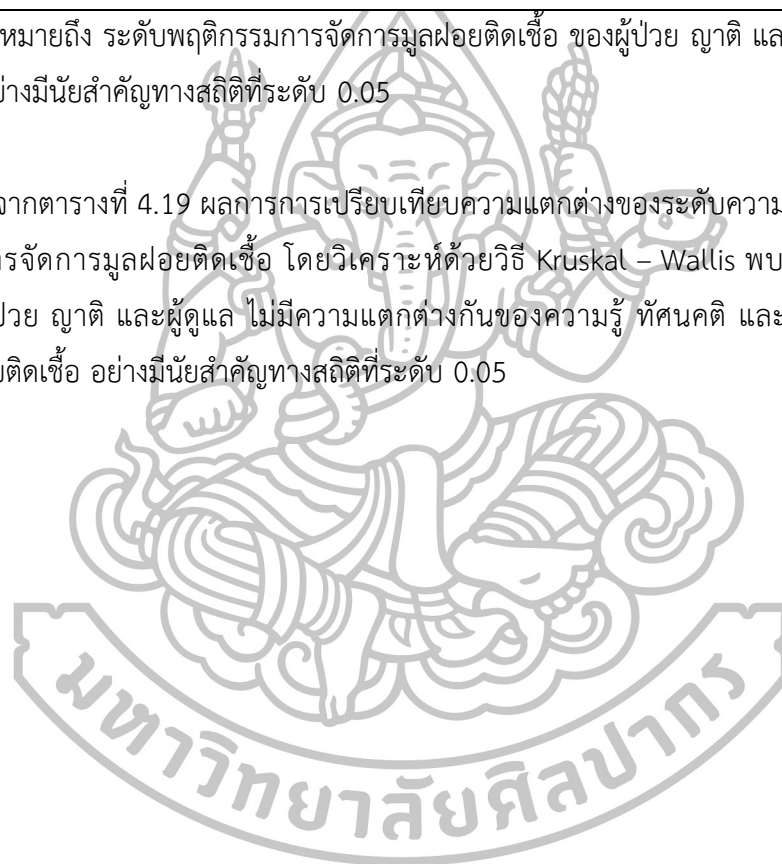
การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละกลุ่มผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ (ตารางที่ 4.19) พบว่า กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลที่ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่มีความแตกต่างกันกับระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการ  
มูลฝอยติดเชื้อ

ข้อมูล	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ (n=155)		
	Chi-Square	df	p-value
ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย	3.907	2	0.142
ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอย	3.405	2	0.182
พฤติกรรมการจัดการมูลฝอย	0.243	2	0.885

หมายเหตุ: \* หมายถึง ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.19 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยวิเคราะห์ด้วยวิธี Kruskal - Wallis พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างกันของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



## บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

### 5.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นส่วนของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ส่วนข้อมูลทั่วไป ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และส่วนพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ตามคำแนะนำ และมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านผลการตรวจสอบคุณภาพแล้วได้เนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

หลังจากที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบความเชื่อมั่น ในส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (บุญธรรม, 2549) พบว่า ได้ค่าเท่ากับ 0.841 0.877 และ 0.840 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (วัชรารมณ์, 2549)

### 5.2 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

#### 5.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นผู้ป่วย (ร้อยละ 52.9) เป็นญาติ (ร้อยละ 31.0) และเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 16.1) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 30-59 ปี (ร้อยละ 56.1) ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สถานภาพในครอบครัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 38.7) ภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (ร้อยละ 41.3) ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า พบว่ามากที่สุด (ร้อยละ 58.1) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 20.6) การประกอบ

อาชีพหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ46.5) ของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้

### 5.2.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตอบข้อความด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 2 ใครมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 15 ที่ตั้งของสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรเป็นอย่างไร จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ในบ้านเรือน เขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่มีความแตกต่างกันของความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5 ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายันต์ (2551) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณา ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแล้วพบว่า ข้อคำถามของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันของระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นข้อคำถามในเรื่องของเวลาการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีความแตกต่างกันในข้อนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.011$ )

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน อยู่ในเขตชนบท มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษาและต่ำกว่าเป็นส่วนใหญ่ ห่างไกลแหล่งศึกษาค้นคว้า มีภาระงานมาก ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนให้มีการจัดการความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง

### 5.2.3 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อคำถามที่ 8 ท่านคิดว่ก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้ง

จำเป็นต้องมัดปากถุง ตอบเห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 ตอบไม่เห็นใจ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ตอบไม่เห็นด้วย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 และมีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจำแนกรายข้อ อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.45$  S.D. = 0.31)

การเปรียบเทียบทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ในบ้านเรือน เขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่มีความแตกต่างกันของทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.182) ซึ่งส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.7 ผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอังสุมาลี (2556) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อกับการจัดการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน กรณีศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า ทัศนคติในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาที่พบว่าระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ได้อยู่ในด้านสาธารณสุข ทำให้มีความตระหนักในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อน้อย

เมื่อพิจารณา ด้านทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแล้วพบว่า ข้อคำถามที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันของระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นข้อคำถามในเรื่องของภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยชนิดอื่น และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ ที่มีความแตกต่างกันในข้อคำถามที่ 1 2 8 และ 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value เท่ากับ 0.021 0.009 0.010 และ 0.007 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.13)

ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นจำนวนมาก ซึ่งไม่มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป และมูลฝอยติดเชื้อ ประชากรจึงกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยตนเองโดยไม่ถูกหลักตามมาตรฐาน ประกอบกับมีภาระงานมาก ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกรวบรวม

#### 5.2.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ข้อมูลพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่จำแนกออกเป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ในเขตอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทถุงพลาสติก เช่น ถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น มากที่สุด โดยตอบปฏิบัติเป็นประจำ

จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2  
 ตอบไม่ปฏิบัติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3 และระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อใน  
 บ้านเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง ( $\bar{X} = 2.50$  S.D. = 0.37)

ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของผู้ป่วย ญาติ และ  
 ผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีด  
 อินซูลินในบ้านเรือน เขตอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่มีความแตกต่าง  
 กันของพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p - value = 0.885$ ) ซึ่งส่วน  
 ใหญ่มีพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื่อที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 53.5 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้อง  
 กับการศึกษาของปิระนันท์ (2541) ได้ศึกษาทัศนคติ พฤติกรรม และปัญหาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย  
 ติดเชื่อของสถานีนอนามัยในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ทัศนคติ พฤติกรรม และปัญหาการจัดการมูลฝอย  
 ติดเชื่อของสถานีนอนามัยไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณา ด้านพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื่อแล้วพบว่า ข้อคำถามที่  
 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื่อที่ไม่แตกต่างกัน  
 ยกเว้นข้อคำถามในเรื่องของการแยกกระดาดชำระ สารคัดหลั่ง ปัสสาวะ ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น  
 และข้อคำถามในการทิ้งมูลฝอยติดเชื่อลงที่สาธารณะ มีความแตกต่างกันในข้อคำถามที่ 2 และ 11  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p-value$  เท่ากับ 0.025 และ 0.002) (ตารางที่ 4.18) ส่วนข้อคำถามที่ 6  
 และ 7 พบว่ามีค่า ( $p-value = 1.000$ ) เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทาง  
 หน้าท้องเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีการเปรียบเทียบความแตกต่างกับกลุ่มอื่น

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วย  
 โรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ไม่มีความแตกต่างกันกับ  
 พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อยู่ในเขต  
 องค์การบริหารส่วนตำบล มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษาและต่ำกว่าเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีการ  
 จัดการมูลฝอยติดเชื่อที่ถูกรวิธี



## บทที่ 6

### สรุปผลและข้อเสนอแนะ

#### 6.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนที่มีผู้อยู่อาศัยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีถิ่นพำนักในพื้นที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยทำการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มาสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือตัวแทนผู้ป่วยที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 155 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางสังคม - เศรษฐกิจและลักษณะทางประชากร ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ได้มีการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลตามวิธีของ Kruskal – Wallis ซึ่งผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 30-59 ปี ร้อยละ 56.1 ของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา รองลงมาคือ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.1 สถานภาพในครอบครัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 38.7 รองลงมาเป็นภรรยาหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 32.3 ภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 41.3 ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า พบว่ามากที่สุด ร้อยละ 58.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.6 และระดับการศึกษาที่น้อยที่สุดคือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 0.6 การประกอบอาชีพหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 25.2

ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน พบว่า มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตอบข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 2 ใครมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 15 ที่ตั้งของสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรเป็นอย่างไร จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.5 ซึ่งมีระดับความรู้เดียวกันกับกลุ่มญาติ

และกลุ่มผู้ดูแล โดยในกลุ่มญาติส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 43.8 และในกลุ่มผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 และมีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจำแนกรายข้อ อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.45$  S.D. = 0.31) และมีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.4 รองลงมาคือ มีระดับผลการศึกษาระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มีผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อคำถามที่ 8 ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งจำเป็นต้องมัดปากถุง ตอบเห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 ตอบไม่แน่ใจ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ตอบไม่เห็นด้วย ทัศนคติดี ร้อยละ 36.6 ซึ่งมีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับเดียวกันกับกลุ่มญาติ และผู้ดูแล โดยในกลุ่มญาติส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ มีทัศนคติดี ร้อยละ 25.0 และในกลุ่มผู้ดูแล มีระดับทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0

ส่วนพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทพลาสติก เช่น ถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น มากที่สุด โดยตอบปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2 ตอบไม่ปฏิบัติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3 และระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง ( $\bar{X} = 2.50$  S.D. = 0.37) นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง ร้อยละ 35.4 ส่วนในกลุ่มญาติ ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง ร้อยละ 43.8 และในกลุ่มผู้ดูแล มีระดับพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 52.0

ในภาพรวมของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ของกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 และพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 53.5

การศึกษาความแตกต่างของระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตอบ

ข้อคำถามไม่มีความแตกต่างกันทั้งระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$  - value = 0.142 0.182 และ 0.885 ตามลำดับ)

## 6.2 ข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน ยังไม่มีการนำไปปฏิบัติใช้อย่างถูกต้อง โดยแพร่หลาย ในทางปฏิบัติจะต้องมีการให้ความรู้แก่ประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริงต่อไป

### 6.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนที่มีผู้อยู่อาศัยเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลินในพื้นที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า ในอำเภอจอมบึง มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง ระดับทัศนคติปานกลาง และมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้อยู่อาศัยที่มีความเกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในบ้านเรือนในพื้นที่ศึกษา ยังขาดความรู้และยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและมาตรการในการพัฒนาความรู้และข้อปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน เพื่อเป็นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ โดยการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบดูแลซึ่งกันและกัน และการรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชน และสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบ ต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อมของสังคม การเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัด หรือลดปัญหาทางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ควรส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการกำหนดนโยบายสาธารณสุขด้านงบประมาณและจัดสรรให้ตรงตามกำหนดในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และให้ภาคีเครือข่าย ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อหาวิธีการแก้ไขต่อไป

### 6.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน เช่น ปัจจัยด้านลักษณะทางสังคม - เศรษฐกิจ และลักษณะทางประชากรสัมพันธ์ต่อระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน เช่น การพัฒนาศักยภาพของประชาชนต่อระดับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน (เช่น ระดับความรู้ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อำเภอจอมบึง มีระดับความรู้ที่ปานกลาง แต่กลับพบว่า มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนอยู่ในระดับต่ำ)

3. ควรศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนดำเนินการวิจัยและหลังการดำเนินการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนของประชาชน

4. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่และชุมชน เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานของกระทรวงหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยน ร่วมกำหนดเป้าหมาย ภาระงานการดำเนินงานและงบประมาณเพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน ไม่ส่งผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อม ผนวกกับให้ความสำคัญของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ได้มีศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องในพื้นที่อย่างจริงจังโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำในการจัดให้ความรู้ เล่าประสบการณ์ต่อการรับมือหลังคาเรือน อย่าง ความภาคภูมิใจ และให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐ เพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง ไม่แพร่กระจายของเชื้อโรค สร้างความตระหนักของหน่วยงาน ภาครัฐ และเข้าถึงประชาชนอย่างแท้จริง



## รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2547. **การจัดการมูลฝอยชุมชนอย่างครบวงจร**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ครุสภาลาดพร้าว, กรุงเทพฯ.
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2545. **ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอยในประเทศไทย**. แหล่งที่มา [http://www.pcd.go.th/info\\_serv/waste\\_garbage.html](http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_garbage.html), 28 สิงหาคม 2558.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2549. **การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์ จำกัด, กรุงเทพฯ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2558. **สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย**. แหล่งที่มา <http://www.anamai.moph.go.th>, 28 สิงหาคม 2558.
- กองสุขศึกษา. 2548. **แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. นนทบุรี: กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การปฏิรูประบบสาธารณสุข.
- กุหลาบ แผ่นทอง. 2543. **ศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพระเยา**. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอมจันทร์ นทีวัฒนา. 2555. **ความรู้พฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐ**. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 5 (3) เดือนกันยายน – ธันวาคม 2555: 39-45.
- จันทร์จิฬา โพธิ์ขาว และคณะ. 2549. **พฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. 2558. **กระบวนการจัดการขยะอย่างยั่งยืนเพื่อลดขยะลง 3 ใน 4**. แหล่งที่มา <http://www.hpc4.go.th>, 19 ตุลาคม 2558.
- ฉมาลีศา เนียมมณี และเกศสิรี ปั้นธุระ. 2549. **พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอยของประชาชนในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร**. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

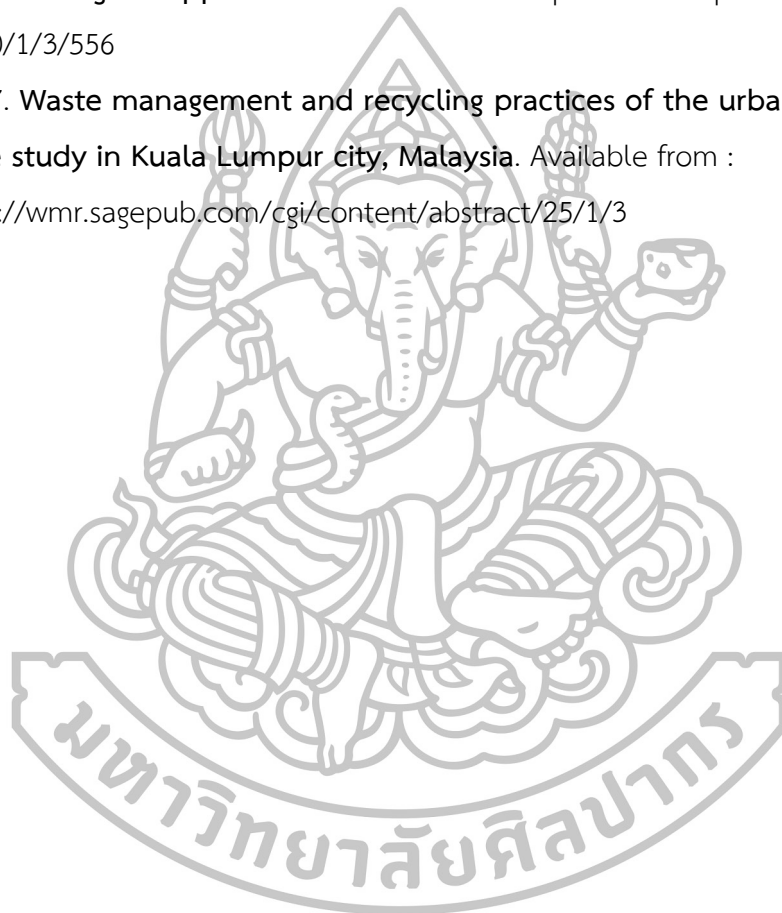
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. 2543. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. อุบลราชธานี. สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ธัญญา บุพพะเวส. 2534. **จิตวิทยาเบื้องต้น**. ขอนแก่น. ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภา ธรรมวิชาบุรณ์. 2550. **พฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชนเขตเทศบาล ตำบลหนองคล้า อำเภอท่าใหม่ จังหวัดนันทบุรี**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิรมล เทียนชัย. 2542. **ศึกษาการทิ้ง การเก็บรวบรวม การกำจัดมูลฝอยของครัวเรือนและการจัดการมูลฝอยของสุขาภิบาลของตำบลคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด**. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เนตรนภา ปันสวน. 2545. **ศึกษาพฤติกรรมกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอยของประชาชนจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ตำบลทุ่งต้อม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่**. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2549. **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. จามจุรีโปรดักท์, กรุงเทพฯ.
- ปิระนันท์ สุนทรไชยา. 2542. **ความรู้ ทักษะ และปัญหาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัยในจังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรวรรณ ศรีวัลย์. 2542. **ศึกษาพฤติกรรมกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนในชนบทจังหวัดนครนายก**.
- พรพิมล วิกฤษพัฒน์. 2550. **การจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนชุมชนข้างเคียง จังหวัดเชียงใหม่**. ประชุมวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45: สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ และวิศวกรรมศาสตร์ สาขาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2557. **การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ**. แหล่งที่มา <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/bedridden>, 28 สิงหาคม 2558.
- พัฒนา มุลพุกษ์. 2546. **อนามัยสิ่งแวดล้อมฉบับปรับปรุง**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ซีกมาร์ตีไซน์กราฟฟิค.
- มารยาท โยทองยศ และปราณี สวัสดิ์สรพร. 2554. **การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย**. ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม.
- ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา. 2545. **กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ**. เล่ม 119. ตอนที่ 86ก.

- รุ่งนภา บุญคุ้ม. 2536. ความพึงพอใจของผู้รับบริการงานบัตรประจำตัวประชาชน อำเภอเมือง  
จังหวัดมหาสารคาม. ปรินญาณิพนศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ  
โรต มหาสารคาม.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จอมบึง. 2558. บันทึกข้อความ เรื่อง รายงานปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอจอมบึง. 16 ธันวาคม 2558
- วรรณิ นิธิยานันท์. 2545. คู่มือความรู้ประกอบโรคเบาหวาน. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- วสันต์ ศิลป์สุวรรณ. 2549. พฤติกรรมสุขภาพคนไทยในรายงานผลการวิจัยโครงการแม่บทและ  
โครงการย่อยภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพ. กรุงเทพฯ ฯ . มหาวิทยาลัยมหิดล.  
วารสารณั ผลพุล. 2549. การศึกษาระบบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาล  
ตัวอย่าง. วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ 16 (2) (เมษายน - มิถุนายน): 49 -  
56
- วิรัตน์ แก้วบุญชู. 2552. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลต่อประสิทธิภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ  
ของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. สารนิพนธ์วิทยาศาสตร์  
มหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. 2558. สถานการณ์การจัดการมูลฝอย. แหล่งที่มา  
<http://hpc5.anamai.moph.go.th>, 19 ตุลาคม 2558.
- สายันต์ แสงบุญ. 2551. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร  
สาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,  
โปรแกรมวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
- สินีนาด โหระหุตะ. 2548. พฤติกรรมและเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอย  
ของประชาชนบนพื้นที่สูง ตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณชาติย์สุวรรณ. 2533. การกำจัดมูลฝอยโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการสัมมนา  
ผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนเรื่องการจัดการมลพิษสิ่งแวดล้อม ณ โรงแรมบางกอก  
พาเลซ. กรุงเทพฯ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. 2558. สถิติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล  
[ซีดีรอม]. ราชบุรี
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง. 2558. ข้อมูลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม [ซีดีรอม].  
ราชบุรี

อังสุมาลี อากรสกุล. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของการคัดแยกมูลฝอย  
ติดเชื้อของสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน กรณีศึกษา อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครอง  
ผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Mbeng. 2009. Assessing Public Attitudes and Behaviour to Household  
Waste Management in Cameroon to Drive Strategy Development: A Q  
Methodological Approach. Available from: <http://www.mdpi.com/2071-1050/1/3/556>

Wahid. 2007. Waste management and recycling practices of the urban poor: a  
case study in Kuala Lumpur city, Malaysia. Available from :  
<http://wmr.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/1/3>







ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร



## แบบสัมภาษณ์

### เรื่อง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือน อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

#### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของผู้ป่วยในบ้านเรือนอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยในส่วนของแบบสัมภาษณ์จะประกอบไปด้วยส่วนที่สัมภาษณ์ถึงข้อมูลทั่วไป และส่วนที่เป็นความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื่อร่วมด้วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการไปศึกษาครั้งนี้นำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อในชุมชน

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ตามความเห็นจริงของท่านให้มากที่สุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับและไม่ปรากฏชื่อของท่านในรายงานการศึกษา และข้อมูลที่บ้านทึกในแบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

แบบสอบถามฉบับต่อไปนี้มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

รติรส ตะโกพร ผู้ศึกษาวิจัย

## แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนกรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตาม  
ความจริง

รหัส.....

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ( ) ผู้ป่วย ( )ญาติ ( ) ผู้ดูแล

ประเภทผู้ป่วย ( ) ติดเตียง ( ) โรคไต ( ) โรคเบาหวาน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพในครอบครัว

( ) หัวหน้าครอบครัว

( ) สมาชิกในครอบครัว

( ) ภรรยาหัวหน้าครอบครัว

4. ภูมิลำเนา ( ) อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

( ) เขตเทศบาล

( ) เขตองค์การบริหารส่วนตำบล

( ) อื่นๆ.....

5. การศึกษาชั้นสูงสุดของท่าน

( ) ประถมศึกษาและต่ำกว่า

( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร

( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) ปริญญาตรี

( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย

( ) สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพหลักของครอบครัว (หมายถึงอาชีพที่ทำให้เกิดรายได้หลักที่ใช้ในครอบครัว)

( ) รับจ้าง

( ) ค้าขาย

( ) ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์

( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) ธุรกิจส่วนตัว

( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

1. ข้อใดไม่ใช่ลักษณะที่ถูกต้องของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน
  - ( ) 1 มีหูหิ้ว
  - ( ) 2 มีฝาปิดมิดชิดทำความสะอาดได้ง่าย
  - ( ) 3 เป็นวัสดุที่ทนทานแข็งแรงมีข้อความแสดงชัดเจน
  - ( ) 4 ถูกทุกข้อ
2. ข้อใดต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ถูกต้องเกี่ยวกับถังรองรับมูลฝอย
  - ( ) 1 ถังสีเหลืองรองรับมูลฝอยที่เน่าเสียและย่อยสลายได้เร็ว
  - ( ) 2 ถังสีเหลืองรองรับมูลฝอยที่รีไซเคิลได้
  - ( ) 3 ถังสีเขียวรองรับมูลฝอยแห้ง
  - ( ) 4 ถังสีแดง รองรับมูลฝอยติดเชื้อ
3. การกักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องควรทำอย่างไร
  - ( ) 1 ถังมูลฝอยติดเชื้อควรวางกับพื้นป้องกันการหกหล่ม และทำความสะอาดง่าย
  - ( ) 2 ในถังมูลฝอยติดเชื้อจะใช้ถุงพลาสติกสีอะไรรองรับก็ได้
  - ( ) 3 ถุงพลาสติกใส่ขยะมูลฝอยติดเชื้อ อาจจะใช้ถุงใสของทั่วไป ชนิดอย่างหนาใส่ในถังขยะแทนได้
  - ( ) 4 ถูกต้องทุกข้อ
4. ใครมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน
  - ( ) 1 เทศบาล/อบต.
  - ( ) 2 ผู้นำชุมชน
  - ( ) 3 คนในชุมชน
  - ( ) 4 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.
5. การเก็บขนมูลฝอยเวลาใดเหมาะสมที่สุด
  - ( ) 1 กลางวันเพราะจะได้เห็นว่าทำงานจริง
  - ( ) 2 กลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี
  - ( ) 3 กลางคืนเพราะเป็นเวลาที่อากาศเย็นสบาย
  - ( ) 4 กลางคืนเพราะไม่เป็นการรบกวนชาวบ้าน
6. มูลฝอยประเภทใดที่ต้องมีการเก็บขนด้วยความระมัดระวังและมิดชิด
  - ( ) 1 มูลฝอยทั่วไป
  - ( ) 2 มูลฝอยอันตราย
  - ( ) 3 มูลฝอยติดเชื้อ
  - ( ) 4 มูลฝอยจากธรรมชาติ

7. มูลฝอยติดเชื้อประเภทใดเหมาะกับการฝังกลบมากที่สุด
- ( ) 1 เศษแก้ว/ขวดวัคซีน ( ) 2 วัสดุที่เปื้อนสารคัดหลั่ง
- ( ) 3 เข็มฉีดยา ( ) 4 ไม่มีข้อใดถูก
8. มูลฝอยติดเชื้อมีอันตรายอย่างไร
- ( ) 1 มูลฝอยติดเชื้อมีอันตรายไม่แตกต่างจากมูลฝอยทั่วไป
- ( ) 2 มูลฝอยติดเชื้อทำให้ติดเชื้อโรคติดต่อร้ายแรงไปสู่บุคคลทั่วไปได้
- ( ) 3 เชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแพร่กระจายลงสู่แหล่งน้ำและพื้นดินได้
- ( ) 4 ไม่มีข้อใดถูก
9. มูลฝอยติดเชื้อควรกำจัดเมื่อใด
- ( ) 1 ทุกวัน ( ) 2 2-3 วัน
- ( ) 3 สัปดาห์ละครั้ง ( ) 4 เมื่อเต็มถัง
10. วิธีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ที่ถูกต้องเป็นอย่างไร
- ( ) 1 ถ้ามีมูลฝอยติดเชื้อจำนวนน้อย ก็ไม่จำเป็นต้องเก็บรวบรวมทุกวัน
- ( ) 2 ผู้เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลก็ได้
- ( ) 3 ไม่ควรล้างถังมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังเก็บมูลฝอย
- ( ) 4 ในขณะที่เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ให้จับปากถุงและโยนใส่ภาชนะหรือรถเข็นทันทีเพื่อป้องกันการปนเปื้อน
11. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ มีวิธีอย่างไร
- ( ) 1 สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับมูลฝอยทั่วไปได้
- ( ) 2 ของมีคมติดเชื้อ เช่น เข็ม ใบมีด ไม่ควรนำมาเผาพร้อมกับมูลฝอยติดเชื้ออื่นได้
- ( ) 3 วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ดีที่สุดคือให้ อบต.หรือเทศบาลขนไปกำจัด
- ( ) 4 ถูกทุกข้อ
12. มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของมีคม เข็ม ควรกำจัดด้วยวิธีใดมากที่สุด
- ( ) 1 เผา
- ( ) 2 ฝังกลบด้วยซีเมนต์
- ( ) 3 ส่งสถานพยาบาล / รพสต. ใกล้บ้านกำจัด
- ( ) 4 นำมารีไซเคิล
13. ท่านคิดว่าการลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด
- ( ) 1 ทิ้งในลำคลอง ( ) 2 ส่ง สถานพยาบาล/รพสต. ใกล้บ้านกำจัด
- ( ) 3 เผา ( ) 4 ทั้ง 2. และ 3.

14. โรคอะไรที่เกิดขึ้นได้จากมูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุได้
- ( ) 1 โรคเอดส์ ( ) 2 โรคหัด
- ( ) 3 โรคท้องร่วง ( ) 4 โรควัณโรค
15. ที่ตั้งของสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรเป็นอย่างไร
- ( ) 1 น้ำท่วมไม่ถึงมีที่แยกเก็บกักชัดเจน
- ( ) 2 ใกล้แหล่งน้ำธรรมชาติ
- ( ) 3 ใกล้ชุมชนให้มากเพราะการขนส่งสะดวก
- ( ) 4 ใกล้แหล่งท่องเที่ยว
16. การทิ้งมูลฝอยติดเชื้อประเภทต่างๆแม่น้ำลำคลองมีความผิดหรือไม่
- ( ) 1 ผิดเพราะมีกฎหมาย/กฎระเบียบห้ามไว้
- ( ) 2 ผิดเพราะมีบาป
- ( ) 3 ไม่ผิดเพราะใครๆเขาก็ทำกัน
- ( ) 4 ไม่ผิดเพราะสามารถเนาเปื้อยได้

### ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

**เห็นด้วย** หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบมาก

**ไม่แน่ใจ** หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบปานกลาง

**ไม่เห็นด้วย** หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบน้อย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านคิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมต้องสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด			
2. ท่านคิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอไว้ในที่เหมาะสมทำให้มีส่วนช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยมากขึ้น			
3. ท่านคิดว่าการแยกมูลฝอยติดเชื้อเป็นการช่วยลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมาก่อนนำไปกำจัดได้			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
4. ท่านคิดว่าทุกครัวเรือนควรมีที่รองรับมูลฝอยแบบแยกประเภท			
5. ท่านคิดว่าทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้านจำเป็นต้องขนมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งที่ถังของเทศบาล/อบต.			
6. ท่านคิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัยดี			
7. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงเท่านั้น			
8. ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งจำเป็นต้องมัดปากถุง			
9. ท่านคิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยเพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถกำจัดมูลฝอยได้ทุกชนิดอยู่แล้ว			
10. ท่านคิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื้อกลางแจ้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์			
11. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการฝังกลับเป็นวิธีการที่ยุงยากแลสลับซับซ้อนและเสียเวลา			
12. ท่านคิดว่าการแยกประเภทมูลฝอยเป็นเรื่องที่ยุงยากเสียเวลาและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์			
13. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลนั้นทำได้ยาก			
14. ท่านคิดว่าถุงกระดาษและถุงพลาสติกที่ใช้แล้วสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้อีกครั้ง			
15. ท่านคิดว่ามูลฝอยติดเชื้อที่ไม่สามารถใช้วิธีการเผาในที่กลางแจ้ง			
16. ท่านคิดว่าของมีคม เข็ม ไม่สามารถนำมาใช้ทำอะไรได้ควรเผาทิ้งเพียงอย่างเดียว			
17. ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอยติดเชื้อในชุมชน			



ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
18. ท่านคิดว่าการเตรียมถังรองรับมูลฝอยแบบแยกประเภทเป็นการสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุ			
19. ท่านยินดีที่จะช่วยกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนโดยวิธีที่ถูกสุขลักษณะ			

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด  
 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นทุกครั้ง  
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นบางครั้ง  
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

พฤติกรรมการกำจัดมูลฝอย	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
2. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทกระดาษชำระออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
3. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทถุงพลาสติก เช่นถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
4. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทขวดแก้ว/ขวดพลาสติกออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
5. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
6. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อเช่นน้ำปัสสาวะ น้ำยาล้างหน้าห้องสำหรับผู้ป่วยโรคไตออกจากมูลฝอยประเภทอื่นๆ			
7. ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไปทิ้งลงที่รองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล/อบต.จัดให้			
8. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล/อบต.จัดให้			

พฤติกรรมกำจัดการมูลฝอย	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
9. ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวมเพื่อป้องกันการรั่วของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อ			
10. ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทในที่สาธารณะ			
11. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Secretion) ของผู้ป่วยเอดส์ในโถส้วมแล้วรดน้ำตามให้ไกลสะอาด			
12. ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก			
11. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Secretion) ของผู้ป่วยเอดส์ในโถส้วมแล้วรดน้ำตามให้ไกลสะอาด			
12. ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก			
13. ท่านกำจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการเผา			
14. ท่านมีวิธีการกำจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีอื่นๆที่ไม่ทำให้มูลฝอยติดเชื้อตกค้างในชุมชน			
15. ท่านกำจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยส่งสถานพยาบาล / รพสต. ใกล้บ้านของท่าน			



ภาคผนวก ข  
แบบสัมภาษณ์หลังการทดสอบความเชื่อมั่น

## แบบสัมภาษณ์

### เรื่อง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

#### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เรื่องพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วยในบ้านเรือน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยในส่วนของแบบสัมภาษณ์จะประกอบไปด้วยส่วนที่ถามถึงข้อมูลทั่วไป และส่วนที่เป็นความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมด้วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการไปศึกษาครั้งนี้นำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการพฤติกรรมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ตามความเห็นจริงของท่านให้มากที่สุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับและไม่ปรากฏชื่อของท่านในรายงานการศึกษา และข้อมูลที่บันทึกในแบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ฉบับต่อไปนี้มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
- ส่วนที่ 3 ทักษะต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
- ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ  
รติรส ตะโกพร ผู้ศึกษาวิจัย

## แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตาม  
ความจริง

รหัส.....

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ( ) ผู้ป่วย ( )ญาติ ( ) ผู้ดูแล

ประเภทผู้ป่วย ( ) ติดเตียง ( ) โรคไต ( ) โรคเบาหวาน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพในครอบครัว

( ) หัวหน้าครอบครัว

( ) สมาชิกในครอบครัว

( ) ภรรยาหัวหน้าครอบครัว

4. ภูมิลำเนา ( ) อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

( ) เขตเทศบาล

( ) เขตองค์การบริหารส่วนตำบล

( ) อื่นๆ.....

5. การศึกษาชั้นสูงสุดของท่าน

( ) ประถมศึกษาและต่ำกว่า

( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร

( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) ปริญญาตรี

( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย

( ) สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพหลักของครอบครัว (หมายถึงอาชีพที่ทำให้เกิดรายได้หลักที่ใช้ในครอบครัว)

( ) รับจ้าง

( ) ค้าขาย

( ) ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์

( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) ธุรกิจส่วนตัว

( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ข้อใดต่อไปนี้เป็นถูกต้องเกี่ยวกับถังรองรับมูลฝอย
  - ( ) 1 ถังสีเหลืองรองรับมูลฝอยที่เน่าเสียและย่อยสลายได้เร็ว
  - ( ) 2 ถังสีเหลืองรองรับมูลฝอยที่รีไซเคิลได้
  - ( ) 3 ถังสีเขียวรองรับมูลฝอยแห้ง
  - ( ) 4 ถังสีแดง รองรับมูลฝอยติดเชื้อ
2. ใครมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน
  - ( ) 1 เทศบาล/อบต.
  - ( ) 2 ผู้นำชุมชน
  - ( ) 3 ทุกคนในบ้านเรือน
  - ( ) 4 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.
3. การเก็บขนมูลฝอยเวลาใดเหมาะสมที่สุด
  - ( ) 1 กลางวันเพราะจะได้เห็นว่าทำงานจริง
  - ( ) 2 กลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี
  - ( ) 3 กลางคืนเพราะเป็นเวลาที่อากาศเย็นสบาย
  - ( ) 4 กลางคืนเพราะไม่เป็นการรบกวนชาวบ้าน
4. โรคอะไรที่เกิดขึ้นได้จากมูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุได้
  - ( ) 1 โรคเอดส์
  - ( ) 2 โรคหัด
  - ( ) 3 โรคท้องร่วง
  - ( ) 4 โรคฉี่หนู
5. มูลฝอยติดเชื้อมีอันตรายอย่างไร
  - ( ) 1 มูลฝอยติดเชื้อมีอันตรายไม่แตกต่างจากมูลฝอยทั่วไป
  - ( ) 2 มูลฝอยติดเชื้อทำให้ติดเชื้อโรคติดต่อร้ายแรงไปสู่บุคคลทั่วไปได้
  - ( ) 3 เชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแพร่กระจายลงสู่แหล่งน้ำและพื้นดินได้
  - ( ) 4 ไม่มีข้อใดถูก

6. ข้อใด **ไม่ใช่** ลักษณะที่ถูกต้องของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน
- ( ) 1 มีหูหิ้ว
  - ( ) 2 มีฝาปิดมิดชิดทำความสะอาดได้ง่าย
  - ( ) 3 เป็นวัสดุที่ทนทานแข็งแรง มีข้อความแสดงชัดเจน
  - ( ) 4 ถูกทุกข้อ
7. การกักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องควรทำอย่างไร
- ( ) 1 ถังมูลฝอยติดเชื้อควรวางกับพื้นป้องกันการหกหล่ม และทำความสะอาดง่าย
  - ( ) 2 ในถังมูลฝอยติดเชื้อจะใช้ถุงพลาสติกใส่อะไรรองรับก็ได้
  - ( ) 3 ถุงพลาสติกใส่ขยะมูลฝอยติดเชื้อ อาจจะใช้ถุงใส่ของทั่วไป ชนิดอย่างหนาใส่ในถังขยะแทนได้
  - ( ) 4 ถูกต้องทุกข้อ
8. มูลฝอยประเภทใดที่ต้องมีการเก็บขนด้วยความระมัดระวังและมิดชิด
- ( ) 1 มูลฝอยทั่วไป
  - ( ) 2 มูลฝอยอันตราย
  - ( ) 3 มูลฝอยติดเชื้อ
  - ( ) 4 มูลฝอยจากธรรมชาติ
9. มูลฝอยติดเชื้อประเภทใดเหมาะกับการฝังกลบมากที่สุด
- ( ) 1 เศษแก้ว/ขวดพลาสติก
  - ( ) 2 วัสดุที่เป็นสารคัดหลั่ง
  - ( ) 3 เข็มฉีดยา
  - ( ) 4 ไม่มีข้อใดถูก
10. มูลฝอยติดเชื้อควรกำจัดเมื่อใด
- ( ) 1 ทุกวัน
  - ( ) 2 2-3 วัน
  - ( ) 3 สัปดาห์ละครั้ง
  - ( ) 4 เมื่อเต็มถัง

11. วิธีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ที่ถูกต้องเป็นอย่างไร
- ( ) 1 ถ้ามีมูลฝอยติดเชื้อจำนวนน้อย ก็ไม่จำเป็นต้องเก็บรวบรวมทุกวัน
  - ( ) 2 ผู้เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลก็ได้
  - ( ) 3 ไม่ควรล้างถังมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังเก็บมูลฝอย
  - ( ) 4 ในขณะที่เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ให้จับปากถุงและโยนใส่ภาชนะหรือรถเข็นทันทีเพื่อป้องกันการปนเปื้อน
12. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องลักษณะ มีวิธีอย่างไร
- ( ) 1 สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับมูลฝอยทั่วไปได้
  - ( ) 2 ของมีคมติดเชื้อ เช่น เข็ม ใบมีด ไม่ควรนำมาเผาพร้อมกับมูลฝอยติดเชื้ออื่นได้
  - ( ) 3 วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ดีที่สุดคือให้ อบต.หรือเทศบาลขนไปกำจัด
  - ( ) 4 ถูกทุกข้อ
13. มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของมีคม เข็ม ควรกำจัดด้วยวิธีใดมากที่สุด
- ( ) 1 เผา
  - ( ) 2 ฝังกลบด้วยซีเมนต์
  - ( ) 3 ส่งสถานพยาบาล / รพสต. ไกล่บ้านกำจัด
  - ( ) 4 นำมารีไซเคิล
14. ท่านคิดว่าการลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด
- ( ) 1 ทิ้งในลำคลอง
  - ( ) 2 ส่ง สถานพยาบาล/รพสต. ไกล่บ้านกำจัด
  - ( ) 3 เผา
  - ( ) 4 ทั้ง 2.และ 3.
15. ที่ตั้งของสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรเป็นอย่างไร
- ( ) 1 น้ำท่วมไม่ถึงมีที่แยกเก็บกักชัดเจน
  - ( ) 2 ไกลแหล่งน้ำธรรมชาติ
  - ( ) 3 ไกลชุมชนให้มากเพราะการขนส่งสะดวก
  - ( ) 4 ไกลแหล่งท่องเที่ยว



### ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

**เห็นด้วย** หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบมาก

**ไม่แน่ใจ** หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบปานกลาง

**ไม่เห็นด้วย** หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบน้อย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านคิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมต้องสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด			
2. ท่านคิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอไว้ในที่เหมาะสมทำให้มีส่วนช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยมากขึ้น			
3. ท่านคิดว่าการแยกมูลฝอยติดเชื้อเป็นการช่วยลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัดได้			
4. ท่านคิดว่าทุกครัวเรือนควรมีที่รองรับมูลฝอยแบบแยกประเภท			
5. ท่านคิดว่าทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้านจำเป็นต้องขนมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งที่ถังของเทศบาล/อบต.			
6. ท่านคิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัยดี			
7. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงเท่านั้น			
8. ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งจำเป็นต้องมัดปากถุง			
9. ท่านคิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยเพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถกำจัดมูลฝอยได้ทุกชนิดอยู่แล้ว			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
10. ท่านคิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื้อกลางแจ้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์			
11. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการฝังกลับเป็นวิธีการที่ยุ่งยากแลสลับซับซ้อนและเสียเวลา			
12. ท่านคิดว่าการแยกประเภทมูลฝอยเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลาและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์			
13. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลนั้นทำได้ยาก			
14. ท่านคิดว่าถุงกระดาษและถุงพลาสติกที่ใช้แล้วสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้อีกครั้ง			
15. ท่านคิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบบิด ออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่นโดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนนำไปกำจัด			
16. มูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปนเปื้อนต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้			
17. ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอยติดเชื้อในชุมชน			
18. ท่านคิดว่าการเตรียมถังรองรับมูลฝอยแบบแยกประเภทเป็นการสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุ			
19. ท่านยินดีที่จะช่วยกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนโดยวิธีที่ถูกสุขลักษณะ			

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นบางครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

พฤติกรรมการกำจัดมูลฝอย	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
2. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทกระดาษชำระออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
3. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทถุงพลาสติก เช่นถุงใส่ปัสสาวะออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
4. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทขวดแก้ว/ขวดพลาสติกออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
5. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เข็ม ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
<b>ผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคไต (ข้ามไปตอบข้อที่ 8)</b>			
6. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อเช่นน้ำปัสสาวะ น้ำยาล้างหน้าท้องสำหรับผู้ป่วยโรคไตออกจากมูลฝอยประเภทอื่นๆ			
7. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Secretion) ของผู้ป่วยทะเลงในโถส้วมแล้วรดน้ำตามให้โถสะอาด			
8. ท่านมัดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด			
9. ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล/อบต.จัดให้			
10. ท่านเปลี่ยนที่รองรับหรือหาถุงสวมเพื่อป้องกันการรั่วของที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อ			

พฤติกรรมกำจัดการกำจัดมูลฝอย	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
11. ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภทในที่สาธารณะ			
12. ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลโดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก			
13. ท่านใช้ถังมูลฝอยติดเชื้อที่มีฝาปิดมิดชิด			
14. ท่านมีวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ทำให้มูลฝอยติดเชื้อตกค้างในชุมชน			
15. ท่านกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยส่งสถานพยาบาล / รพสต. ใกล้บ้านของท่าน			





ภาคผนวก ค  
ประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ

## ประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – สกุล นายสุระ เอติญัตติ  
 ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ  
 สาธารณสุขอำเภอจอมบึง  
 สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี  
 ประวัติการศึกษา

- ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข  
วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง จังหวัดชลบุรี
- ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2527 - ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
- พ.ศ. 2535 - ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน  
สถานีอนามัยบ้านเขาปิ่นทอง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- พ.ศ. 2538 - ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- พ.ศ. 2540 - ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  
สถานีอนามัยบ้านเขาผึ้ง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- พ.ศ. 2555 - ปัจจุบัน - ปฏิบัติงานในตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอจอมบึง  
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

## ประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – สกุล	นางภัทรมน หอมสุด
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จอมบึง
สถานที่ปฏิบัติงาน ประวัติการศึกษา	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลบรมชชนนีตรัง</li> <li>- ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้ป่วยวิกฤต (หลักสูตร 4 เดือน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</li> <li>- ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการควบคุมโรคติดเชื้อและ การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (หลักสูตร 4 เดือน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</li> </ul>
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2540	- ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
พ.ศ. 2546	- ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2548	- ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2551 - ปัจจุบัน	- ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ รับผิดชอบดูแลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวตรีส ตะโกพร
ที่อยู่	387/1 หมู่ 1 ตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี 70180
ที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2554	สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี (สพทบมหาวิทยาลัยมหิดล)
พ.ศ. 2554	ศึกษาต่อระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2554	ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2557 - ปัจจุบัน	ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

