

การศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ
ของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

ศรีสุกนธ์ หลักดี

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์และการพัฒนา คณะศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2551

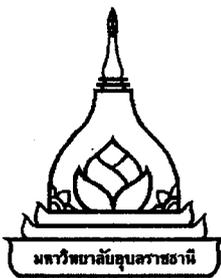
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



**INVESTIGATION, KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND BEHAVIOR
CONCERNING INFECTIOUS WASTE DISPOSAL BY THE STAFF
OF PRIVATE HEALTH CENTERS IN MUNICIPAL AREA,
UBON RATCHATHANI**

SRISUKON LAKDEE

**AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR DEGREE OF MASTER OF LIBERAL ARTS
MAJOR IN SOCIAL SCIENCE AND DEVELOPMENT
FACULTY OF LIBERAL ARTS
UBON RAJATHANEE UNIVERSITY
YEAR 2008
COPY RIGHT OF UBON RAJATHANEE UNIVERSITY**



ใบรับรองการค้นคว้าอิสระ
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์และการพัฒนา คณะศิลปศาสตร์

เรื่อง การศึกษา ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
สถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

..... อาจารย์ที่ปรึกษา

(ดร.ศรินทร์ย์ สุดใจ)

..... กรรมการ

(ผศ.ดร.กนกวรรณ มะโนรัมย์)

..... กรรมการ

(ดร.เพชรมณี วิริยะสีบพงศ์)

..... คณบดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ชาฮีร์)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทิศ อินทร์ประสิทธิ์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2551

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งทั้งทางตรงและทางอ้อมจากหลายหน่วยงานและบุคคลจำนวนมาก จนทำให้บรรลุผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอจารึกคำขอบขอบคุณแก่ทุกหน่วยงานและทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ ดร.ศรัณย์ สุกใจ ประธานกรรมการที่ปรึกษา และเป็นกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ มะโนรัมย์ กรรมการที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความครอบคลุมและความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content Validity) และเป็นประธานการสอบการค้นคว้าอิสระ และ ดร.เพชรณี วิริยะสีปงศ์ กรรมการที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความครอบคลุมและความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content Validity) และเป็นกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ ตลอดจนเป็นทั้งครูผู้ที่คอยให้ความรู้ คำลึงใจ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางรวมทั้งการแก้ไขข้อบกพร่องตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอจารึกถึงพระคุณนี้ตลอดไป

ขอบคุณ ดร.เรืองอุไร อมรชัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความครอบคลุมและความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content Validity) ตลอดจนคอยชี้แนะข้อบกพร่องเป็นพิเศษเกี่ยวกับความรู้ด้านสถิติ

กราบขอบพระคุณ พ.อ.นพ.ประวิทย์ โภคสวัสดิ์ อายุรแพทย์ ประจำโรงพยาบาลราชเวช อุบลราชธานี และแพทย์เจ้าของสถานพยาบาลเอกชน พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี และเทศบาลวารินชำราบ ที่กรุณาให้ความสะดวก และความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานรักษาความสะอาดของเทศบาลนครอุบลราชธานีที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ นพ.ชวติ บุญไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ และขอบคุณเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลม่วงสามสิบทุกท่าน ที่ให้โอกาสและเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยได้ศึกษาจนสำเร็จการศึกษา และขอบคุณเพื่อน ๆ ที่คอยให้กำลังใจ และเป็นกำลังใจตลอดมา

ขอบพระคุณอาจารย์คณะศิลปศาสตร์ทุกท่าน และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นที่ 2 ทุกท่านที่คอยสนับสนุนให้คำชี้แนะช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในงานวิจัยนี้สำเร็จ

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อเชิดศักดิ์ และคุณแม่สมพร หลักดี ขอบพระคุณครอบครัวคุณศิริลักษณ์ ทรัพย์พงษ์ ที่สาว ขอบคุณคุณธีรยุทธ หลักดี น้องชาย และแพทย์หญิงดวงรัตน์

ตั้งเสถียรพันธุ์ ที่อยู่เบื้องหลังสนับสนุนทุนการศึกษา ดูแลและเป็นกำลังใจ จนงานวิจัยนี้สำเร็จ
หลุดวงค้วคี่

คุณประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาสาาระนิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้นุพการี ครอบครัว
คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ขอบกพร่องใดอันเกิดจากความ
ไม่รอบคอบ ไม่รอบรู้ เป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัยและขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว


(นางสาวศรีศุคนธ์ หลักคี่)
ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : การศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ
ของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

โดย : ศรีสุคนธ์ หลักดี

ชื่อปริญญา : ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : สังคมศาสตร์และการพัฒนา

ประธานกรรมการที่ปรึกษา : คร.ศรัณย์ สุคใจ

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การจัดการขยะติดเชื้อ
เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเอกชน

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงการหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะติดเชื้อ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.82$) และระดับต่ำ ($\bar{X} = 19.93$) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$) จะเห็นได้ว่า ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะมีความรู้ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ก็ไม่ได้ทำให้เจ้าหน้าที่มีทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อต่ำไปด้วย ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะในระดับปานกลาง ($r = 0.687, P\text{-value} < .01$) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r = 0.213, P\text{-value} < .05$) ในขณะที่ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r = 0.207, P\text{-value} < .05$) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ พบว่า สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีวัสดุอุปกรณ์ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่

ขาดความตระหนัก และไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการกับขยะติดเชื้อ ทำให้มีการจัดการกับขยะติดเชื้อยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ผลกระทบที่เกิดจากขยะติดเชื้อจาก

สถานพยาบาลเอกชน พบว่า สถานพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งยังไม่มีบ่อน้ำบาดาลเสีย และที่สำคัญคือจังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีแหล่งกำจัดขยะติดเชื้อส่วนรวมที่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดกรณีร้องเรียนเรื่องกลิ่นรบกวนอยู่บ่อยครั้ง ส่วนแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาลนครอุบลราชธานี องค์การบริหารส่วนจังหวัด เจ้าของสถานพยาบาลเอกชน และพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ควรร่วมมือกันในการกำหนดนโยบาย และมาตรการในการจัดการกับขยะติดเชื้อของสถานพยาบาลเอกชนที่ได้มาตรฐานเดียวกัน มีการส่งเสริมการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการกับขยะติดเชื้ออย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง และควรมีการจัดสร้างเตาเผาขยะส่วนรวมที่ได้มาตรฐานร่วมด้วย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หากเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนมีความรู้ และความตระหนักในเรื่องการจัดการกับขยะติดเชื้อแล้ว ก็จะทำให้ขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย ผลกระทบของขยะติดเชื้อต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และสิ่งแวดล้อมก็จะหมดไป

ABSTRACT

TITLE : INVESTIGATION, KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND BEHAVIOR
CONCERNING INFECTIOUS WASTE DISPOSAL BY THE STAFF OF
PRIVATE HEALTH CENTERS IN MUNICIPAL AREA,
UBON RATCHATHANI

BY : SRISUKON LAKDEE

DEGREE : MASTER OF LIBERAL ARTS

MAJOR : SOCIAL SCIENCE AND DEVELOPMENT

CHAIR : SARAN SUDCHAI, Ph.D.

KEYWORDS : KNOWLEDGE / ATTITUDE / BEHAVIOR / INFECTIOUS
WASTE DISPOSAL / STAFF OF PRIVATE HEALTH CENTERS

The purpose of this study was to investigate and compare the knowledge, attitude and behavior of the staff involved in different ways of disposing infectious waste in health centers, to examine the influence of knowledge and attitude on the disposal behavior of staff and examine the problems and obstacles in infectious waste disposal, as well as finding the appropriate guideline for infectious waste disposal.

The comparison of the knowledge, attitude and behavior of staff whose duty concerned different ways of infectious waste disposal in health centers demonstrated that the staff's average knowledge score was at the medium level ($\bar{X} = 24.82$) and low level ($\bar{X} = 19.93$), the average attitude score was at the high level ($\bar{X} = 4.09$) and the average behavior score was at the highest level ($\bar{X} = 4.25$). Evidently, even though the staff had medium and low level knowledge about infectious waste disposal, this did not make the staff's attitude and behavior also low. The results of investigating the effects of knowledge and attitude on the staff's infectious waste disposal behavior showed that knowledge affected attitude at the medium level ($r = 0.687$, $P\text{-value} < .01$) and affected behavior at the low level ($r = 0.213$, $P\text{-value} < .05$), whereas attitude affected behavior at the low level ($r = 0.207$, $P\text{-value} < .05$). For the problems and obstacles in infectious waste disposal, it was found that most private health centers had inadequate equipment

for infectious waste disposal and the staff lacked awareness and never had training experience on infectious waste disposal. Consequently, there has been no infectious waste disposal. For the effects of infectious waste from private health centers, it was found that most health centers did not have wastewater stabilization ponds, and it must be noted that Ubon Ratchataneer did not have a standard public infectious-waste-disposal center, resulting in frequent complaints on odor pollution. As for the suitable guideline for infectious waste disposal, the subjects suggested that every relevant agency such as the provincial public health office of Ubon Ratchataneer municipality, provincial administration organization, as well as the owners of private health centers and the provincial social and environmental development office should cooperate in setting the policy and strategy for standard infectious waste disposal among private health centers, encouraging education on the proper and continual infectious waste disposal, as well as arranging the construction of a standard public garbage incinerator.

The results of this study show that if the staff responsible for infectious waste disposal in private health centers have knowledge and awareness concerning infectious waste disposal, infectious waste will be disposed of properly and safely and thus the effects of infectious waste on the public hygiene and environment should then disappear.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 สมมติฐานของการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)	9
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)	11
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral)	13
2.4 การจัดการขยะติดเชื้อ (Infection waste Management)	17
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	30
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
3.3 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 ระยะเวลาการเก็บข้อมูล	35
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	35
3.6 ขั้นตอนการวิจัย	36
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ	39
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผล	58
5.2 อภิปรายผล	63
5.3 ผลการทดสอบสมมติฐาน	66
5.4 ข้อเสนอแนะ	67
เอกสารอ้างอิง	69
ภาคผนวก	
ก แบบสอบถาม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	75
ข คำถามเชิงสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี	86
ประวัติผู้วิจัย	88

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา การปฏิบัติงาน ประเภทสถานพยาบาลเอกชน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานใน สถานพยาบาลหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ	40
4.2	ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานพยาบาลที่ต่างกัน	42
4.3	ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในระดับการศึกษาที่ต่างกัน	43
4.4	ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน	44
4.5	ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในหน้าที่ที่ต่างกัน	45
4.6	ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานพยาบาลที่ต่างกัน	47
4.7	ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในระดับการศึกษาที่ต่างกัน	48
4.8	ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน	49
4.9	ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในหน้าที่ที่ต่างกัน	50
4.10	พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานพยาบาลที่ต่างกัน	51
4.11	พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในระดับการศึกษาที่ต่างกัน	52
4.12	พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน	53
4.13	พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในหน้าที่ที่ต่างกัน	54

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.14	วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน	55
4.15	ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะคิด ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่	56

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	5

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาขยะมูลฝอยได้กลายเป็นปัญหาสำคัญในชีวิตประจำวันของประชาชนทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าการจัดการขยะมูลฝอยยังไม่ดีพอ โดยเฉลี่ยคนไทยทิ้งขยะมูลฝอยประมาณ 1.3 กก./คน/วัน ประเทศไทยจึงมีปัญหาเรื่องขยะมูลฝอยมาก สืบเนื่องมาจากระบบการจัดการขาดประสิทธิภาพ และประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากขยะมูลฝอย ซึ่งเมืองใหญ่ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร และเมืองเชียงใหม่ จะเห็นได้อย่างชัดเจนในด้านความล้มเหลวของระบบการกำจัดขยะมูลฝอย ดังนั้นขยะมูลฝอยส่วนใหญ่จึงถูกปล่อยลงสู่แม่น้ำลำคลอง และท่อระบายน้ำ อันเป็นมลพิษต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม (กนก จันทร์ทอง, 2539) จากการศึกษาของภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า อัตราการเกิดขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่มีประมาณ 0.835 กก./คน/วัน และในปัจจุบันจำนวนขยะมูลฝอยได้เพิ่มขึ้นอีก ประมาณการได้ว่าอัตราการเกิดขยะมูลฝอยไม่ต่ำกว่าวันละ 500 ตัน แต่ทางเทศบาลสามารถกำจัดได้เพียงวันละ 300 ตันเท่านั้น ส่วนอีก 200 ตัน ยังไม่สามารถกำจัดได้ (พัฒน์ สุจันงค์, 2539) ในจำนวนนี้มีขยะมูลฝอยที่เกิดจากสถานพยาบาลถึง 24 ตัน/วัน และสำนักคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ได้คาดการณ์ปริมาณของเสียที่เป็นอันตราย ที่เกิดขึ้นทั่วประเทศไทยจากกิจกรรมต่างๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2530 - 2531 ว่ามีประมาณ 1.4 ล้านตันต่อปี และในปี พ.ศ. 2544 ผ่านมาแล้วมีของเสียที่เกิดจากโรงพยาบาลประมาณ 200,699 ตัน (บุญคว้น แก้วปินตา, 2544)

ขยะมูลฝอยที่เกิดจากสถานพยาบาลเป็นขยะมูลฝอยที่ค่อนข้างอันตราย เพราะขยะมูลฝอยแต่ละชิ้นจะมีเชื้อโรคปะปนอยู่ด้วยและในสถานพยาบาลหนึ่งๆ นั้นสามารถมีขยะมูลฝอยได้หลายประเภท และมีอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก ถ้าหากไม่มีการจัดการหรือกำจัดที่ถูกวิธีแล้ว ขยะจากโรงพยาบาลเหล่านี้ก็จะเป็ยตัวแพร่กระจายเชื้อโรคจากโรงพยาบาลสู่สาธารณะทำให้เกิดโรคระบาดได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540) มูลฝอยจากโรงพยาบาลหากถูกทิ้งออกสู่สิ่งแวดล้อมปะปนกับมูลฝอยจากชุมชน จะส่งผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม คือ ภาวะมลพิษของดิน น้ำและอากาศ การขาดความสวยงามของสถานที่ รวมทั้งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ หนู แมลงวัน และเชื้อโรคต่างๆ (พิชิต สกฤพรหมณ์, 2531 อ้างใน คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ, 2532)

จากรายงานการศึกษาปริมาณขยะมูลฝอยของกรมควบคุมมลพิษในปี พ.ศ.2535 พบว่า โรงพยาบาลต่างๆในประเทศไทยมีโรงพยาบาลมากกว่า 20,000 แห่ง จำนวนเตียง 255,958 เตียง มีคนไข้จากโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนอยู่ประมาณ 130,000 คน ในแต่ละวันจะมีขยะติดเชื้อ 130 ตัน/วัน เฉพาะในกรุงเทพมหานครเฉลี่ยปริมาณขยะติดเชื้อมีถึง 0.11 กิโลกรัม/จำนวนเตียง คนไข้ 1 เตียง/วัน มีอัตราการเกิดขยะติดเชื้ออยู่ระหว่าง 0.26-0.38 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน เมื่อพิจารณาถึงการจัดการหรือกำจัดขยะติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธี พบว่าร้อยละ 8.1 ของคนงานโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นสถิติที่สูงสุดของประเทศไทย เคยประสบอุบัติเหตุถูกของมีคมที่มตำขณะปฏิบัติงาน (สมหวัง คำนชัยจิตร และคณะ, 2538)

สำหรับในประเทศไทย จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 4 ของประเทศ จากรายงานสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติประจำปี 2548 ถึงปี 2550 พบว่า ปี 2548 มีประชากร 1,774,808 คน ปี 2549 มีประชากร 1,783,500 คน ปี 2550 มีประชากร 1,785,709 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทำให้ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ เป็นจำนวนมาก จังหวัดอุบลราชธานีมีโรงพยาบาลรองรับผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด 24 แห่ง (รวมโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง) มีสถานอนามัยในจังหวัดทั้งหมด 319 แห่ง ซึ่งไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และกับค่านิยมของสังคมเมืองที่เน้นความสะดวกสบาย ความรวดเร็วในการเข้ารับบริการ จึงส่งผลให้เกิดการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2548 ถึงปี 2550 พบว่า มีจำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานีจำนวน 49 61 และ 88 แห่ง (งานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2550) ตามลำดับ ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งเป็นแหล่งกำเนิดและก่อให้เกิดขยะติดเชื้อเป็นจำนวนมาก การกำจัดขยะจากสถานพยาบาลของจังหวัดอุบลราชธานีในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ๆ เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จะมีเตาเผาขยะของตนเอง แต่ในโรงพยาบาลเอกชน และสถานอนามัย รวมทั้งสถานพยาบาลเอกชน จะใช้บริการจากเทศบาลเป็นผู้มาจัดเก็บ ซึ่งพบว่า เทศบาลยังไม่มีระบบกำจัดขยะเหล่านี้อย่างเป็นระบบ โดยไม่มีระบบการคัดแยก การจัดเก็บ การขนถ่าย การบำบัดและกำจัดขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐานตามขั้นตอนของกระทรวงสาธารณสุข

ประกอบกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลเอกชน มีเพียงงานวิจัยของ (เกศกานต์ แสนศรีมหาชัย, 2542) เท่านั้น ที่ทำการศึกษาเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ และงานวิจัยที่ทำการศึกษาวิจัยในเรื่อง

แนวทางในการแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการขยะติดเชื้อของสถานพยาบาล พบว่ามีงานวิจัยของ ยงยุทธ ร่วมชาติ (2535) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “กระบวนการคัดแยกขยะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเตาเผาขยะติดเชื้อ โรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตาก” และ สุพรรณ ศรีธรรมมา (2537) ศึกษาวิจัยเรื่อง “รายงานการวิจัยการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัยและการป้องกันภาวะควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่ออําเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น” เท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ความรู้และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องและรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ มากน้อยเพียงใด รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เพื่อนําผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะติดเชื้อ อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ประชาชนและสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน
- 1.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทัศนคติ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่
- 1.2.3 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงการหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะติดเชื้อ

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

- 1.3.1 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกัน
- 1.3.2 ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ

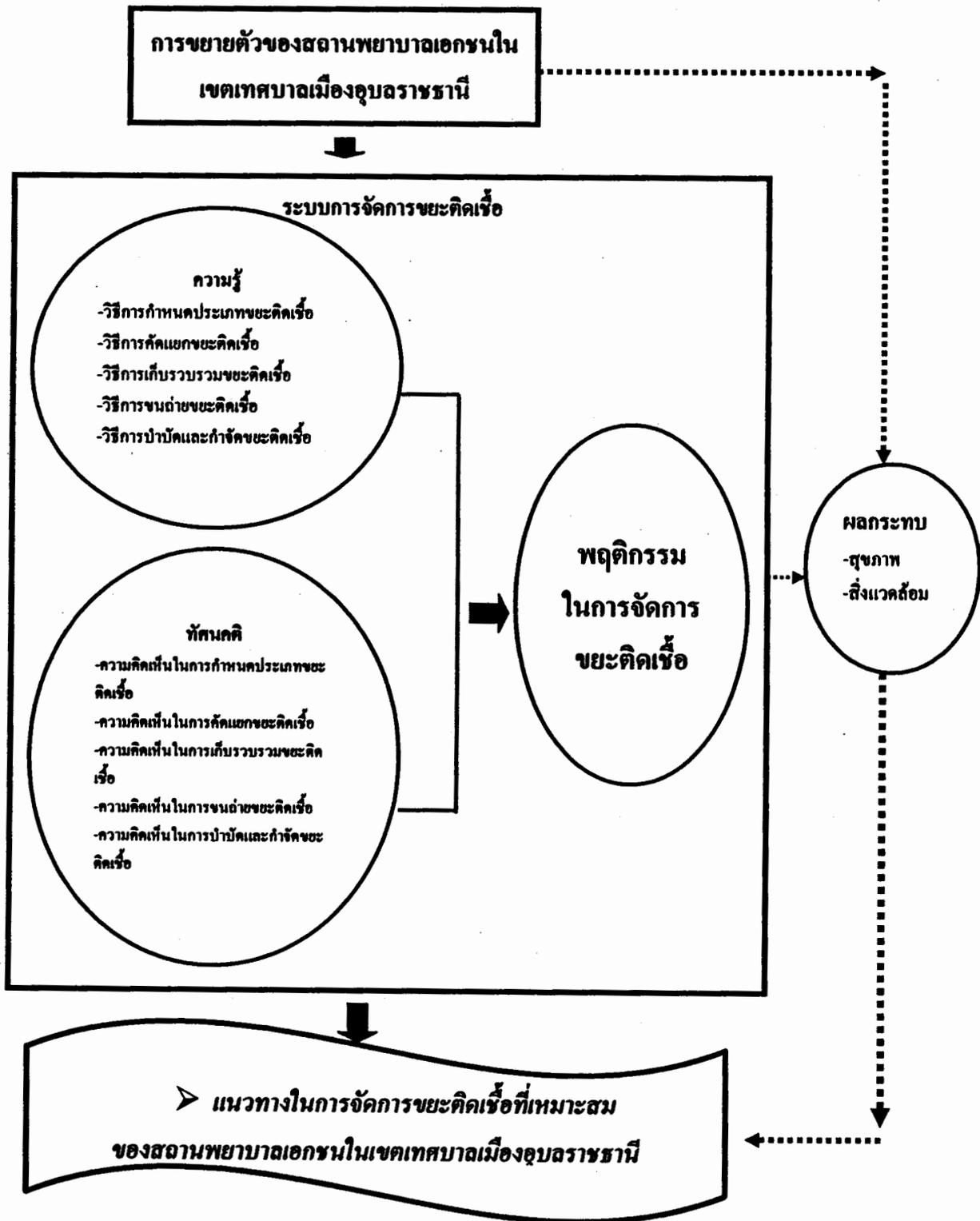
1.4 ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาด้านประชากร คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องและรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานีทุกแห่งที่ทำการจดทะเบียนปี 2550 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 88 แห่ง จำนวน 132 คน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 14 คน ทันตแพทย์จำนวน 10 คน พยาบาลจำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 34 คน และแม่บ้านจำนวน 65 คน

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับ 4 ของประเทศ ทำให้ประชากรมีอัตราการเจ็บป่วยมาก ประกอบกับสถานพยาบาลของรัฐซึ่งมีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วย และกับค่านิยมของสังคมเมืองที่เน้นความสะดวกสบาย ความรวดเร็วในการเข้ารับบริการ จึงส่งผลให้เกิดการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองเพิ่มมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลเอกชนดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์หรือสิ่งแวดล้อมหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับ “ระบบการจัดการขยะติดเชื้อ” ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการกำหนดประเภทขยะติดเชื้อ, การคัดแยก, การเก็บรวบรวม, การขนถ่าย, การบำบัด และการกำจัดขยะติดเชื้อ ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรในสถานพยาบาลเอกชนต่อไป

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังไม่มีมาตรการในการจัดการกับขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติ มีผลต่อการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานีว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรในสถานพยาบาลเอกชน อันจะนำไปสู่การหาแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อที่เหมาะสมของสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดต่อไป และจากมุมมองทั้งหมดที่ผู้วิจัยกล่าวมาข้างต้นนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่องนี้ ดังภาพที่นำเสนอต่อไปนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ประกอบด้วย ความรู้ และทัศนคติ ในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ในเรื่องต่อไปนี้

1.6.1.1 ด้านความรู้ ได้แก่ วิธีการกำหนดประเภทขยะติดเชื้อ วิธีการคัดแยกขยะติดเชื้อ วิธีการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ วิธีการขนถ่ายขยะติดเชื้อ และวิธีการบำบัดและกำจัดขยะติดเชื้อ

1.6.1.2 ด้านทัศนคติ ได้แก่ ความคิดเห็นในการกำหนดประเภทขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นในการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นในการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นในการขนถ่ายขยะติดเชื้อ และความคิดเห็นในการบำบัดและกำจัดขยะติดเชื้อ

1.6.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) ประกอบด้วย พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ ได้แก่ วิธีการปฏิบัติในการกำหนดประเภทขยะติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติในการคัดแยกขยะติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติในการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติในการขนถ่ายขยะติดเชื้อ และวิธีการปฏิบัติในการบำบัดและกำจัดขยะติดเชื้อ

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ทำให้ทราบถึงสภาพการจัดการขยะติดเชื้อ และปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำปัญหาที่เกิดขึ้นไปหาแนวทาง หรือสร้างมาตรการที่เหมาะสม ในการดำเนินการจัดการขยะติดเชื้อที่ดีที่สุดต่อไป

1.8 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

1.8.1 ขยะติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยและของเสียที่เกิดจากกระบวนการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกัน จากสถานพยาบาลซึ่งมีการปนเปื้อนของเชื้อโรค เช่น เลือด น้ำเหลือง หนอง เสมหะ น้ำลาย เข็ม ไบโอมิด กระบอกฉีดยา รวมทั้งสำลี ผ้าก๊อซ และผ้าต่างๆ ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

1.8.2 การจัดการขยะติดเชื้อ หมายถึง รูปแบบหรือกระบวนการในการปฏิบัติการควบคุมดูแลมูลฝอยติดเชื้อและป้องกันอันตรายอันจะเกิดจากการแพร่กระจายของมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลเอกชน ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การกำหนดประเภท การคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนถ่าย การบำบัดและการกำจัดขยะติดเชื้อ

1.8.3 การกำหนดประเภทของขยะติดเชื้อ หมายถึง การระบุประเภทของขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล ตั้งแต่แหล่งต้นตอหรือจุดเริ่มต้นของการเกิดขยะ ขยะติดเชื้อแยกเป็น 6 ประเภทคือ

1.8.3.1 วัสดุ ซาก หรือชิ้นส่วนของมนุษย์และสัตว์ที่ได้และเป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรศพ

1.8.3.2 วัสดุที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น สำลี ผ้าก๊อศ ผ้าต่างๆ ท่อยาง ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด เช่น น้ำเหลือง เม็ดเลือดต่างๆ และผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกาย เช่น ปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย น้ำเหลือง หนอง น้ำคร่ำ น้ำจากปอด เป็นต้น

1.8.3.3 ของมีคมที่ใช้ในกิจกรรมดังกล่าว เช่น เข็ม ไบโอมิค กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว สไลด์ กระจกปิดสไลด์ ทั้งที่ใช้ในการบริการ การวิจัย และห้องปฏิบัติการ

1.8.3.4 เชื้อ และอาหารเลี้ยงเชื้อและวัสดุที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ หรือใช้ในการตรวจวินิจฉัย ที่สัมผัสกับเชื้อทั้งทางตรงและทางอ้อม

1.8.3.5 วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิตและภาชนะบรรจุ

1.8.3.6 ขยะติดเชื้อทุกชนิดทุกประเภทที่มาจากห้องติดเชื้อร้ายแรง เช่น ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรงที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ

1.8.4 การคัดแยกขยะติดเชื้อ หมายถึง การแยกขยะติดเชื้อตั้งแต่แหล่งต้นตอหรือจุดเริ่มต้นของการเกิดขยะ โดยแยกตั้งแต่ภาชนะที่รองรับอย่างชัดเจน เช่นขยะติดเชื้อจะใส่ในภาชนะที่มีถุงสีแดงรองรับ ขยะทั่วไปใส่ในภาชนะที่มีถุงสีดำรองรับ สีของถุงที่บรรจุขยะติดเชื้อจะต้องมีลักษณะเด่นชัดและมีคำเตือนเฉพาะ เช่นควรเป็นสีแดงสด ขนาดของถุงควรมีหลายขนาดให้เลือกใช้ และมีความกว้างเพียงพอสำหรับบรรจุขยะติดเชื้อไม่เกิน 1 วัน ก่อตั้งที่บรรจุของมีคมจะต้องทำด้วยวัสดุที่แข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ และการวางภาชนะหรือถุงใส่ขยะติดเชื้อในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลควรมีตามจุดต่างๆ หลายๆ แห่ง และมีการถ่ายเทอากาศดีไม่อับชื้น

1.8.5 การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ หมายถึง ขบวนการเก็บรวบรวมขยะ และแยกตามประเภทของขยะติดเชื้อ และบรรจุในถุงพลาสติกสีแดง หรือถุงที่มีสัญลักษณ์ที่บ่งบอกว่าใช้สำหรับบรรจุขยะติดเชื้อเท่านั้น ไม่บรรจุจนล้นถุง มัดปากถุงให้แน่นด้วยเชือกสีแดง หรือมีข้อความระบุข้างถุงว่า “ขยะติดเชื้อ” เพื่อให้สามารถแยกแยะได้ว่าเป็นขยะติดเชื้อ

1.8.6 การขนถ่ายขยะติดเชื้อ หมายถึง ขบวนการเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยคน รถเข็น และรถขนขยะติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อ ต้องมีความระมัดระวังในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ ผ้าปิดปากปิด

จุก หน้ากาก แวนตา ผ้าขี้ริ้วกันเปื้อน ถุงมือยาง รองเท้าพื้นยางหุ้มแข็ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน จากขยะติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง หลังปฏิบัติงานและก่อน รับประทานอาหาร พร้อมทั้งอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด หลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน

1.8.7 การบำบัดและกำจัดขยะติดเชื้อ หมายถึง การทำลายเชื้อในขยะติดเชื้อก่อนนำไป กำจัด โดยการเผา การอบไอน้ำ การใช้สารเคมี การใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า และวิธีอื่นๆ ซึ่งวิธีต่างๆ จะมีข้อดีอยู่ ให้เลือกตามความเหมาะสม ทั้งนี้รายละเอียดและความเหมาะสมของแต่ละวิธีจะต้อง ผ่านความเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.8.8 สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานที่ส่วนบุคคลซึ่งให้การตรวจรักษาพยาบาล แก่ผู้ที่มีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ประเภทที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยค้างคืน (Clinic) แบ่งเป็น 4 ประเภทคือ สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาล ทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ที่มีทะเบียนชื่ออยู่ในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1.8.9 เจ้าหน้าที่พยาบาล หมายถึง พยาบาลทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน สถานพยาบาลเอกชน (คลินิก) ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี

1.8.10 ความรู้ หมายถึง ความทรงจำในเรื่องราวข้อเท็จจริงรายละเอียดต่างๆ และสามารถในการนำความรู้ที่เก็บรวบรวมมาใช้ดัดแปลง อธิบายเปรียบเทียบในเรื่องนั้น ได้อย่างมี เหตุผล ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละ บุคคล ซึ่งได้รับถ่ายทอดจากสังคมเป็นสำคัญ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นความทรงจำเกี่ยวกับขั้นตอนการ จัดการกับขยะติดเชื้อ 5 ขั้นตอนได้แก่ การกำหนดประเภท การคัดแยก การเก็บรวบรวม การขน ถ่าย และการบำบัดและการกำจัดขยะติดเชื้อ

1.8.11 ทักษะ หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่า ความรู้สึก และพร้อมกระทำให้ สอดคล้องกับความรู้สึกของคนต่อสิ่งนั้น โดยการตอบสนองเป็นไปในลักษณะที่มีทิศทาง เช่น ดี หรือไม่ดี มีประโยชน์หรือโทษ ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ ต่อการกำหนดประเภท การ คัดแยก การเก็บรวบรวม การขนถ่าย และการบำบัดและการกำจัดขยะติดเชื้อ

1.8.12 พฤติกรรม หมายถึง การตอบสนองที่บุคคลนั้นแสดงออกมาทั้งภายในและ ภายนอกตัวบุคคล โดยอาจแสดงออกมาทั้งที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็น ได้ หรือสามารถตรวจสอบได้ เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหากระทบต่อมนุษย์ และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การกำหนดประเภท การคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนถ่าย และ การบำบัดและการกำจัดขยะติดเชื้อ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวคิด และเอกสารงานวิจัยที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้างนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral)
- 2.4 การจัดการขยะติดเชื้อ (Infection waste Management)
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)

2.1.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำแนกได้ อาจโดยการฝึกหรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้างและวิธีการแก้ปัญหา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

ความรู้ หมายถึง การแสดงออกของสมรรถภาพสมองด้านความจำโดยใช้วิธีการระลึกออกมาเป็นหลัก (ชวาล แพรัตกุล, 2526)

ความรู้เป็นการจำข้อเท็จจริง เรื่องราว รายละเอียดที่ปรากฏในตำรา หรือสิ่งที่ได้รับจากการบอกกล่าวไว้ (จิตรา วสุวณิช, 2528)

ความรู้ หมายถึง พฤติกรรมเบื้องต้นที่ผู้เรียนจำได้ หรือระลึกได้โดยการมองเห็น ได้ยิน ความรู้ในที่นี้คือ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ คำจำกัดความ เป็นต้น (วิชัย วงศ์ใหญ่, 2535)

ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ และได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ไว้ว่า ความรู้ (Knowledge) ซึ่งจัดไว้เป็นอันดับแรก เป็นส่วนหนึ่งของพุทธิลักษณะที่ใช้ความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในขั้นต่ำสุด แต่จำเป็นจะต้องมีมาก่อนการเรียนรู้ในขั้นต่อไป ลำดับต่อไปคือ ความเข้าใจซึ่งถือว่าต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญาที่สูงไปอีกขั้นจากความรู้ และการที่เราจะทำความเข้าใจ

เข้าใจในเรื่องใดนั้นจำเป็นจะต้องมีความรู้เบื้องต้น หรือข้อมูลจำเป็นต่อการทำความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ก่อน มิฉะนั้นก็ไม่สามารถทำความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ได้ ลำดับขั้นต่อไปซึ่งได้แก่ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล ก็อธิบายได้ในทำนองเดียวกันเช่นก่อนจะถึงขั้นการนำไปใช้ได้ เราจะต้องมีความรู้ และความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ก่อน ถ้าเป็นการประเมินผล ซึ่งถือว่าเป็นความสามารถทางสติปัญญาขั้นสูงสุด ก็หมายถึงว่าสิ่งที่เราจะสามารถประเมินผลอะไรนั้น เราจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ ในเรื่องนั้นๆ ก่อนเช่นกัน (บลูม, อังใน คหวิ ศรีสิทธิรักษ์, 2540)

จากการศึกษาตามความหมายของความรู้ ของนักวิชาการต่างๆ สรุปได้ว่า ความรู้หมายถึง ความทรงจำในเรื่องราวข้อเท็จจริงรายละเอียดต่างๆ และความสามารถนำความรู้ที่เก็บรวบรวมมาใช้คัดแปลง อธิบายเปรียบเทียบในเรื่องนั้นได้อย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ความรู้ ความเข้าใจ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันโดยตรง รวมถึงการนำความรู้ ความเข้าใจนั้นไปใช้ในสถานการณ์จริงตามขั้นตอนทักษะต่างๆ ทางสมอง 6 ขั้น คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งได้รับถ่ายทอดจากสังคมเป็นสำคัญ

2.1.2 ประเภทของความรู้

การจัดประเภทของความรู้ตามวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับความรู้ ความคิด และการนำความรู้ไปประยุกต์ดังนี้

2.1.2.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความของสิ่งต่างๆ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการที่จะใช้เกี่ยวกับเฉพาะสิ่ง

2.1.2.2 ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง การมีความเข้าใจในความรู้ที่เรียน โดยสามารถอธิบายคำพูดของตนเอง

2.1.2.3 การนำความรู้ไปประยุกต์ (Application) หมายถึง ความสามารถจะนำสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ในประสบการณ์ชีวิตประจำวัน

2.1.2.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถที่แบ่งที่ต้องเรียนรู้ ออกเป็นส่วนย่อยและแสดงความสัมพันธ์ของส่วนย่อยเหล่านั้น

2.1.2.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถที่รวบรวมสิ่งได้เรียนรู้ หรือประสบการณ์เข้าเป็นสิ่งใหม่

2.1.2.6 การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะใช้ความรู้ที่ได้เรียนมาในการตัดสินใจถึงคุณค่าของสิ่งที่ได้เรียนรู้ (บลูม และคณะ, อังในสุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2535)

2.1.3 การวัดความรู้

แนวคิดทฤษฎีความรู้นี้ ใช้เพื่อค้นหาข้อมูลความจำและการระลึกได้ต่อผลของวัตถุและปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นทั้งความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ และอิสระแก่กันไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งเราอาจวัดความรู้ได้หลายวิธี แต่ที่นิยมโดยทั่วไปคือ วัดโดยใช้แบบทดสอบ หรือข้อสอบ เพราะถือว่าเป็นสิ่งเร้าเพื่อนำไปใช้กับผู้ถูกทดสอบ ให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด การเขียน ทำทาง ฯลฯ เพื่อให้สังเกตเห็นหรือนับจำนวนปริมาณนำไปแทนอันดับ หรือคุณลักษณะของบุคคลนั้น รูปแบบของแบบทดสอบมี 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1.3.1 แบบทดสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบโดยใช้การโต้ตอบด้วยวาจา หรือคำพูดระหว่างผู้ทำการทดสอบกับผู้ถูกทดสอบโดยตรง หรือบางครั้งเรียกว่า การสัมภาษณ์

2.1.3.2 แบบทดสอบข้อเขียน แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1) แบบความเรียง เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบายเรื่อง บรรยายเรื่องราวประพันธ์ หรือวิพากษ์วิจารณ์ เรื่องราวเกี่ยวกับความรู้นั้น

2) แบบจำกัดตอบ เป็นแบบที่ให้ผู้ตอบพิจารณา เปรียบเทียบตัดสินข้อความ หรือรายละเอียดต่างๆ มี 4 แบบ คือ แบบถูกผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ และแบบเลือกตอบ

2.1.3.3 แบบทดสอบภาคปฏิบัติ เป็นแบบที่ไม่ต้องการให้ผู้ตอบ แสดงออกด้วยคำพูด หรือเครื่องหมายใดๆ แต่มุ่งให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง มักเป็นแบบทดสอบในเนื้อหาวิชาที่ต้องการให้ปฏิบัติจริง (จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ, 2525)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบทดสอบวัดความรู้แบบจำกัดตอบ ถูกผิด เพื่อความเหมาะสม ด้านเวลา งบประมาณ และอีกหลายๆด้าน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)

2.2.1 ความหมาย คำว่าทัศนคติ หรือ Attitude มาจากภาษาละตินว่า "Aptus" แปลว่า โน้มเอียง, เหมาะสม

ทัศนคติ หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลได้รับหรือเรียนรู้มา และเป็นแบบอย่างในการแสดงปฏิกิริยาสนับสนุนหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อบางสิ่งบางอย่าง หรือต่อบุคคลบางคน ทัศนคตินี้เห็นได้จากพฤติกรรมซึ่งอาจเป็นแบบเข้าสู่ (Approach) หรือถอนตัวออก (Withdrawal) ก็ได้ (ราชบัณฑิตสถาน, 2524)

ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเทัญ สุวรรณ, อังโน ทองจุล ชันขาว, 2528)

ทัศนคติว่าเป็นสภาพความพร้อมทางจิตที่ก่อตัวขึ้นจากประสบการณ์ และเป็นตัวกำหนดทิศทางที่บุคคลจะตอบสนองต่อวัตถุหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (อัลล์พอร์ท, อ้างใน งามตา วนิทานนท์, 2537)

ทัศนคติ คือ ผลรวมที่ก่อให้เกิดพลังใจ อารมณ์ การรับรู้ และกระบวนการรู้คิดเกี่ยวกับประสบการณ์รอบตัวบุคคล (เกรซ และครัทซ์ฟิลด์, อ้างใน งามตา วนิทานนท์, 2537)

ทัศนคติในแง่ขององค์ประกอบด้านความรู้สึก คือ เป็นลักษณะทางอารมณ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งกำหนดการตอบสนองอย่างคงเส้นคงวาต่อวัตถุในทิศทางที่พอใจหรือไม่พอใจ (พีชเบน, อ้างใน งามตา วนิทานนท์, 2537)

ทัศนคติ คือ จิตลักษณะประเภทหนึ่งของบุคคล เกิดจากการรู้คิดเชิงประมาธค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทำนองประ โยชน์หรือโทษ ทำให้มีความรู้สึกโน้มเอียงไปทางชอบ พอใจ มากน้อยต่อสิ่งนั้นๆ หรือกล่าวได้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (งามตา วนิทานนท์, 2537)

จากความหมายของทัศนคติดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเชิงประเมินค่าว่ามี คุณหรือโทษ และมีผลทำให้บุคคลนั้นพร้อมที่จะตอบสนองหรือแสดงความรู้สึกโดยการสนับสนุนหรือต่อต้านสิ่งเหล่านั้นในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ยอมรับ หรือไม่ยอมรับ ดังนั้น ทัศนคติจึงไม่ใช่พฤติกรรมแต่เป็นแนวโน้มเอียงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2.2.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

องค์ประกอบของทัศนคติประกอบด้วย 3 ประการดังนี้

2.2.2.1 องค์ประกอบทางด้านความเข้าใจ (Cognitive component) คือ ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นอาจเป็นไปได้ทั้งในแง่ดีและร้าย หรือเป็นความเชื่อต่างๆ องค์ประกอบนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยมที่บุคคลได้กำหนดมาตรฐานขึ้นไว้ในใจเป็นสำคัญ

2.2.2.2 องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective component) ได้แก่ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความแตกต่างกันตามแต่บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ความรู้สึกเหล่านี้จะแสดงออกทางสีหน้าท่าทางเมื่อบุคคลได้พูดหรือนึกถึงสิ่งเหล่านั้น

2.2.2.3 องค์ประกอบทางการปฏิบัติ (Behavioral component) คือ ความโน้มเอียงล่วงหน้าที่จะปฏิบัติต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมทั้งนี้ย่อมหมายถึงแนวทางปฏิบัติ เพื่อแสดงออกโดยไม่ต้องฝืนความรู้สึก และเป็นการวางแนวโน้มไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อ

ควรวาดปฏิบัติจริงจะปฏิบัติอย่างไร และในบางกรณีอาจปฏิบัติอยู่แล้วก็ได้ (Secound and Backman, อ้างใน ปิรน์นัท สุทธรไชยา, 2541)

2.2.3 การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติอาจทำได้โดยวิธีการต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.2.3.1 สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ยาก แม้ว่าทำได้ผล
ลัพท์ก็ยังไม่อาจให้ความมั่นใจได้ว่าจะแม่นยำเสมอไป

2.2.3.2 วิธีรายงานด้วยคำพูด (Verbal Report) มักจะใช้แบบสอบถาม
(Questionnaire) และหรือวิธีสัมภาษณ์ (Interview) ที่มีลักษณะแบบปรนัยซึ่งเป็นที่นิยมมากสำหรับ
ใช้ศึกษาเปรียบเทียบได้กับบุคคลเป็นจำนวนมาก

2.2.3.4 วิธีแปลความ (Interpretive Methods) เป็นวิธีวัดทัศนคติแบบอัตนัย โดยผู้
ถูกถามมักไม่ตระหนักชัด ถึงวัตถุประสงค์ของผู้กระทำการศึกษา และไม่ระแวงสงสัยหรือรู้สึกหวั่น
ที่จะตอบคำถามหรือแสดงความรู้สึกนึกคิด และไม่ถูกจับผิดในการตอบทั้งในด้านเวลาและขอบเขต
ของเนื้อหาซึ่งแตกต่างไปจากวิธีการวัดทัศนคติแบบใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ (อุทัย หิรัญโต,
อ้างใน ปิรน์นัท สุทธรไชยา, 2541)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ใช้วิธีการวัดทัศนคติด้วยการใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์
และการสังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรม

ตามความหมายของพฤติกรรม นักวิชาการได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้
หลายความหมายดังนี้

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้
หรือไม่ได้ เช่น การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความสนใจ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

พฤติกรรมอาจจะสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส ถ้าเป็นพฤติกรรมภายนอกเราจะ
สังเกตเห็นได้ชัดเจน ส่วนพฤติกรรมภายในจะต้องใช้เครื่องมือในการวัด พฤติกรรมทุกอย่าง
เกิดขึ้นได้ย่อมมีสาเหตุ ซึ่งต้นเหตุแห่งพฤติกรรมได้แก่ สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้อินทรีย์แสดง
ปฏิกิริยาตอบสนองมีอยู่ 2 ประเภท คือ สิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายใน ดังนั้นพฤติกรรมบางอย่าง
ของมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ค้นหาสาเหตุได้ยาก และพฤติกรรมมนุษย์เป็นผลจากการบุคคลเลือกปฏิกิริยา
ตอบสนองที่เหมาะสมที่สุดมาสนองต่อสิ่งเร้า แต่สิ่งเร้าจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อ อินทรีย์อยู่ใน

ภาวะการรับเร้า หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ภาวะการรับการจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการและบรรลุเป้าหมายที่ตนวางไว้ (อารี พันธุ์ณี, 2530)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำโดยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ทั้งสังเกตเห็นได้ด้วยตนเองหรือผู้อื่น รวมทั้งการกระทำที่ไม่อาจสังเกตเห็นได้หรือใช้เครื่องมือช่วยในการสังเกต (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, อ่างใน ปิรนนท์ สุนทรไชยา, 2541)

พฤติกรรมจะมีขั้นตอนของกระบวนการเกิดพฤติกรรม 3 กระบวนการคือ

- (1) กระบวนการรับรู้ (Preception) คือ กระบวนการที่รับข่าวสารจากสภาพแวดล้อมโดยผ่านทางระบบประสาทสัมผัส กระบวนการจึงรวมการรู้สึกด้วย
- (2) กระบวนการรู้ (Cognition) คือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตที่รวมการเรียนรู้ การจำ การคิด กระบวนการทางจิตดังกล่าวย่อมรวมถึงการพัฒนาด้วย
- (3) การบวนการเกิดพฤติกรรมในสภาพแวดล้อม (Spatial Behavior) คือ กระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมผ่านการกระทำ สังเกตได้จากภายนอกเป็นพฤติกรรมภายนอก (ปิรนนท์ สุนทรไชยา, 2541)

2.3.3 สิ่งกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

สิ่งกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์มีหลายประการ ซึ่งอาจจะแยกได้ 2 ประเภท คือ

2.3.3.1 ลักษณะนิสัยส่วนตัว ได้แก่

1) ความเชื่อ หมายถึง การที่บุคคลคิดถึงอะไรก็ในแง่ของข้อเท็จจริง ซึ่งไม่จำเป็นจะต้องถูกหรือผิดเสมอไป ความเชื่ออาจมาโดยการเห็น การบอกเล่า การอ่านรวมทั้งการคิดขึ้นเอง

2) ค่านิยม หมายถึง สิ่งที่คนนิยมยึดถือประจำใจที่ช่วยตัดสินใจในการเลือก

3) ทศนคติหรือเจตคติ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ กล่าวคือทศนคติเป็นแนวโน้มหรือขั้นเตรียมพร้อมของพฤติกรรม และถือว่าทศนคติมีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมในสังคม

4) บุคลิกภาพเป็นสิ่งกำหนดว่า บุคคลหนึ่งจะทำอะไร ถ้าเขาตกอยู่ในสถานการณ์หนึ่ง เป็นสิ่งที่บอกว่าคุณจะปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์หนึ่งๆ

2.3.3.2 กระบวนการอื่นๆ ทางสังคม ได้แก่

1) สิ่งกระตุ้นพฤติกรรม (Stimulus Object) และความเข้มข้นของสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมลักษณะนิสัยของบุคคล คือ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ บุคลิกภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก็จริง แต่พฤติกรรมจะเกิดขึ้นยังไม่ได้ ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน



บุคคล ได้แก่ การสะสมความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ ที่เคยได้รับ หรืออาจรับจากภายนอก เช่น ข่าวสาร คำบอกเล่าของบุคคล เป็นต้น

2) สถานการณ์ (Situation) หมายถึง สิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นบุคคลและไม่ใช่บุคคลซึ่งอยู่ในสถานะที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม (ปรีนันท์ สุนทรไชยา, 2541)

2.3.4 การประเมินพฤติกรรม

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินพฤติกรรม จะช่วยทำให้สามารถวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ในสภาพแวดล้อมและสถานะของอินทรีย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก

วิธีการประเมินพฤติกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

2.3.4.1 วิธีการประเมินโดยตรง (Direct Methods of Assessment) เป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยมมีอยู่ 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1) การสังเกตพฤติกรรม (Observation) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด และเป็นวิธีการหลักที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรม ซึ่งการสังเกตพฤติกรรมสามารถดำเนินการได้ใน 2 สภาพการณ์ คือ ในสภาพการณ์ที่เป็นธรรมชาติ และในสภาพการณ์จัดขึ้นในคลินิก

2) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-Monitoring) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยบุคคลอื่นที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีนั้นยังมีจุดบกพร่องที่ยังมีพฤติกรรมอีกจำนวนมาก ที่ไม่สามารถสังเกตและบันทึกได้โดยบุคคลอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพฤติกรรมนั้น เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้สังเกตไม่อยู่ในสภาพการณ์ขณะนั้น หรืออาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมส่วนตัว และยังมีพฤติกรรมภายใน (Convent Behavior) เช่น การปวดศีรษะ การคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ที่ผู้สังเกตไม่สามารถรู้ได้

3) การวัดผลที่เกิดขึ้นของพฤติกรรม (Measurement of Product) เป็นวิธีการประเมินที่ดูง่าย และสะดวกมากที่สุด เป็นการนำผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของบุคคลบันทึกรวบรวมเท่านั้น โดยไม่จำเป็นที่จะต้องนำไปเกี่ยวข้องกับหรือรบกวนการกระทำของบุคคลเป้าหมายเลย เช่น การรวบรวมข้อมูลจากผลการสอบ เป็นต้น

4) การวัดทางสรีระ (Physiological Measures) มีวัตถุประสงค์ที่จะดูการเปลี่ยนแปลงของสรีระของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ การวัดทางสรีระมีจุดเด่นอยู่ตรงผลที่ได้จากการวัด นั่นคือผู้ถูกวัดจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของตนทันที ผลที่ได้ค่อนข้างมีความเที่ยงสูงมาก แต่อาจมีปัญหาได้ถ้านักจิตวิทยาจะนำเอาผลที่ได้จากการวัดทางสรีระ ไปตีความหมายในทางจิตวิทยา

2.3.4.2 วิธีการประเมินโดยทางอ้อม (Indirect Methods of Assessment) เป็น

วิธีการที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ในการประเมินทางจิตวิทยาต่างๆ ไป แต่ก็จัดได้ว่าวิธีการที่มีปัญหามากที่สุดในการใช้เช่นกัน เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินนั้น ไม่มีความหมายด้วยตัวของมันเอง ต้องผ่านกระบวนการตีความ ซึ่งอาจตีความถูกหรือผิดก็ได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้เป็นหลัก วิธีการประเมินทางอ้อมที่นิยมใช้ มีอยู่ด้วยกัน 3 วิธี ดังต่อไปนี้

1) การสัมภาษณ์ (Interveiw) เป็นวิธีการประเมินทางอ้อมที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการประเมิน และวิเคราะห์พฤติกรรม ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย เพื่อกำหนดขอบเขตในการรวบรวมข้อมูล ในการสัมภาษณ์นั้นคำถามที่ควรใช้ ควรจะขึ้นต้นว่า “อะไร” และ “เมื่อไร” แทนคำว่า “ทำไม”

ข้อดีของการสัมภาษณ์ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก แต่ข้อจำกัดบางประการคือในเรื่องของความเชื่อถือของข้อมูล ที่ต้องอาศัยความจำ และบางครั้งผู้ถูกสัมภาษณ์พยายามตอบคำถาม เพื่อให้ตนเองดูดีขึ้น

2) การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น (Information from other people)

เป็นการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่นที่เป็นบุคคลที่วัดได้ว่า มีความสำคัญ (Significant other) ต่อบุคคล บุคคลเหล่านี้อาจได้แก่ ผู้ปกครอง เพื่อน สามิ/ภรรยา หรือ ผู้ร่วมงาน เป็นต้น ในการตั้งคำถามก็จะใช้คำว่า “อะไร” “เมื่อไร” และ “อย่างไร” คล้ายคลึงกับวิธีการสัมภาษณ์เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น นอกจากจะใช้การสัมภาษณ์เป็นหลักแล้วยังสามารถประเมินในลักษณะอื่นๆ เช่น การใช้แบบตรวจสอบรายการพฤติกรรม (Behavior checklists) มาตรฐานประเมินค่า (Rating Scale) และสังคมมิติ (Sociometric) เป็นต้น แบบประเมินดังกล่าวมักจะนิยมใช้กันมากในการประเมินทักษะทางสังคมของเด็กหรือบุคคลทั่วไป ข้อพึงระวังในการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่นก็คือ ความลำเอียงของผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงควรจะใช้ประกอบกับข้อมูลอื่นๆ ด้วยในการประเมินพฤติกรรม (ปีรันนัท สุนทรไชยา, 2541)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ใช้วิธีการวัดพฤติกรรมด้วยการใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ และการสังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล

2.4 การจัดการขยะติดเชื้อ (Infection waste Management)

วิธีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลนั้นมีขั้นตอนสำคัญๆ ได้แก่

2.4.1 การกำหนดประเภทขยะติดเชื้อ

ขยะมูลฝอยทั่วไปที่เกิดจากสถานพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดจากกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการแก่ประชาชนผู้มาใช้บริการ และเกิดจากกิจกรรมของเจ้าหน้าที่เอง เช่น กิจกรรมจากที่พักรักษาในสถานพยาบาล กิจกรรมการดำรงชีวิต ฯลฯ เป็นต้น ส่วนในการกำหนดประเภทของขยะมูลฝอยที่เกิดจากสถานพยาบาล แบ่งออกเป็น 8 ประเภท คือ

2.4.1.1 ขยะทั่วไป (General Waste) ได้แก่ ขยะที่เกิดจากอาศัย พวงกุญแจ บรรจุภัณฑ์ต่างๆ ที่ถูกทิ้ง ที่กำหนดว่าเป็นสิ่งไม่เป็นอันตราย หรือต้องควบคุมเป็นพิเศษ หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

2.4.1.2 ขยะที่มีพยาธิสภาพ (Pathological Waste) ซึ่งประกอบด้วย เนื้อเยื่อ อวัยวะชิ้นส่วนร่างกาย ทารกไร้ชีพ (Fetus) และซากสัตว์ รวมทั้งส่วนที่เป็นของเหลวและเลือดจากร่างกาย

2.4.1.3 ขยะหรือมูลฝอยติดเชื้อ (Infectious and Potentially Infectious Waste) ได้แก่ ขยะที่มีเชื้อก่อโรค มีความเข้มข้น หรือจำนวนที่มากพอเมื่อสัมผัสแล้วสามารถทำให้เป็นโรคได้ ขยะประเภทนี้ประกอบด้วย

1) ที่เพาะเชื้อและตัวเชื้อโรค (Culture and Infectious Agents) จาก

ห้องปฏิบัติการทดลอง

2) มูลฝอยจากการผ่าตัด การตัดชิ้นเนื้อจากผู้ป่วยติดเชื้อ

3) มูลฝอยผู้ป่วยติดเชื้อจากห้องแยกเฉพาะ (Isolate Wards)

4) ขยะที่เป็นสิ่งของที่ใช้กับคนไข้ติดเชื้อที่ทำ Haemodialysis เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการล้างไต พวกที่กรอง ท่อ ผ้าเช็ดตัว ถุงมือ ฯลฯ เป็นต้น

2.4.1.4 ขยะมีคม (Sharp) ซึ่งได้แก่ เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา มีดผ่าตัด แก้วแตก ตะปู ไขว้ และสิ่งของอื่นๆ ที่สามารถก่อให้เกิดบาดแผลได้

2.4.1.5 ขยะประเภทยา (Pharmaceutical Waste) ได้แก่ ยา และเคมีภัณฑ์ที่ถูกส่งกลับคืนมาจากหอผู้ป่วย ยาหมดอายุ ถูกปนเปื้อน หรือถูกทิ้ง เนื่องจากไม่ต้องการอีก

2.4.1.6 ขยะสารเคมี (Chemical Waste) อันประกอบด้วยสารเคมีทั้งรูปของแข็ง ของเหลว และก๊าซที่ถูกทิ้ง เช่น สารเคมีที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัยโรค และการทดลอง

สารเคมีที่ใช้ในการทำความสะอาดเครื่องมือ อาคารสถานที่ และขบวนการทำลายเชื้อโรค ของเสียสารเคมีอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เนื่องจากความเป็นพิษ การกัดกร่อน การติดไฟได้ มีฤทธิ์ในการทำปฏิกิริยาและระเบิด และเป็นอันตรายต่อกรรมพันธุ์

2.4.1.7 ของเสียปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี (Radioactive) ได้แก่ ของเสียพวกของแข็ง ของเหลว และรูปของก๊าซ ที่มีการปนเปื้อนด้วยกัมมันตรังสี จาก

- 1) การตรวจวิเคราะห์เนื้อเยื่อ ของเหลวจากร่างกาย
- 2) การตรวจวิเคราะห์อวัยวะ ชิ้นส่วนของร่างกาย การตรวจหาก้อนเนื้อ
- 3) กระบวนการบำบัดฟื้นฟู

2.4.1.8 ของเสียพวกภาชนะที่มีแรงดัน (Pressurized Containers) ได้แก่ มูลฝอยพวกกระป๋องที่มีก๊าซบรรจุอยู่ภายใน และสามารถที่จะระเบิดได้ ถ้านำไปเผาหรือถูกเจาะ (องค์การอนามัยโลก, อ้างใน กุหลาบ แผ่นทอง, 2543)

2.4.2 การคัดแยกขยะติดเชื้อ

ในส่วนของขยะติดเชื้อนั้นมีหลักการว่า มูลฝอยติดเชื้อต้องถูกแยกออกต่างหากไม่ปะปนกับมูลฝอยทั่วไปอื่นๆ ดังนี้ คือ

2.4.2.1 การแยกมูลฝอยติดเชื้อ ต้องปฏิบัติ ณ จุดกำเนิดมูลฝอย เช่น บริเวณที่มีการใช้วัสดุและต้องทิ้งให้เป็นขยะ ซึ่งผู้ผลิตของเสียบริเวณนั้น เข้าใจชัดเจนในการประเมินสิ่งอันตรายที่เกี่ยวข้องกับของเสียที่เกิดขึ้น

2.4.2.2 แยกมูลฝอยติดเชื้อที่มีลักษณะอันตรายที่รุนแรงเพิ่ม ออกจากมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ในกรณีที่ต้องการระบบบำบัดของเสียเพิ่มหรือกฎหมายกำหนดให้ปฏิบัติ

2.4.2.3 ภาชนะเก็บรวบรวม หรือถุงพลาสติก ที่ใช้ในการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ ต้องแสดงลักษณะให้เห็นความแตกต่างแยกจากขยะทั่วไป โดยมีเครื่องหมาย สัญลักษณ์ และข้อความแสดงชัดเจน และพิมพ์คำเตือน “มูลฝอยติดเชื้ออันตราย” สีคำอยู่ได้รูปหัวกะโหลกไขว้

2.4.2.4 ถุงพลาสติกที่ใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ควรมีสีแยกออกมาเฉพาะ โดยปกติใช้ถุงสีแดง หรือสีส้ม เพื่อบ่งบอกว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ (หน่วยงานป้องกันสิ่งแวดล้อม, อ้างในร่วมศักดิ์ ยะใหม่วงศ์, 2543)

2.4.3 การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ

การบรรจุและเก็บมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อป้องกันผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนไปสัมผัสต่อขยะติดเชื้อ ซึ่งอาจก่อให้เกิดบาดแผลและสัมผัสตัวเชื้อโรค ดังนั้นการบรรจุที่ดี ต้องสอดคล้องต่อการปฏิบัติคือ การจับสัมผัส การเก็บพัก การขนถ่ายมูลฝอย และการบำบัดหรือกำจัด มีปัจจัยในการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อต่างๆ ดังนี้

2.4.3.1 เลือกใช้กล่องหรือภาชนะบรรจุที่ทำจากวัสดุ ที่เหมาะสมกับประเภทของ เสี่ยง เช่น ใช้ถุงพลาสติกที่สามารถใช้ได้กับมูลฝอยที่เป็นของแข็ง หรือมีของเหลวเจือปน ภาชนะ บรรจุสำหรับของมีคมต้องมีความทนทานต่อการแตกหรือฉีกขาด ของเสียประเภทของเหลวอาจ ต้องใช้ภาชนะบรรจุที่เป็นถังหรือขวดแทน

2.4.3.2 กล่องหรือภาชนะบรรจุของเสีย ต้องสามารถเก็บรักษาของเสียได้อย่างดี ในขณะที่อยู่ในที่พักมูลฝอย และการขนส่งถ่ายมูลฝอย

2.4.3.3 ใช้ถุงปิดภาชนะพลาสติกที่มีความทนทานสูง ไม่แตกง่าย และแยก ลักษณะเฉพาะต่างหาก

2.4.3.4 ปิดภาชนะบรรจุให้สนิทด้วยเชือกเพื่อสะดวกในการขนส่ง และนำไปสู่ ขบวนการบำบัด และกำจัดของเสีย

2.4.3.5 ของมีคม ควรกำหนดให้ทิ้งในภาชนะบรรจุที่แข็งไม่แตกง่าย และ สามารถป้องกันการถูกบาดและแทง ปิดแน่นก่อนที่จะสัมผัส เคลื่อนย้าย (สมหวัง คำนวิชัยวิจิตร และเทพนิมิตร จุแดง, 2539)

การวางภาชนะหรือถุงใส่ขยะติดเชื้อในหน่วยงาน ควรจะมีตามจุดต่างๆ หลาย แห่งเพื่อจะได้เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และสะดวกต่อการทิ้งขยะติดเชื้อของบุคลากรภายในหน่วยงาน รวมทั้งสถานที่วางภาชนะใส่ขยะ ติดเชื้อ ควรวางในจุดที่ไม่เปียกแฉะ และมีการถ่ายเทอากาศดีไม่อับชื้น เพื่อไม่ให้เกิดกลิ่นเหม็นและ เป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค (หน่วยงานป้องกันสิ่งแวดล้อม, อ้างใน ร่วมศักดิ์ ะใหม่วงศ์, 2543)

ดังนั้นการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ ควรแยกตามประเภทของขยะติดเชื้อ และบรรจุ ในถุงพลาสติกสีแดง หรือถุงที่มีสัญลักษณ์ที่บ่งบอกว่าใช้สำหรับบรรจุขยะติดเชื้อเท่านั้น ไม่บรรจุ จนล้นถุง มัดปากถุงให้แน่นด้วยเชือกสีแดง หรือมีข้อความระบุข้างถุงว่า “ขยะติดเชื้อ” เพื่อให้ สามารถแยกแยะได้ว่าเป็นขยะติดเชื้อ ซึ่งการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อประกอบไปด้วย ภาชนะ รองรับขยะหรือถังขยะ รถบรรทุกขยะหรือแหล่งรวมขยะ พนักงานเก็บขยะหรือเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมขยะ ซึ่งจะช่วยให้การเก็บรวบรวมขยะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.4.4 การขนถ่ายขยะติดเชื้อ

เป็นการขนถ่ายขยะติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดไปยังสถานที่พักขยะหรือกำจัดขยะ โดยทั่วไปแล้วสถานที่กำจัดขยะติดเชื้อบางแห่งอยู่ไกลชุมชนมาก ต้องใช้ยานพาหนะในการขนส่ง ซึ่งบางครั้งมีปัญหาเนื่องจากขยะตกหล่นระหว่างขนส่ง และมีการนำขยะติดเชื้อไปปะปนรวม

กับขยะประเภทอื่นด้วย ดังนั้นขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญสำหรับสถานที่ที่ห่างไกลแห่ง
กำจัด ปัจจัยการปฏิบัติการขนถ่ายที่ปลอดภัยมี 2 ประการ ดังนี้

2.4.4.1 มีการบรรจุมูลฝอยได้ถูกต้อง

2.4.4.2 ห้ามใช้เครื่องจักรหรืออุปกรณ์ในการขนย้าย หรือยกภาชนะบรรจุมูล
ฝอยติดเชื้อซึ่งอาจทำให้ภาชนะบรรจุแตกร้าวได้

ดังนั้นการขนถ่ายขยะติดเชื้อออกนอกสถานพยาบาล จะต้องใส่ขยะติดเชื้อลงใน
ภาชนะที่มีความแข็งแรงทนทาน และรถยนต์ที่ใช้ในการขนถ่ายต้องไม่รั่วซึม เรือนพักขยะมี
ลักษณะโปร่งโล่ง ไม่อับชื้น หรือร้อนจัดจนเกินไป และป้องกันแมลงได้ มีประตูเข้า-ออกแยกกัน
และกว้างพอสำหรับให้รถเข็นผ่านได้สะดวก และที่สำคัญประตูต้องลั่นกุญแจเสมอ การขนถ่ายและ
เคลื่อนย้ายควรจับตรงคอดึงและวางอย่างนุ่มนวล ห้ามโยน ห้ามลากถุงขยะติดเชื้อ เพื่อป้องกันขยะ
หกหล่น และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งจะช่วยให้การเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อมีประสิทธิภาพ
ยิ่งขึ้น (สมหวัง คำนวณวิชัยวิจิตร และเทพนิมิต จูแดง, 2539)

2.4.5 การบำบัดและการกำจัดขยะติดเชื้อ

การบำบัดและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (Treatment and Disposal of Infectious Waste)

การบำบัด (Treatment) หมายถึง วิธีการ เทคนิคต่างๆ หรือขบวนการที่ก่อให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะด้านชีววิทยา หรือส่วนประกอบของของเสีย ซึ่งเทคนิค และวิธีการ
บำบัดหรือกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ผ่านการยอมรับต้องเข้าเกณฑ์ที่สำคัญคือ

2.4.5.1 เป็นวิธีหรือเทคนิคที่ไม่ก่อให้เกิดความต้ออนามัยสาธารณะ หรือสุขภาพ
ประชาชน

2.4.5.2 เทคนิควิธีการ ที่ใช้ในขบวนการบำบัดต้องเป็นไปตามหลักการด้าน
วิทยาศาสตร์ และความต้องการของชุมชนด้วยคือ สามารถลด/ทำลายฤทธิ์การปนเปื้อน เปลี่ยน
ลักษณะของเสียให้ปลอดภัยหรือเสถียร และยอมรับ สำหรับการขนถ่ายอย่างปลอดภัยหรือลด
ปริมาณของของเสียลงเป็นวิธีการที่ไม่ละเมิดต่อกฎหมายหรือข้อปฏิบัติด้านสิ่งแวดล้อม

2.4.5.3 กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ในขบวนการบำบัดแบบต่างๆ ที่ใช้ใน
การบำบัด

2.4.5.4 มีการตรวจสอบระบบและขั้นตอนการบำบัดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ
และได้ผลดี

2.4.5.5 ใช้เชื้อจุลินทรีย์เป็นตัวบ่งชี้ ในการตรวจสอบประสิทธิผลการบำบัด
โดยพิจารณาวิธีการหรือเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด และประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ (หน่วยงาน
ป้องกันสิ่งแวดล้อม, อังโน ร่วมศักดิ์ ยะโหม่ววงศ์, 2543)

2.4.6 ผลกระทบที่เกิดจากขยะติดเชื้อ

ผลกระทบจากปัญหาขยะติดเชื้อแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

2.4.6.1 การเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health Risk) ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย

ได้ 2 วิธีคือ

1) การเกิดโรคติดเชื้อจากขยะติดเชื้อ เนื่องจากขยะติดเชื้อเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดโรคติดเชื้อจากขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล ไปสู่คนได้โดยการสูดดมทางจมูกปนกับฝุ่นละอองของขยะติดเชื้อเข้าทางเดินหายใจ กลืนลงสู่ทางเดินอาหารเมื่อมีการปนเปื้อนเชื้อโรคที่มือจากการสัมผัส เข้าทางเยื่อของตา การสัมผัสโดยตรงต่อขยะติดเชื้อในขณะที่ผิวหนังมีรอยเปิดหรือรอยดลอกและมีจำนวนของเชื้อโรคมักพอที่จะทำให้ผู้ที่มีความไวต่อเชื้อโรคเกิดโรคได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเป็นสื่อกลางของการปนเปื้อนจากขยะสู่แหล่งน้ำก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กในน้ำ เกิดการสะสมสารพิษในห่วงโซ่อาหาร เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรคทำให้เกิดแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรค ในที่สุดจึงก่ออันตรายแก่สุขภาพมนุษย์ได้

2) การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับขยะติดเชื้อ

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับของมีคมที่ใช้แล้ว และก่อนนำไปกำจัดทำลาย โดยถูกทิ่มแทงหรืออาจสัมผัสกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อจากสารคัดหลั่ง และเลือดที่ปนเปื้อนมา กับของมีคม ซึ่งเกิดขึ้นเป็นประจำ ศูนย์ควบคุมโรค แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้รายงาน ว่า ในแต่ละปีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ได้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 12,000 คน จากการสัมผัสกับเลือด และสารคัดหลั่งของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และประมาณ 250 คน จะเสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากความเสี่ยงที่จะเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แล้ว บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องยังจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคชนิดอื่นๆ ด้วย เช่น เชื้อเฮอไอวี เชื้อบาดทะยัก ฯลฯ เป็นต้น

2.4.6.2 การเกิดภาวะมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม (Pollution) ขยะติดเชื้อเป็นสาเหตุที่สำคัญมากอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะมลพิษต่อดิน น้ำ และอากาศ เนื่องจากขยะติดเชื้อที่ไม่ได้รับการเก็บรวบรวมหรือไม่นำไปกำจัดให้ถูกต้อง อาจมีสารพิษตกค้างอยู่บนดินซึ่งก่อให้เกิดมลพิษในดินขึ้น เมื่อมีการชะล้างของพื้นผิวดินด้วยน้ำ เช่น น้ำฝน น้ำก็จะพัดพาและละลายเอาความสกปรก ลงสู่ที่ราบลุ่ม และในที่สุดก็จะทำให้เกิดมลพิษของน้ำในแหล่งน้ำขึ้นได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กในน้ำ เกิดการสะสมของสารพิษในห่วงโซ่อาหาร เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์นำโรค ทำให้เกิดเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อม และในที่สุดก็จะส่งผลกระทบต่อ

ต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ ส่วนมลพิษทางอากาศจากขยะติดเชื้อมีทั้งพวกมลสารที่เป็นสารวัตถุ และพวกแก๊สหรือไอระเหย ที่สำคัญก็คือกลิ่นที่เกิดจากการเน่าเปื่อย และสลายตัวของอินทรีย์สาร เป็นส่วนใหญ่

2.4.6.3 การเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค (Breeding Places) เนื่องจากเชื้อจุลินทรีย์สามารถปนเปื้อนมากับขยะติดเชื้อ จึงมีโอกาที่จะขยายพันธุ์เพิ่มจำนวนมากยิ่งขึ้นได้ เพราะขยะมีทั้งความชื้น และสารอินทรีย์ที่จุลินทรีย์ใช้เป็นอาหาร เหมาะต่อการเจริญเติบโตและขยายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็ว ขยะพวกอินทรีย์สารที่ทิ้งค้างไว้อาจเกิดการเน่าเปื่อยกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงวันได้อย่างดี นอกจากนั้นพวกกองขยะติดเชื้อที่ปล่อยทิ้งค้างไว้นานๆ จะกลายเป็นที่อยู่อาศัยของหนูโดยหนูจะเข้าไปทำรังขยายพันธุ์ เพราะมีทั้งอาหาร และที่หลบซ่อนเป็นอย่างดี ดังนั้นขยะติดเชื้อที่ไม่ได้มีการรวบรวม และกำจัดที่ถูกต้อง จึงทำให้เกิดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่สำคัญของเชื้อโรค แมลงวัน และหนูได้

2.4.6.4 การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Loss) การเก็บรวบรวม และกำจัดขยะติดเชื้อ ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ตัวอย่างของการสูญเสียทางตรงที่เห็นได้ชัดก็คือ การปล่อยให้มีการทิ้งปนกันของขยะติดเชื้อ และขยะทั่วไปในสถานพยาบาล ทำให้มีขยะติดเชื้อมากกว่าปกติจึงต้องสูญเสียพลังงานจำนวนมากในการเผาทำลาย ส่วนการสูญเสียทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การเกิดการติดเชื้อเอชไอวี และเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรคระบบทางเดินหายใจ โรคพยาธิ โรคทางเดินอาหาร ของผู้ที่ต้องสัมผัส หรืออยู่ในบริเวณที่มีขยะติดเชื้อ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย ส่วนทางด้านผู้ให้บริการในสถานพยาบาลก็ต้องเพิ่มจำนวน และใช้เวลาบริการมากขึ้นทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการให้บริการบริการมากขึ้นไปด้วย

2.4.6.5 การเกิดเหตุรำคาญ (Nuisances) ขยะติดเชื้ออาจทำให้เกิดเหตุรำคาญขึ้นได้หลายอย่าง ที่สำคัญก็คือ กลิ่นเหม็น และฝุ่นละออง การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อได้ไม่หมดก็จะทำให้เกิดเป็นแหล่งของกลิ่นเหม็นกระจายในสถานพยาบาล หรือแม้แต่การนำขยะไปกำจัดก็อาจทำให้เกิดกลิ่นเหม็นเป็นเหตุรำคาญในบริเวณใกล้เคียงขึ้นได้ นอกจากนั้นแล้วฝุ่นละอองที่เกิดขึ้นจากการเก็บรวบรวม การขนส่ง และการกำจัดขยะติดเชื้อ ก็ยังเป็นเหตุรำคาญที่มักถูกร้องเรียนอยู่เสมอ (วารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อม, อังใน ร่วมศักดิ์ ยะใหม่วงศ์, 2543)

ปัญหาที่เกิดจากขยะติดเชื้อนั้น มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ถ้าหากมีการจัดการขยะที่ไม่ถูกต้องและไม่มีประสิทธิภาพปัญหาผลกระทบต่อเกิดขึ้นย่อมรุนแรงด้วยเช่นกัน

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยงยุทธ ร่วมชาติ (2535) ศึกษาวิจัยเรื่อง “กระบวนการคัดแยกขยะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเตาเผาขยะติดเชื้อ โรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตาก” ผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเผาขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลแม่สอดก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ ทำให้เกิดการร้องเรียน ต่อมลพิษที่ได้รับตั้งแต่ปี 2534 โรงพยาบาลแม่สอดจึงได้หาวิธีการแก้ไขเหตุร้องเรียนดังกล่าว อยู่ 2 วิธี คือ 1) การปรับปรุงโครงสร้างเตาเผาขยะติดเชื้อในส่วนที่ชำรุดและเพิ่มระบบควบคุมมลพิษด้วยน้ำ 2) ทำการแยกขยะติดเชื้อที่นำมาเผาและปรับปรุงระบบการเผาด้วยการจัดเรียงชั้นเผา พร้อมกับประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ผลิตขยะต่างๆ ได้ทราบและรับรู้ปัญหาจากการร้องเรียน และศึกษาดูงานเรื่องเตาเผาขยะของโรงพยาบาลอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการคัดแยกขยะติดเชื้อดังกล่าว จากการศึกษา หลังดำเนินการคัดแยกขยะ ไม่มีเหตุร้องเรียนจากการเผาขยะ เตาเผาขยะสามารถเผาขยะติดเชื้อได้มากขึ้นลดอัตราการติดเชื้อลงได้เกือบ 6 เท่า คุณภาพอากาศจากปล่องระบายควันอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ไม่พบขยะทั่วไปปนเปื้อนขยะติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในขั้นตอน การแยก การจัดเก็บ การรวบรวม การขนส่ง การกำจัด ไม่ได้รับอันตรายจากการดำเนินงาน

สุพรรณ ศรีธรรมมา (2537) ศึกษาวิจัยเรื่อง “รายงานการวิจัยการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัยและการป้องกันภาวะควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่ออัมฤกษ์ขึ้น จังหวัดขอนแก่น” ผลการวิจัยพบว่า เมื่อมีการดำเนินการโครงการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนแล้ว ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกัน และแก้ไขปัญหามลภาวะและเป็นโครงการที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาสิ่งแวดล้อมสาธารณะ การกำจัดขยะ การป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลในเรื่องการเจ็บป่วย พบว่า มีการจัดการขยะและรักษาสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อัตราการป่วยโดยทั่วไปลดลง การใช้บริการที่ ศสมช. ลดลง อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลวิธีในการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนมีการตื่นตัวในการแก้ไขปัญหาค้นเองและชุมชน เพื่อผลในการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วีระชัย โชควิณูญ และคณะ (2537) ศึกษาวิจัยเรื่อง “สถานการณ์และการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล” เป็นการศึกษาวิจัยสถานการณ์และการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล 3 ระดับ ในเขต 2, 3 และ 4 โดยการใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โรงพยาบาล 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ผลการวิจัยพบว่า อัตราการผลิตขยะติดเชื้อความหนาแน่นของขยะติดเชื้อ ความถี่ในการเก็บขยะติดเชื้อจากตึกหรือแผนกเฉพาะที่มีขยะติดเชื้อไปยังที่พักขยะ ของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาล

ทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ไม่แตกต่างกัน อุบัติเหตุจากการเก็บรวบรวมและขน
 ขยะ ของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) มีมากกว่า โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)
 ซึ่งมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากอุบัติเหตุจากการเก็บรวบรวมและขนขยะน้อยมาก การได้รับความรู้
 ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการทำงานเกี่ยวข้องกับการเก็บขยะ ของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาล
 ทั่วไป (รพท.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ไม่แตกต่างกัน และการกำจัดขยะ มีโรงพยาบาล
 7 แห่ง จากทั้งหมด 9 แห่ง ทั้งขยะทั้งหมดให้เทศบาลนำไปกำจัดและเป็นการกำจัดขยะจากรพ.รวม
 กับขยะทั่วไป ที่เหลือเป็น รพช. 2 แห่ง ที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาลต้องเผาขยะเอง จากการ
 ศึกษาวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสถานการณ์และการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล 3 ระดับ ในเขต
 2, 3 และ 4 ไม่มีความแตกต่างกัน จึงควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ
 การทำงานเกี่ยวข้องกับการเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งถ้าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมีความรู้แล้ว ก็จะทำ
 ให้มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากทุกแหล่งได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย ผลกระทบของมูล
 ฝอยติดเชื้อต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และสิ่งแวดล้อมก็จะหมดไป

พนิต มโนการ (2539) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากร
 ทางพยาบาลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาล” ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.7 ในด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี
 ทัศนคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลถึงร้อยละ 82.47 สำหรับการได้รับการ
 อบรมส่วนใหญ่ร้อยละ 57.8 ไม่เคยได้รับการอบรม ในส่วนของระยะเวลาในการประกอบอาชีพ
 พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่มาเป็นเวลา 1-10 ปี มีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีที่สุด
 แต่จากความแตกต่างในเรื่องของระยะเวลาในการประกอบอาชีพไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่อง
 ของพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชาลินี โบปาราย (2540) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของคณงาน
 โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน” โดยทำการศึกษาจากคณงาน 38 คน จากผลการวิจัย
 พบว่า คณงานเคยได้รับอุบัติเหตุถูกเลือกและสารคัดหลั่งกระเด็นถูกร่างกาย และเคยถูกเข็ม และของ
 มีคมทิ่มตำ คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 7.9 ตามลำดับ และในขณะที่ปฏิบัติงานคณงานไม่สวมแว่นตา
 ผ้าขางกันเปื้อน รองเท้าบู๊ท และผ้าปิดปากและจมูกคิดเป็นร้อยละ 100.0, 91.1, 82.1 และ 51.8
 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า คณงานไม่ได้ทำการแยกถุงมูลฝอยติดเชื้อ และถุงมูลฝอยทั่วไปออก
 จากกันที่บริเวณเก็บรวบรวมในหน่วยงานและบริเวณเตาเผา และโยนถุงมูลฝอยติดเชื้อขณะ
 เคลื่อนย้ายคิดเป็นร้อยละ 66.1 และปฏิบัติไม่ถูกต้องในการเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่นซึ่งคิดเป็น
 ร้อยละ 96.4 ของจำนวนกิจกรรมที่ปฏิบัติ รวมทั้งไม่มีการล้างทำความสะอาดเข็นมูลฝอย และ
 อุปกรณ์เครื่องป้องกันหลังใช้งานเลย จากการสังเกตของผู้ศึกษายังพบอีกว่า สถานที่รวบรวมมูลฝอย

คิดเชื้อ และสถานที่ที่ใช้ในการเก็บอุปกรณ์เครื่องป้องกัน ในหน่วยงานไม่เหมาะสม และจากการสัมภาษณ์คนงานเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน พบว่า คนงานร้อยละ 42.1 เห็นว่าผ้าขางกันเปื้อนมีไม่เพียงพอ คนงานร้อยละ 18.4 เห็นว่ารองเท้าบูท และรถเข็นมูลฝอยมีไม่เพียงพอ

ประไพพันธ์ วงศ์เครือ (2540) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแก่คนงานโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล อาจได้รับอันตรายหรือได้รับเชื้อขณะปฏิบัติงานและอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากมูลฝอยเหล่านี้ลงสู่สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลได้ หากมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้อง ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ อุปกรณ์และเครื่องมือป้องกันไม่เพียงพอต่อบุคลากร ภายในห้องผู้ป่วยทั้งมูลฝอยติดเชื้อปะปนกับมูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทของเหลวไม่ถูกต้อง ไม่มีสถานที่เก็บกักมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยงาน รถเข็น สถานที่ล้างรถเข็น และเรือนพักมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำลายเชื้อบริเวณที่มูลฝอยติดเชื้อหกหล่นตามที่กำหนดในคู่มือได้ การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งถ้าหากโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลมีการให้ความรู้แก่คนงานและบุคลากรอื่นๆ เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการแยกทั้งมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไป จัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือป้องกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างเพียงพอและเหมาะสม พร้อมทั้งมีนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ก็จะทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และความเข้าใจ ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ทศวี ศรีสิทธิรักษ์ (2540) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้ ความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลลำปาง” ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำปางส่วนมากมีความรู้และความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และความตระหนักจากการเปรียบเทียบตัวแปรพบว่า อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระดับการรับรู้ข่าวสาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้และความตระหนักมีความสัมพันธ์ในทางบวก

ศรัญญา สุทธิโรจน์รักษ์ (2541) ศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรม การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาดโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร” จากผลการศึกษาพนักงานทำความสะอาดจำนวน 337 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ปานกลาง รองลงมาคือ ความรู้ต่ำ ร้อยละ 52.2 และ 40.4 ตามลำดับ ผลจากการทดสอบพฤติกรรม การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมถูกต้องปานกลางคิดเป็นร้อยละ 62.9

ปรีนันท์ สุนทรไชยา (2541) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ทัศนคติ พฤติกรรม และปัญหาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานีนามัย ในจังหวัดอุตรดิตถ์” ผลการวิจัยพบว่าปริมาณผู้มารับบริการรายวันมีผลทำให้พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแตกต่างกัน แต่ไม่มีผลต่อทัศนคติ และปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนขนาดของสถานีนามัยนั้น ไม่มีผลต่อทั้งทัศนคติ พฤติกรรม และปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เพลินพิศ พรหมมะลิ (2541) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลศิริราช” จากผลการวิจัยพบว่า พลาสติกและถุงมือยางเป็นองค์ประกอบที่มีมากที่สุดของมูลฝอยติดเชื้อจากทุกแหล่งกำเนิด และพบว่า กลุ่มผู้ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของมูลฝอยติดเชื้อเป็นอย่างดี และปฏิบัติในการแยกทิ้งได้ค่อนข้างถูกต้อง ผู้มีหน้าที่เก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 64.9 ขณะเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จับที่คอถุงมูลฝอยติดเชื้อ ไม่เคยโยนถุง และล้างมือทุกครั้งก่อนไปทำกิจกรรมอื่น อย่างไรก็ตาม ผู้โยนถุงมูลฝอยติดเชื้อเป็นประจำถึงร้อยละ 22.0 และมีถึงร้อยละ 47.0 ที่ไม่เคยสวมถุงมือหยิบมูลฝอยที่ติดเชื้อคอกหล่น การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้รถขนมูลฝอยทั่วไปร่วมกับมูลฝอยติดเชื้อ และยังมี การนำรถขนมูลฝอยติดเชื้อไปขนสิ่งของอื่นด้วย ส่วนในด้านอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนใหญ่จะมีใช้ในทุกหน่วยงานตามความจำเป็น แต่ในบางหน่วยงานพบว่า อุปกรณ์ไม่พอใช้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานบางส่วนไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันหรือใช้เพียงบางครั้งเท่านั้น ด้านการให้ความรู้พบว่า มีเพียงบางหน่วยงานที่มีคู่มือปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนใหญ่มีการนำคู่มือปฏิบัติมาใช้เป็นบางครั้ง ส่วนการฝึกอบรมพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อยังไม่เคยได้รับการฝึกอบรม กลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่าน่าจะมีการอบรมทุก 1 ปี และควรมีการอบรมเรื่องนี้ในตารางปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกครั้ง

เนาวรัตน์ เสถียรปภิรณกร (2541) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้และพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน คือ อายุ 26–30 ปี ร้อยละ 28.3 อายุ 31–35 ปี ร้อยละ 20.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี มีร้อยละ 45.9 ความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันตามอายุ และประสบการณ์การทำงาน พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันตามอายุ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างกันตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการอบรม และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแตกต่างกันมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชินฉกร พรภาณวิษญ์ (2541) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลแพร่” ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลแพร่จำนวน 160 คน มีระดับความถูกต้องของพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลพบปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในเชิงลบ หรือ เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำและกลุ่มที่มีอายุน้อย มีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องมากกว่า การส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล มีพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง และเหมาะสมยิ่งขึ้น จำเป็นต้องมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้กับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีและเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อต่อไป

เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล (2542) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพในการกำจัดขยะติดเชื้อโดยเตาเผาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณขยะติดเชื้อต่อวันของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ยังมีน้อยเมื่อเทียบกับความสามารถสูงสุดของเตาเผาขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล จึงส่งผลให้ประสิทธิภาพในการใช้เตาเผาขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงควรเพิ่มประสิทธิภาพของเตาเผาขยะที่มีอยู่ โดยการบริการรับจ้างกำจัดขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาลใกล้เคียงที่ไม่มีเตาเผาขยะเป็นของตนเอง นำไปเป็นรายได้เพื่อใช้พัฒนาในส่วนอื่นๆ ของโรงพยาบาล และยังช่วยลดภาระในการกำจัดขยะติดเชื้อให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้อีกทางหนึ่ง

เกศน์กานต์ แส่นศรีมหาชัย (2542) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่” ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนของเจ้าของสถานพยาบาล และความตระหนักของเจ้าหน้าที่ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีอิทธิพลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล ส่วนขนาดของสถานพยาบาล ความรู้ ประสบการณ์ด้านระยะเวลาในการทำงาน และการได้รับการฝึกอบรม เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ไม่มีอิทธิพลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล ดังนั้น เจ้าของสถานพยาบาล จึงเป็นผู้มีส่วนสำคัญที่จะกำหนดนโยบายในการคัดแยก จัดเก็บ บำบัด และขนถ่ายมูลฝอยติดเชื้ออย่างชัดเจน ตลอดจนให้การสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างจิตสำนึกที่ดีในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อภายในองค์กรต่อไป

สุขุมพร พรหมจาริต (2542) ศึกษาวิจัยเรื่อง “บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการขยะของโรงพยาบาล : กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู” ผลการวิจัยพบว่า

กระบวนการจัดการขยะของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการจัดการขยะที่ไม่ถูกต้อง และบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการขยะ ไม่ว่าจะ เป็นระยะเวลาการทำงาน ตำแหน่ง ระดับการศึกษาของบุคลากร ไม่มีผลต่อการจัดการขยะในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น ถ้าหากเจ้าหน้าที่ได้รับความรู้ ความเข้าใจในการจัดเก็บขยะมากกว่านี้ การจัดการขยะในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งก็จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อัสนี มหาพัฒน์ไทย (2543) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การบริหารจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลสุรินทร์” ผลการวิจัยพบว่า การจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลสุรินทร์ ยังมีปัญหาในการดำเนินการบริหารจัดการของระบบการคัดแยกและระบบการกำจัดขยะติดเชื้อเป็นอย่างมาก เนื่องจาก การกำจัดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่อาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาล ดังนั้น แนวทางที่เหมาะสมในการบริหารจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสุรินทร์ก็คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร การพัฒนาอุปกรณ์ พัฒนาเตาเผาขยะ พัฒนาระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ พัฒนาศูนย์บริการในทุกด้าน และพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในและรอบๆ โรงพยาบาล เพื่อให้การจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและชุมชนที่อยู่ใกล้โรงพยาบาล สุดท้ายที่สำคัญคือไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในและรอบๆ โรงพยาบาล

สาธิต สว่างแสง (2543) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การจัดการขยะติดเชื้อของสถานอนามัยในจังหวัดยโสธร” ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สถานอนามัยทุกแห่งในจังหวัดยโสธรมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะติดเชื้อ และมีการจัดการกับขยะติดเชื้อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญในการจัดการกับขยะติดเชื้อ และรู้ว่าถ้าการจัดการกับขยะติดเชื้อไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่และชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงพร้อมทั้งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆสถานอนามัย ดังนั้น การตระหนักรู้และการมีทัศนคติที่ดีของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในจังหวัดยโสธรต่อการจัดการขยะติดเชื้อ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้การจัดการกับขยะติดเชื้อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กุลลาบ แผ่นทอง (2543) ศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา” ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่มีผลทำให้พฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกัน ส่วนปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ ได้แก่ งบประมาณ และเครื่องมือที่ทันสมัย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการกำจัดขยะติดเชื้อ ดังนั้น แต่ละโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ เช่น การจัดอบรม รวมทั้งทดสอบก่อน และหลังการอบรม หรือการดูงานตาม

สถานที่ที่มีระบบการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง และเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้การใช้งบประมาณ และ เครื่องมือในการกำจัดขยะติดเชื้อที่มีอยู่เป็น ไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

สุรัชย์ ป้ายปาน (2544) . ศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน โรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษาโรงพยาบาล โพรธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร” ผลการวิจัยพบว่า ทาง โรงพยาบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งมี ปัญหาด้านการขนย้าย สถานที่พักมูลฝอยรวมและด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อซึ่งยังไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเอง และบุคลากรอื่นๆ ใน โรงพยาบาล รวมถึงสถานะแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นแง่มุมทัศนียภาพ หรือมลพิษทางอากาศ ดิน และน้ำ ดังนั้น ทางโรงพยาบาลจึงควรสร้างนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรปรับปรุงในส่วนของเขาเผาขยะติดเชื้อที่มีอยู่เดิมให้ถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาล ตลอดจนสร้างจิตสำนึกที่ดีให้กับบุคลากรทุกคน อันจะนำไปสู่การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ ดียิ่งขึ้นของโรงพยาบาลต่อไป

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาที่พบบ่อยในการจัดการขยะติดเชื้อ ใน สถานพยาบาลคือ การที่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความรู้ และมีทัศนคติในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานพยาบาลค่อนข้างจำกัด ทั้งนี้อาจเกิดจากการขาดความใส่ใจของเจ้าหน้าที่เอง หรือเกิดจาก ปัญหาที่เกิดจากขยะติดเชื้อจากสถานพยาบาลทั้งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแต่ยังไม่รุนแรงนัก ส่วน ใหญ่ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในสถานพยาบาลนั้นพบว่า สถานพยาบาลบางแห่งยังมี การจัดการไม่ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ ทั้งนี้เพราะขาดอุปกรณ์ หรือขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะเข้าไปจัดการ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ถ้าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ยังมีความรู้ และทัศนคติในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อ พฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อไม่ดีพอ ทำให้ขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาล มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่เอง ประชาชน และกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้ว ย่อมส่งผลให้การ ปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลไม่มีมาตรฐานและส่งผลเสียต่อด้านอื่นๆ ได้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทัศนคติ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ และเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงการหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะติดเชื้อ โดยระเบียบวิธีการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) ผสมผสานกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตพฤติกรรมขณะปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มายืนยันข้อมูลเชิงปริมาณรวมทั้งใช้ในการหาข้อมูลระดับลึกจากกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการดำเนินการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ที่ทำการจดทะเบียนปี 2550 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 88 แห่ง แยกเป็น 4 ประเภทคือ สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ กำหนดศึกษาเจ้าหน้าที่ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวน 132 คน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 14 คน ทันตแพทย์ จำนวน 10 คน พยาบาลจำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 34 คน และแม่บ้าน จำนวน 65 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณผสมผสานการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการใช้เครื่องมือในการวิจัยดังต่อไปนี้

3.2.1.1 เครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประเภทสถานพยาบาล ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่ในการจัดการขยะติดเชื้อของสถานพยาบาล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดประเภท การคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนถ่าย การบำบัด และการกำจัดขยะติดเชื้อ เป็นลักษณะคำถามให้ทำเครื่องหมาย ถูก ผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนความรู้ที่ได้จากประชากร จะประเมินความรู้โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

ระดับคะแนนที่มากกว่าร้อยละ 80 คือ 33–41 คะแนนถือว่ามีความรู้ในระดับสูง

ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 50 ถึง ร้อยละ 79 คือ 21–32 คะแนนถือว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนที่น้อยกว่าร้อยละ 50 คือ 0–20 คะแนนถือว่ามีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในการจัดการขยะติดเชื้อ โดยกำหนดคำถาม 14 ข้อ เป็นลักษณะคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบ Interval 5 ระดับ เป็นทัศนคติทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ประกอบด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การให้คะแนนทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบมีดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน	5	1
เห็นด้วย	ระดับคะแนน	4	2
ไม่แน่ใจ	ระดับคะแนน	3	3
ไม่เห็นด้วย	ระดับคะแนน	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน	1	5

การแปลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้

4.51-5.00	มีทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51-4.50	มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก
2.51-3.50	มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

1.51-2.50 มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.50 มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งให้ผู้ตอบ ตอบตามสภาพความเป็นจริงตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การให้คะแนนพฤติกรรมดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	4	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1	คะแนน

การแปลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้

4.01-5.00	มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด
3.01-4.00	มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก
2.01-3.00	มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
1.51-2.00	มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.50	มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3.2.1.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วย

1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบไปด้วย รายละเอียดของพฤติกรรมจัดการกับขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเอกชนจำนวน 13 หัวข้อดังนี้

- ท่านทราบความหมายของขยะติดเชื้อหรือไม่
- ขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของท่านมีอะไรบ้าง
- ในสถานพยาบาลของท่านมีการจัดเก็บขยะติดเชื้อเก็บอย่างไร
- ใครเป็นคนเก็บขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของท่าน
- ท่านคัดแยก จัดเก็บ ขนถ่าย และกำจัดขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล

ของท่านอย่างไร

- อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อมีอะไรบ้าง

- เคยได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ
- จากที่ไหนบ้าง
- คิดว่าถ้าขยะจากสถานพยาบาลของท่านปะปนไปกับขยะทั่วไป
- หรือไม่
- ผลกระทบที่เกิดจากขยะติดเชื้อที่เล็ดลอดออกไปกับขยะทั่วไปจะ
- กระทบกับใครบ้าง
- มีใครบ้างที่ท่านคิดว่าควรเข้ามาดูแลในเรื่องการจัดการขยะเหล่านี้
 - ท่านคิดว่าสถานพยาบาลของท่านคัดแยกขยะถูกต้องหรือไม่
 - ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของ
- ท่านมีอะไรบ้าง
- ข้อเสนอแนะในการหาแนวทางเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อใน
- สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งในเขตเทศบาลอุบลราชธานี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไร
- 2) แบบสังเกตพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน มีลักษณะเป็น
- แบบสังเกตแบบมีโครงสร้าง

3.3 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้สร้างแบบสอบถาม และแบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยได้

ดำเนินการตามลำดับดังนี้

- 3.3.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.3.2 ใช้ข้อมูลที่ได้ศึกษามา รวบรวมและประมวลเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อสร้างเครื่องมือ
 - 3.3.3 ทำการสร้างเครื่องมือ โดยมีการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ภาษา และความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัย
 - 3.3.4 นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และทำการปรับปรุงตาม
- คำแนะนำ
- 3.3.5 นำเครื่องมือที่ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องที่ศึกษา ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของจำนวนข้อคำถาม จำนวน 3 ท่าน
 - 3.3.6 นำเครื่องมือที่ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ และให้คำแนะนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.3.7 ในขั้นการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเชิงปริมาณได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 32 แห่ง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวนทั้งสิ้น 62 คน แล้วนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยได้ทำการลงเก็บข้อมูล 2 ครั้ง เนื่องจาก ผลของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในรอบที่ 1 พบว่า แบบทดสอบความรู้ 52 ข้อ โดยใช้เทคนิค 50 % กลุ่มสูง กลุ่มต่ำ มีค่าอำนาจจำแนกถึงเกณฑ์ (0.2-1.00) และมีค่าความยากง่ายถึงเกณฑ์ (0.2-0.8) เพียง 11 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามในข้อที่ไม่มีคุณภาพใหม่ และมีการตัดบางข้อออกที่ซ้ำซ้อนกันทำให้เหลือแบบทดสอบจำนวน 48 ข้อ แบบสอบถามทัศนคติ 21 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกโดยใช้สูตร Item Correlation ตามเกณฑ์เพียง 9 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความใหม่ในข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำ แบบสอบถามพฤติกรรม 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกโดยใช้สูตร Item Correlation ตามเกณฑ์เพียง 7 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความใหม่ในข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำ และผลจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในรอบที่ 2 พบว่า แบบทดสอบความรู้ 48 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้เทคนิค 50 % กลุ่มสูง กลุ่มต่ำ มีค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายถึงเกณฑ์จำนวน 31 ข้อ เมื่อตัดข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายที่ต่ำกว่าเกณฑ์ออกไป วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำนวน 31 ข้อ พบว่ามีค่า KR 20 เท่ากับ 0.807 แบบสอบถามทัศนคติ 21 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น ($\alpha=0.891$) แบบสอบถามพฤติกรรม 14 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น ($\alpha=0.775$)

3.3.8 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย

3.3.8.1 การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยคัดเลือกตัวแทนจากสถานพยาบาลแต่ละประเภทจำนวน 4 กลุ่มๆละ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานฝ่ายสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและรักษาความสะอาด ของเทศบาลนครอุบล เป็นตัวแทนองค์กรจำนวน 2 ท่าน ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มมีจำนวน 13 ข้อ ที่เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน และข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

3.3.8.2 การสังเกตจากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานจริง

3.4 ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง เมษายน 2551

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.5.1 แบบสอบถามเชิงปริมาณ ทำการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 4 ส่วน คือ

3.5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

3.5.1.2 ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน วิเคราะห์โดย การแจกแจงเป็นความถี่หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.1.3 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่จัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (Oneway ANOVA) และทดสอบค่าความแตกต่าง โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 10 คู่ (Least Significant Difference, LSD)

3.5.1.4 ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดยแสดงในรูปแบบเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

3.5.2 ข้อคำถามเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ ประมวลผล ตีความ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

3.5.2.1 การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยคัดเลือกตัวแทนจากสถานพยาบาลแต่ละประเภทจำนวน 4 กลุ่มๆ ละ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล

เอกชน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานฝ่ายสุขภาพสิ่งแวดล้อมและรักษาความสะอาด ของเทศบาล นครอุบล เป็นตัวแทนองค์กรจำนวน 2 ท่าน ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มมีจำนวน 13 ข้อ ที่เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน และข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

3.5.2.2 การสังเกตจากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานจริง

3.6 ขั้นตอนการวิจัย

3.6.1 ผู้วิจัยขอจดหมายจากบัณฑิตวิทยาลัย

3.6.2 ผู้วิจัยติดต่อเจ้าของสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานีเอง เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยตนเอง กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จำนวน 88 แห่ง แยกเป็น 4 ประเภทคือ สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวนทั้งสิ้น 132 คน มีเจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามจำนวน 101 คนประกอบด้วย แพทย์จำนวน 8 คน ทันตแพทย์จำนวน 7 คน พยาบาลจำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 22 คน และแม่บ้านจำนวน 59 คน

3.6.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยตนเอง ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.6.4.1 การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยคัดเลือกตัวแทนจากสถานพยาบาลแต่ละประเภทจำนวน 4 กลุ่มๆ ละ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานฝ่ายสุขภาพสิ่งแวดล้อมและรักษาความสะอาด ของเทศบาลนครอุบล เป็นตัวแทนองค์กรจำนวน 2 ท่าน ซึ่งมีขั้นตอนในการคัดเลือกตัวแทนดังนี้

1) ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยขอความร่วมมือไปยังสถานพยาบาลเอกชนในการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

2) การทำสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) ผู้วิจัยจะนัดสนทนากลุ่มกับตัวแทนแต่ละประเภทของสถานพยาบาลที่ขอรับการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลาหลังเลิกงาน และใช้เวลาในการสนทนากลุ่มๆ ละ 45- 60 นาที ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มจำนวน

13 ข้อ ที่เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน และ
ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

3.6.4.2 การสังเกตจากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานจริง โดยผู้วิจัยเข้าไปนั่งสังเกต และเข้าไปมีส่วนร่วม โดยการเป็นผู้ไปรับบริการที่สถานพยาบาลเอกชนด้วยตนเอง

3.6.5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่ ประมวลผล ตีความ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์
ที่ศึกษา

3.6.6 สรุปและเขียนรายงาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อจากสถานพยาบาลเอกชนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสริมการอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมและความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้แบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเทศบาลเมืองอุบลราชธานี และที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 62 ตัวอย่าง โดยลงเก็บข้อมูลเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำ 2 ครั้ง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อคัดลักษณะส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ วิเคราะห์โดยการแจกแจงเป็นความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และแสดงในรูปเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) ข้อมูลการเปรียบเทียบความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ที่จัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกันต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (Oneway ANOVA) โดยแบ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ ประมวลผล ตีความ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์จากการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยคัดเลือกตัวแทนจากสถานพยาบาลแต่ละประเภทจำนวน 4 กลุ่มๆละ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก

สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานฝ่ายสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและรักษาความสะอาดของเทศบาลนครอุบล เป็นตัวแทนองค์กรจำนวน 2 ท่าน ซึ่งมีขั้นตอนในการคัดเลือกตัวแทนดังนี้

(1) ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยขอความร่วมมือไปยังสถานพยาบาลเอกชนในการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

(2) การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยจะนำคสนทนากลุ่มกับตัวแทนแต่ละประเภทของสถานพยาบาลที่ตอบรับการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลาลงเลิกงาน และใช้เวลาในการสนทนากลุ่มๆ ละ 45- 60 นาที ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มจำนวน 13 ข้อ ที่เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนและข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์การสังเกตจากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยเข้าไปนั่งสังเกต และเข้าไปมีส่วนร่วม โดยการเป็นผู้ไปรับบริการที่สถานพยาบาลเอกชนด้วยตนเอง

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าสภาพทั่วไปของสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองและตั้งอยู่ติดกันกลายเป็นชุมชนคลินิก โดยแหล่งชุมชนคลินิกใหญ่ๆ มีอยู่ประมาณ 2 แหล่งอันได้แก่ บริเวณรอบๆ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และบริเวณถนนขยางกูร มีสถานพยาบาลต่างๆ กระจายอยู่สองข้างทาง ซึ่งจะมีทั้งสถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลประเภททันตกรรม สถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ และสถานพยาบาลเสริมความงาม ซึ่งสถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบันมีจำนวนมากสุด รองลงมาเป็นสถานพยาบาลเสริมความงาม และสถานพยาบาลทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์มีจำนวนน้อยสุด บุคลากรส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านมีจำนวนมากสุด รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล และบุคคลดังกล่าวมีหน้าที่ในการจัดการกับขยะและความสะอาดทั่วไปในสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณดังต่อไปนี้

4.1.1 วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา การปฏิบัติงาน ประเภทสถานพยาบาลเอกชน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล หน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ

ลักษณะทั่วไปของประชากร	จำนวน N=101	ร้อยละ 100
1. เพศ		
ชาย	12	11.88
หญิง	89	88.12
2. อายุ		
อายุ 20-29 ปี	50	49.50
อายุ 30-39 ปี	30	29.20
อายุ 40-49 ปี	17	16.83
มากกว่า 50 ปี	4	3.96
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	30	29.70
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	15	14.85
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	46	45.54
สูงกว่าปริญญาตรี	10	9.91
4. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
0-5 ปี	52	51.49
6-10 ปี	21	20.79
11-15 ปี	12	11.88
16-20 ปี	8	7.92
มากกว่า 20 ปี	8	7.92

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา การปฏิบัติงาน ประเภทสถานพยาบาลเอกชน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล หน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของประชากร	จำนวน N=101	ร้อยละ 100
5. ประเภทสถานบริการเอกชน		
เสริมความงาม	27	26.73
เวชกรรมแผนปัจจุบัน	46	45.54
ทันตกรรม	24	23.76
ตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์	4	3.96
6. ตำแหน่งในสถานพยาบาล		
แพทย์	8	7.92
ทันตแพทย์	7	6.93
พยาบาล	5	4.95
ผู้ช่วยพยาบาล	22	21.78
บุคลากรอื่นเช่นแม่บ้าน	59	58.42
7. หน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เป็นผู้ใช้วัสดุ / อุปกรณ์ติดเชื้อที่เกิดจากผู้รับบริการ	62	40.52
เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง	64	41.83
เป็นผู้กำจัด / ทิ้งขยะติดเชื้อ / ทำลายขยะติดเชื้อ	27	17.65

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม 101 คน จากทั้งหมด 132 คน คิดเป็นร้อยละ 76.52 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.12 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 11.88 และมีกระจายในทุกอายุ คือ อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 49.50 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 29.70 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 16.83 และอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 3.96 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า รองลงมา มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม คิดเป็นร้อยละ 45.54 และร้อยละ 29.70 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมี

ระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 0-5 ปี ร้อยละ 51.49 รองลงมามีระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี 11-15 ปี 16-20 ปี และมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.79, 11.88 และ 7.92 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประเภทสถานพยาบาลเอกชนแบ่งเป็น 4 กลุ่มพบว่า ประเภทสถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน มีจำนวนมากสุดคิดเป็นร้อยละ 45.54 รองลงมาเป็นสถานพยาบาลเสริมความงาม , สถานพยาบาลทันตกรรมและสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ คิดเป็นร้อยละ 26.73, 23.76 และ 3.96 ตามลำดับ ตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่างในสถานพยาบาลพบว่า บุคลากรอื่นเช่น แม่บ้าน มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.42 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 21.78, 7.92, 6.93 และ 4.95 ตามลำดับ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าสภาพทั่วไปของสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองและตั้งอยู่ติดกันกลายเป็นชุมชนคลินิก โดยแหล่งชุมชนคลินิกใหญ่ๆมีอยู่ประมาณ 2 แหล่งอันได้แก่ บริเวณรอบๆ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และบริเวณถนนชยางกูร มีสถานพยาบาลต่างๆ กระจายอยู่สองข้างทาง ซึ่งจะมีทั้งสถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลประเภททันตกรรม สถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ และสถานพยาบาลเสริมความงาม ซึ่งสถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบันมีจำนวนมากสุด รองลงมาเป็นสถานพยาบาลเสริมความงาม และสถานพยาบาลทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์มีจำนวนน้อยสุด บุคลากรส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านมีจำนวนมากสุด รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวข้างต้น และบุคคลดังกล่าวมีหน้าที่ในการจัดการกับขยะและความสะอาดทั่วไปในสถานพยาบาล

4.1.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน

ตารางที่ 4.2 ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ความรู้		ANOVA		LSD
		N	Mean ± SD	F	P - value	
ประเภทสถาน พยาบาล	- เสริมความงาม (1)	27	19.93 ± 5.69	6.756	.000***	
	- เวชกรรมแผนปัจจุบัน (2)	46	23.39 ± 3.78			(2) > (1)*
	- ทันตกรรม (3)	24	24.33 ± 3.13			(3) > (1)*
	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกซเรย์ (4)	4	26.75 ± 0.50			(4) > (1)*

การเปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน พบว่า สถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากที่สุด รองลงมาคือ สถานพยาบาลประเภททันตกรรม สถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 26.75, 24.33 และ 23.39 ตามลำดับ ส่วนสถานพยาบาลประเภทเสริมความงาม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำเท่ากับร้อยละ 19.93 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ตามประเภทสถานพยาบาล โดยใช้ F-Test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่าเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลประเภททันตกรรม และเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลประเภทเสริมความงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.3 ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ความรู้		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
ระดับการศึกษา	- ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม (1)	30	22.73 \pm 3.46	1.849	0.143	
	- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (2)	15	21.00 \pm 4.05			
	- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (3)	46	22.93 \pm 5.35			
	- สูงกว่าปริญญาตรี (4)	10	25.30 \pm 3.10			

การเปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 25.30 22.93, 22.73 และ 21.00 คะแนนตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ตาม

ประเภทสถานพยาบาล โดยใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.143$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.4 ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ความรู้		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
ระยะเวลา การปฏิบัติงาน	- 0-5 ปี (1)	52	22.29 \pm 4.95			
	- 6-10 ปี (2)	21	22.86 \pm 4.19			
	- 11-15 ปี (3)	12	25.58 \pm 2.07	1.350	0.257	
	- 16-20 ปี (4)	8	22.12 \pm 4.70			
	- มากกว่า 20 ปี (5)	8	22.75 \pm 4.77			

การเปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 11-15 ปี มีความรู้มากที่สุด รองลงมาคือ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 6-10 ปี มากกว่า 20 ปี 0-5 ปี และ 16-20 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 25.58, 22.86, 22.75, 22.29 และ 22.12 คะแนนตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ตามประเภทสถานพยาบาล โดยใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.257$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุการปฏิบัติงานระหว่าง

11-15 ปี 6-10 ปี มากกว่า 20 ปี 0-5 ปี และ 16-20 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.5 ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในหน้าที่ที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ความรู้		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
หน้าที่ที่ปฏิบัติ	- เป็นผู้ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ ติดเชื้อที่เกิดจากผู้มารับ บริการ (1)	62	23.29 \pm 4.72	0.295	0.588	
	- เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อ มีการกำจัดให้ถูกต้อง (2)	64	23.16 \pm 4.06	1.492	0.225	
	- เป็นผู้กำจัด/ทิ้งขยะติดเชื้อ/ ทำลายขยะติดเชื้อ (3)	27	23.74 \pm 4.34	0.937	0.336	

การเปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้วัสดุ อุปกรณ์ติดเชื้อที่เกิดจากผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้กำจัด ทิ้งขยะติดเชื้อ ทำลายขยะติดเชื้อ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ ร้อยละ 23.16, 23.29, 23.74 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ตามหน้าที่ที่ปฏิบัติโดยใช้ T-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ใช้วัสดุ อุปกรณ์ติดเชื้อที่เกิดจากผู้รับบริการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.588) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.225) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้กำจัด ทิ้งขยะติดเชื้อ ทำลายขยะติดเชื้อ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.336)

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น (ตารางที่ 4.2 - 4.5) พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษาที่ต่างกัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน และหน้าที่ที่ต่างกัน มีความรู้ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ ไม่แตกต่างกัน คือมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสอบถาม การบอกเล่า และการสังเกตขณะปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม แต่จะได้รับข่าวสารการพูดคุยอธิบายจากคนภายนอก และจากการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองว่าจะมีการกำจัดและคัดแยกขยะติดเชื้อกับขยะทั่วไปอย่างไรจึงจะปลอดภัยมากที่สุด ในส่วนที่ได้รับการอบรมนั้นจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลัก และมาทำงานหารายได้เสริมจากการที่เข้ามาช่วยในสถานพยาบาลต่าง ๆ กลุ่มคนเหล่านี้ส่วนมากจะมั่นใจว่าสถานพยาบาลของตนเองปลอดภัย และเชื่อว่าตนเองมีการคัดแยก และจัดเก็บขยะติดเชื้อได้อย่างถูกวิธีแล้ว และกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของขยะติดเชื้อคล้ายกันว่า ขยะติดเชื้อ หมายถึง ขยะที่ต้องได้รับการทำลายให้ถูกวิธี และแหล่งของขยะเชื้อมาจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ สำลี เข็มฉีดยา ของมีคม สารคัดหลั่งจากคนไข้ เสมหะ เลือด อุจจาระ ปัสสาวะ และน้ำเน่าเสียอันเกิดจากสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ และสถานพยาบาลเสริมความงาม ได้ให้ความหมายที่คล้ายกันว่า “ขยะติดเชื้อ” แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ขยะติดเชื้อที่เป็นของแข็งประเภทเข็มฉีดยา มีดผ่าตัด สำลี แต่ถ้าเป็นขยะติดเชื้ออีกประเภทหนึ่งที่เป็นขยะของสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ คือของเสียทางสารเคมี เป็นสารเคมีที่เกิดจากการทดลองตรวจวินิจฉัยโรค เศษชิ้นเนื้อรวมทั้งสิ่งที่เป็นเลือด เสมหะ ปัสสาวะ และอุจจาระของคนไข้ ด้วย ส่วนชนิดของขยะเชื้อนั้นเจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างทุกสถานพยาบาล สามารถอธิบายคำตอบที่เหมือนกันว่าชนิดของขยะติดเชื้อเกิดมาจากแหล่งใดบ้าง ซึ่งได้แก่ เข็มฉีดยา สำลี มีดผ่าตัด เสมหะ น้ำเน่าเสียอันเกิดจากสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังมี สารเคมี แผ่นสไลด์ และถุงมือที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

ทั้งนี้แม้การให้ความหมายจะอิงกับประสบการณ์การทำงานเป็นหลัก แต่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการขยะเชื้อนั้นนับได้ว่ายังไม่มีความรู้และความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม และคิดว่าหน้าที่เกี่ยวกับขยะติดเชื้อเป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของสถานพยาบาล

ตารางที่ 4.6 ทักษะคิของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ทักษะคิ		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
ประเภทสถาน	- เสริมความงาม (1)	27	3.91 \pm 0.53			
พยาบาล	- เวชกรรมแผนปัจจุบัน (2)	46	4.20 \pm 0.29	2.896	0.039*	(2) > (1)*
	- ทันตกรรม (3)	24	4.09 \pm 0.46			
	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
	และเอกซเรย์ (4)	4	4.18 \pm 0.25			

* P < .05

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะคิของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน พบว่า สถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคิมากที่สุด รองลงมาคือ สถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ สถานพยาบาลประเภททันตกรรม และสถานพยาบาลประเภทเสริมความงาม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคิเท่ากับ 4.20, 4.18, 4.09 และ 3.91 ตามลำดับ ซึ่งมีคะแนนทักษะคิใกล้เคียงกัน คือ มีทักษะคิอยู่ที่ในระดับมาก เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคิตามประเภทสถานพยาบาล โดยใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะคิของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.039) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะคิของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ และเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลประเภททันตกรรม มีค่าเฉลี่ยทักษะคิสูงกว่าเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลประเภทเสริมความงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.7 ทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ทัศนคติ		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
ระดับการศึกษา	- ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม(1)	30	4.08 \pm 0.38	0.837	0.447	
	- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า(2)	15	3.99 \pm 0.33			
	- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า(3)	46	4.10 \pm 0.48			
	- สูงกว่าปริญญาตรี (4)	10	4.25 \pm 0.33			

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษิต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษอนุปริญญาหรือเทียบเท่า โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน คือ มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเท่ากับ 4.25, 4.10, 4.08 และ 3.99 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติตามระดับการศึกษา โดยใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.447) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษิต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการสนทนากลุ่มพบว่า เจ้าหน้าที่ที่จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ส่วนใหญ่ทำงานในสถานพยาบาลประเภทเสริมความงาม และเป็นผู้ที่จบการศึกษาด้านอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เช่น บริหารธุรกิจ การตลาด ฯ แต่มีบุคลิกภาพและรูปร่างที่สวยงาม ตามประเภทของสถานพยาบาล ทำให้ทัศนคติต่อการจัดการขยะติดเชื้อไม่สูงเหมือนสถานพยาบาลอื่นๆ ซึ่งเจ้าหน้าที่มักมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุขมาก่อน ถึงแม้จะจบการศึกษาในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม

ตารางที่ 4.8 ทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อใน
ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ทักษะ		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
ระยะเวลา การปฏิบัติงาน	- 0-5 ปี (1)	52	4.08 \pm 0.49	0.259	0.904	
	- 6-10 ปี (2)	21	4.06 \pm 0.32			
	- 11-15 ปี (3)	12	4.16 \pm 0.35			
	- 16-20 ปี (4)	8	4.19 \pm 0.33			
	- มากกว่า 20 ปี (5)	8	4.04 \pm 0.40			

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ
รับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 16-20 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะมากที่สุด รองลงมาคือ ระยะเวลาการ
ปฏิบัติงาน 11-15 ปี 0-5 ปี 6-10ปี และมากกว่า 20 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะใกล้เคียงกัน คือ มี
ทักษะอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะเท่ากับ 4.19, 4.16, 4.08, 4.06 และ 4.04
ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดย
ใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะ
ติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.904) และ
เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ
รับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน โดยวิธี Least Significant
Difference (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 16-20 ปี 11-15 ปี 0-5 ปี 6-10 ปี
และมากกว่า 20 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.9 ทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในหน้าที่ที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ทัศนคติ		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
หน้าที่ที่ปฏิบัติ	- เป็นผู้ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ ติดเชื้อที่เกิดจากผู้มารับ บริการ (1)	62	4.09 \pm 0.45	2.760	0.100	
	- เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อ มีการกำจัดให้ถูกต้อง (2)	64	4.14 \pm 0.35	13.428	0.000	
	- เป็นผู้กำจัด/ทิ้งขยะติดเชื้อ/ ทำลายขยะติดเชื้อ (3)	27	4.21 \pm 0.36	3.625	0.060	

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้วัสดุ อุปกรณ์ติดเชื้อที่เกิดจากผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้กำจัด ทิ้งขยะติดเชื้อ ทำลายขยะติดเชื้อ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน คือ มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเท่ากับ 4.21, 4.14 และ 4.09 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติตามหน้าที่ที่ปฏิบัติ โดยใช้ T-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ใช้วัสดุ อุปกรณ์ติดเชื้อที่เกิดจากผู้รับบริการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.100) ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.000) และค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้กำจัด ทิ้งขยะติดเชื้อ ทำลายขยะติดเชื้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.060)

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น (ตารางที่ 4.6-4.9) พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษาที่ต่างกัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน และหน้าที่ที่ต่างกัน มีทัศนคติในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ ไม่แตกต่างกัน คือมีทัศนคติที่อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่บอกว่า หากมีขยะติดเชื้อจากสถานพยาบาลเล็ดลอดออกไปปะปนกับขยะทั่วไป อาจส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคล และสิ่งแวดล้อมได้ ดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มคนที่มืออาชีพเก็บขยะ 2) ตัวเจ้าหน้าที่เอง ซึ่งบางครั้งก็ไม่ได้ตระหนักในเรื่องการจัดการกับขยะติด

เชื้อ 3) เจ้าหน้าที่ของเทศบาลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและจัดเก็บขยะเชื้อ 4) ประชาชน และชุมชนที่อยู่รอบๆ สถานพยาบาล 5) แม่น้ำมูลซึ่งเป็นแม่น้ำสายหลักของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีอาจเน่าเสียเพราะเป็นแหล่งสุดท้ายที่รองรับน้ำเสียจากท่อระบายน้ำทิ้งของทุกสถานพยาบาล 6) ในปัจจุบันการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลเสริมความงามซึ่งก็ทำให้ขยะเชื้อเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่จังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีมาตรการในการจัดการขยะเชื้อที่ได้มาตรฐาน 7) ไม่ทราบว่าจะสุดท้ายที่ทิ้ง และจัดการขยะเชื้อคือที่ไหน และมีวิธีการจัดการที่ถูกต้องหรือไม่

ตารางที่ 4.10 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	พฤติกรรม		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
ประเภทสถาน พยาบาล	- เสริมความงาม (1)	27	4.09 \pm 0.40	1.715	0.169	
	- เวชกรรมแผนปัจจุบัน (2)	46	4.24 \pm 0.50			
	- ทันตกรรม (3)	24	4.10 \pm 0.42			
	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกซเรย์ (4)	4	4.55 \pm 0.57			

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน พบว่า สถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือ สถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลประเภททันตกรรม และสถานพยาบาลประเภทเสริมความงาม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 4.55, 4.24, 4.10 และ 4.09 ตามลำดับ ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมใกล้เคียงกัน คือ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมตามประเภทสถานพยาบาล โดยใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.169) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ เจ้าหน้าที่ใน

สถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน และเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลประเภททันตกรรม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ถูกต้องสูงกว่าเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลประเภทเสริมความงามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.11 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	พฤติกรรม		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P – value	
ระดับการศึกษา	- ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม (1)	30	4.13 \pm 0.46	1.242	0.299	
	- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (2)	15	4.36 \pm 0.38			
	- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (3)	46	4.18 \pm 0.49			
	- สูงกว่าปริญญาตรี (4)	10	4.18 \pm 0.47			

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษานูปริญญาหรือเทียบเท่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมใกล้เคียงกัน คือ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 4.36, 4.18, 4.18 และ 4.13 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมตามระดับการศึกษา โดยใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.299) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษานูปริญญาหรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.12 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ
ในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	พฤติกรรม		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
ระยะเวลา การปฏิบัติงาน	- 0-5 ปี (1)	52	4.05 \pm 0.41			
	- 6-10 ปี (2)	21	4.20 \pm 0.46			
	- 11-15 ปี (3)	12	4.32 \pm 0.58			
	- 16-20 ปี (4)	8	4.43 \pm 0.37			
	- มากกว่า 20 ปี (5)	8	4.50 \pm 0.47	2.992	0.022	

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือระยะเวลาการปฏิบัติงาน 16-20 ปี 11-15 ปี 6-10 ปี และ 0-5 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน คือ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 4.50, 4.43, 4.32, 4.20 และ 4.05 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยใช้ F-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษาที่ต่างกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.022) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน โดยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี 16-20 ปี 11-15 ปี 6-10 ปี และ 0-5 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.13 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ
ในหน้าที่ที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	พฤติกรรม		ANOVA		LSD
		N	Mean \pm SD	F	P - value	
หน้าที่ที่ปฏิบัติ	- เป็นผู้ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ ติดเชื้อที่เกิดจากผู้มารับ บริการ (1)	62	4.15 \pm 0.48	0.825	0.366	
	- เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อ มีการกำจัดให้ถูกต้อง (2)	64	4.25 \pm 0.43	1.254	0.265	
	- เป็นผู้กำจัด/ทิ้งขยะติดเชื้อ/ ทำลายขยะติดเชื้อ (3)	27	4.29 \pm 0.48	0.135	0.714	

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ
รับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้วัสดุ อุปกรณ์ติด
เชื้อที่เกิดจากผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้กำจัด ทิ้งขยะติดเชื้อ ทำลายขยะติดเชื้อ และกลุ่ม
ตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมใกล้เคียงกัน
คือ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 4.29, 4.25,
และ 4.15 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมตามหน้าที่ที่ปฏิบัติ
โดยใช้ T-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ใช้วัสดุ อุปกรณ์ติดเชื้อที่เกิด
จากผู้รับบริการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.366) ค่าเฉลี่ยคะแนน
พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง ไม่แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.265) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้กำจัด ทิ้ง
ขยะติดเชื้อ ทำลายขยะติดเชื้อ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.714)

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อของ
เจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น (ตารางที่ 4.10-4.13) พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน
สถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษาที่ต่างกัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน และหน้าที่ที่
ต่างกัน มีพฤติกรรมในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน คือมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก
ที่สุด ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน
และจากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่เทศบาลฯ และประชาชนที่มีอาชีพเก็บขยะ ที่พบว่า ยังมีขยะติดเชื้อ
ประเภทของมีคมสำลีหรือก้อนที่เปื้อนสารคัดหลั่งปะปนไปกับขยะทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากใน

สถานพยาบาลเกือบทุกแห่งยังไม่มีการแยกถังขยะติดเชื้อที่ใส่ถุงสีแดงกับถังขยะทั่วไป ส่วนใหญ่รวมกันทิ้งในถังเดียวโดยใส่ในถุงขยะสีดำ และยังพบอีกว่าสถานพยาบาลเกือบทุกแห่งไม่มีระบบบำบัดน้ำเสีย ในส่วนการจัดเก็บของเทศบาลฯ เทศบาลฯ มีรถจัดเก็บขยะติดเชื้อ 1 คัน และเจ้าหน้าที่เก็บขยะติดเชื้อ 1 คน และไม่มีถังรองรับขยะเปียกในรถ บางครั้งถุงขยะติดเชื้อมีรอยทะลุขณะขนส่ง ทำให้มีสารคัดหลั่งที่เป็นน้ำไหลออกมาเป็นพื้นรถ และทำให้ไหลซึมลงสู่พื้นถนนขณะขับเคลื่อน ส่วนการจัดเก็บขยะติดเชื้อของเทศบาลฯ ไม่มีโรงเก็บขยะติดเชื้อแยกต่างหาก เป็นการเก็บขยะติดเชื้อจากสถานพยาบาลเอกชนมาเก็บพักไว้ในถังขยะทั่วไปเพื่อรอบริษัทเอกชนมารับไปกำจัดต่อ ซึ่งบริษัทเอกชนจะมารับขยะติดเชื้อจากเทศบาลฯ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง บางครั้งบริษัทดังกล่าว ไม่มารับขยะตามวันเวลาที่กำหนด ทำให้ขยะติดเชื้อที่เป็นขยะเปียกประเภทสารคัดหลั่ง ส่งกลิ่นเหม็นรบกวนชุมชนที่อยู่รอบๆ ศูนย์ 11 ไร่ ที่เป็นสถานที่พักขยะติดเชื้อ เพื่อรอรถจากบริษัทมารับไปกำจัดต่อ ทำให้เกิดกรณีร้องเรียนเรื่องกลิ่นจากขยะรบกวนอยู่บ่อยครั้ง จากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่เทศบาล และการบอกเล่าของชุมชนรอบๆ ศูนย์

ตารางที่ 4.14 วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่ม	ความรู้		ทัศนคติ	พฤติกรรม
		N	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD
ประเภทสถาน	- เสริมความงาม (1)	27	19.93 \pm 5.69	3.91 \pm 0.53	4.09 \pm 0.40
พยาบาล	- เวชกรรมแผนปัจจุบัน (2)	46	23.39 \pm 3.78	4.20 \pm 0.29	4.24 \pm 0.50
	- ทันตกรรม (3)	24	24.33 \pm 3.13	4.09 \pm 0.46	4.10 \pm 0.42
	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกซเรย์ (4)	4	26.75 \pm 0.50	4.18 \pm 0.25	4.55 \pm 0.57

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คือมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (\bar{X}) เท่ากับ 24.82 และ 19.93 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก คือมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ (\bar{X}) เท่ากับ 4.09 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม (\bar{X}) เท่ากับ 4.25

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ในสถานพยาบาลที่ต่างกันดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะมีความรู้ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ก็ไม่ได้ทำให้เจ้าหน้าที่มีทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อต่ำไปด้วย ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้จากการสังเกตจากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างขณะปฏิบัติงานซึ่งไม่ได้ปฏิบัติได้จริง และถูกต้องตามที่ได้ให้ข้อมูลในแบบสอบถาม และจากการสนทนากลุ่ม ยกตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ เจ้าหน้าที่จากสถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ และสถานพยาบาลประเภททันตกรรม ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานของรัฐ และจบการศึกษาเฉพาะทาง โดยพบว่า ขณะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น ไม่ได้สวมถุงมือ ไม่ใช้ผ้าปิดจมูก และในส่วนการทิ้งขยะติดเชื้อที่เป็นเศษสำลีเป็นเลือด เบือนหนอง และเสมหะ ก็ทิ้งในขยะทั่วไป ไม่ได้ทิ้งแยกในขยะติดเชื้อ และการทิ้งสิ่งปฏิกูล และสารคัดหลั่งที่เป็น น้ำเลือด หนอง เสมหะ ปัสสาวะรวมถึงอุจจาระ ก็เททิ้งในท่อระบายน้ำเลยโดยไม่มีการฆ่าเชื้อก่อนเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะอ้างว่ามีการใช้สารกำจัดเชื้อก่อนทิ้งก็ตาม

4.1.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่

ตัวแปร	ความรู้	ทักษะ	พฤติกรรม
ความรู้	1.00		
ทักษะ	0.687**	1.00	
พฤติกรรม	0.213*	0.207*	1.00

** P < .01, * P < .05

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะในระดับปานกลาง ($r = 0.687$, P-value < .01) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r = 0.213$, P-value < .05) ในขณะที่ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r = 0.207$, P-value < .05) สอดคล้องกับข้อมูล

เชิงคุณภาพที่ได้การสังเกตพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างขณะปฏิบัติงาน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์จากการสังเกตพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่แล้ว พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติได้จริงตามที่ให้ข้อมูลในแบบสอบถาม และจากการสนทนากลุ่มย่อยเลย อาจจะเป็นเพราะจำนวนผู้มารับบริการต่อวันมีเป็นจำนวนมาก และมีเวลาจำกัดในการเปิดให้บริการ ทำให้ต้องเร่งรีบในการปฏิบัติงาน โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา

ส่วนแนวทางในการแก้ไข และบุคคลที่เข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องในการจัดการเรื่องขยะติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายถึงหน่วยงานที่ควรเข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานีไว้ดังนี้

(1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพราะเป็นหน่วยงานที่สามารถกำหนดนโยบาย และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชนได้

(2) เจ้าของสถานพยาบาลเอกชน เพราะสถานพยาบาลเอกชนเป็นแหล่งกำเนิดของขยะติดเชื้อที่สามารถก่อให้เกิดการแพร่ของเชื้อโรคได้ และที่สำคัญหากสถานพยาบาลเหล่านี้ไม่มีความรู้ดีพอสามารถส่งผลให้เกิดปัญหาขยะติดเชื้อที่ร้ายแรงได้ ดังนั้นสถานพยาบาลทุกแห่งต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้และต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของตนเองให้ถูกต้อง

(3) เทศบาลเมืองอุบลราชธานี มีหน้าที่ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากปัญหาเรื่องขยะติดเชื้อได้คล้ายเหมือนกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่เทศบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้และมีวิธีการจัดเก็บให้ถูกวิธีด้วยเช่นกัน

(4) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพราะปัญหาขยะติดเชื้อเป็นเรื่องที่สำคัญควรมีการจัดการเกี่ยวกับขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง ดังนั้น อบจ. น่าจะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและออกนโยบายมาตรการด้านการจัดการขยะติดเชื้อให้ถูกวิธีด้วย

(5) พัฒนาชุมชนจังหวัด ซึ่งหน่วยงานนี้เป็นหน่วยงานที่หนุนเสริมและช่วยสร้างเวทีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาเรื่องขยะติดเชื้อได้คล้ายเหมือนกัน ดังนั้นหน่วยงานควรเข้ามาส่งเสริมและช่วยเหลือด้วย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงการหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะติดเชื้อ กำหนดวิธีวิจัยเป็นเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จำนวน 132 คน จากจำนวนสถานพยาบาลเอกชน 88 แห่ง แยกเป็น 4 ประเภท คือ สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 76.52

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ตั้งสมมุติฐานของการศึกษาไว้ว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือทำให้ทราบถึงสภาพการจัดการขยะติดเชื้อ และปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี และเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำปัญหาที่เกิดขึ้นไปหาแนวทางในการแก้ไข หรือสร้างมาตรการในการดำเนินการ จัดการขยะติดเชื้อที่ดีที่สุดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ส่วนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมใน

การจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลที่ต่างกัน คุณภาพของเครื่องมือหาได้จากความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ตรวจสอบความครอบคลุม และเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้ค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเทศบาลเมืองอุบลราชธานีและที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 32 แห่ง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวนทั้งสิ้น 62 คน โดยลงเก็บข้อมูลเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำ 2 ครั้งพบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่า KR 20 เท่ากับ .807 แบบสอบถามทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาเท่ากับ .891 แบบสอบถามพฤติกรรมมีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาเท่ากับ .775 ซึ่งค่าอัลฟายู่ระหว่าง .50-.65 เชื่อกันได้ปานกลาง ค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป เชื่อถือได้ค่อนข้างสูง (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2546) และทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตจากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน โดยคัดเลือกตัวแทนจากสถานพยาบาลแต่ละประเภท จำนวน 4 กลุ่มๆ ละ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก สถานพยาบาลเสริมความงาม สถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน สถานพยาบาลทันตกรรม และสถานพยาบาลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน ที่ตอบรับการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานฝ่ายสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและรักษาความสะอาด ของเทศบาลนครอุบล เป็นตัวแทนองค์กรจำนวน 2 ท่านที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มด้วย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ หার้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ส่วนข้อมูลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน และข้อมูลความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทัศนคติ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (Oneway ANOVA) และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ผลการวิจัยสรุปเป็น 5 ส่วน ดังนี้

5.1.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 88.12 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 11.88 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 49.50 และมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 45.54 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 0-5 ปี ร้อยละ 51.49 กลุ่มตัวอย่างประเภทสถานพยาบาลเอกชนแบ่งเป็น 4 กลุ่ม

พบว่า ประเภทสถานพยาบาลเวชกรรมแผนปัจจุบัน มีจำนวนมากสุดคิดเป็นร้อยละ 45.54 และตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างในสถานพยาบาลพบว่า แม่บ้านมีจำนวนมากสุด คิดเป็นร้อยละ 58.42 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 21.78, 7.92, 6.93 และ 4.95 ตามลำดับ

5.1.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า สถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากที่สุด เท่ากับร้อยละ 26.75 สถานพยาบาลประเภทเสริมความงามมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำสุดเท่ากับร้อยละ 19.93 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ในระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากที่สุดเท่ากับร้อยละ 25.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 11-15 ปี มีความรู้มากที่สุดเท่ากับร้อยละ 25.58 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากที่สุดเท่ากับร้อยละ 23.16 ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็ประเภทของสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ใกล้เคียงกัน คือ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

5.1.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า สถานพยาบาลประเภทเวชกรรมแผนปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติมากที่สุดเท่ากับ 4.20 และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติในระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติมากที่สุดเท่ากับ 4.25 กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 16-20 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติมากที่สุดเท่ากับ 4.19 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติมากที่สุดเท่ากับ 4.21 ดังนั้น จะเห็นได้ว่าทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็ประเภทของสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน คือ มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก

5.1.4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า สถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมากที่สุดเท่ากับ 4.55 และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติในระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติ

หน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมากที่สุดเท่ากับ 4.36 กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปีมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมากที่สุดเท่ากับ 4.50 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมากที่สุดเท่ากับ 4.29 ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นประเภทของสถานพยาบาลที่ต่างกัน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน คือ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า เจ้าหน้าที่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

5.1.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทัศนคติ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในระดับปานกลาง ($r=0.687$) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r=0.213$) ในขณะที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r=0.207$)

5.1.6 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงการหาแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อที่เหมาะสม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และเก็บข้อมูล โดยการสังเกตจากพฤติกรรมขณะปฏิบัติงานจริง พบว่า

5.1.6.1 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ ของสถานพยาบาลเอกชน และเทศบาลนครอุบลราชธานีที่สำคัญ คือ ไม่มีแหล่งกำจัดขยะติดเชื้อส่วนรวมที่ได้มาตรฐาน วิธีการกำหนด การคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนถ่าย และการกำจัดขยะติดเชื้อของสถานพยาบาลเอกชน และเทศบาลยังไม่ถูกต้องตามขั้นตอนในการจัดการขยะติดเชื้อของกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเป็นแม่บ้าน และไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ แต่รับรู้ด้วยการบอกเล่าต่อ และจากการซักถามจากเจ้าหน้าที่อื่นที่ปฏิบัติงานเหมือนกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อยัง

ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ในขณะที่เจ้าหน้าที่บางส่วนที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในสถานพยาบาลของรัฐ และได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องก็ไม่ได้มีพฤติกรรมแตกต่างจากแม่บ้านที่ไม่ได้รับการอบรมเลย ซึ่งสรุปได้จากการสังเกตพฤติกรรมขณะปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติจริงตามที่ได้ให้ข้อมูลทั้งในแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

5.1.6.2 ผลกระทบที่เกิดขยะติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่คล้ายกันว่า ปัญหาขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลอาจส่งผลกระทบได้ทั้งกับบุคคล และสิ่งแวดล้อมได้ดังต่อไปนี้

- 1) กลุ่มคนที่มีอาชีพเก็บขยะ
- 2) ตัวเจ้าหน้าที่เอง ซึ่งบางครั้งก็ไม่ได้ตระหนักในเรื่องการจัดการกับขยะติดเชื้อ
- 3) เจ้าหน้าที่ของเทศบาลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและจัดเก็บขยะติดเชื้อ
- 4) ประชาชน และชุมชนที่อยู่รอบๆ สถานพยาบาล
- 5) แม่น้ำมูลซึ่งเป็นแม่น้ำสายหลักของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีอาจเน่าเสียเพราะเป็นแหล่งสุดท้ายที่รองรับน้ำเสียจากท่อระบายน้ำทิ้งของทุกสถานพยาบาล
- 6) ในปัจจุบันการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลเสริมความงาม ซึ่งก็ทำให้ขยะติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่จังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีมาตรการในการจัดการขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน
- 7) ไม่ทราบว่าจะสุดท้ายที่ทิ้ง และจัดการขยะติดเชื้อคือที่ไหน และมีวิธีการจัดการที่ถูกต้องหรือไม่

5.1.6.3 ส่วนแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างได้ให้แนวทางไว้หลายแนวทางดังนี้

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องมีมาตรการ และนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งให้มีมาตรฐานเดียวกัน
- 2) เจ้าของสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งต้องให้ความสำคัญในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล และต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจในการจัดการขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของตนเองให้ถูกต้อง
- 3) เทศบาลเมืองอุบลราชธานี ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ในการจัดการขยะติดเชื้อ หน่วยงานควรจัดให้เจ้าหน้าที่ได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ และมีวิธีการจัดเก็บให้ถูกวิธีด้วยเช่นกัน
- 4) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) น่าจะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และออกนโยบายมาตรการด้านการจัดการขยะติดเชื้อให้ถูกวิธีด้วย
- 5) พัฒนาชุมชนจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่หนุนเสริมและช่วยสร้างเวทีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาเรื่องขยะติดเชื้อได้คล้ายเหมือนกัน

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และหน้าที่ที่ต่างกัน ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน และจบการศึกษาในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ซึ่งไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ เมื่อทดสอบความแตกต่างในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล มีความรู้อยู่ในระดับใกล้เคียงกันคือมีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีทักษะไม่แตกต่างกันคืออยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกันคืออยู่ในระดับมากที่สุด สามารถอธิบายได้ดังนี้

5.2.1 การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีทักษะอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติ และหน้าที่ที่ต่างกัน พบว่า เจ้าหน้าที่มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับต่ำ มีทักษะอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด จะเห็นได้ว่า ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะมีความรู้ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในระดับปานกลางและระดับต่ำ ก็ไม่ได้ทำให้เจ้าหน้าที่มีทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อต่ำไปด้วย ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า เจ้าหน้าที่จากสถานพยาบาลประเภทตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ และสถานพยาบาลประเภททันตกรรม ขณะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเลย เช่น ไม่ได้สวมถุงมือ ไม่ใช่ผ้าปิดจมูก และในส่วนการทิ้งขยะติดเชื้อที่เป็นเศษสำลีเป็นอนเลือด เบือนหนอง และเสมหะ ก็ทิ้งในขยะทั่วไป ไม่ได้ทิ้งแยกในขยะติดเชื้อ และการทิ้งสิ่งปฏิกูล และสารคัดหลั่งที่เป็น น้ำเลือด หนอง เสมหะ ปัสสาวะรวมถึงอุจจาระ ก็ทิ้งในท่อระบายน้ำเลยโดยไม่มีภาชนะก่อนเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะอ้างว่ามีการใช้สารกำจัดเชื้อก่อนทิ้งก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (พนิต มโนการ, 2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง และมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลและงานวิจัยของ (สุมพร พรหมจารี, 2542) ที่พบว่า บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการขยะ ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาการทำงาน ตำแหน่ง ระดับการศึกษาของบุคลากร ไม่มีผลต่อการจัดการขยะที่ถูกต้องในโรงพยาบาลชุมชน แต่

แตกต่างจากงานวิจัยของ (กุหลาบ แผ่นทอง, 2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ที่แตกต่างกันมีผลทำให้พฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกัน

5.2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในระดับปานกลาง ($r=0.687$) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r=0.213$) ในขณะที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r=0.207$) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้การสังเกตพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างขณะปฏิบัติงาน พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติได้จริงตามที่ให้ข้อมูลในแบบสอบถาม และจากการสนทนากลุ่มย่อย อาจจะเป็นเพราะจำนวนผู้มารับบริการต่อวันมีเป็นจำนวนมาก และมีเวลาจำกัดในการเปิดให้บริการ ทำให้ต้องเร่งรีบในการปฏิบัติงาน โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา แต่แตกต่างกับงานวิจัยของ (สาธิต สว่างแสง, 2543) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะติดเชื้อ จะมีการจัดการกับขยะติดเชื้อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และงานวิจัยของ (ชิษณุกร พรภาณวิษญ์, 2541) ที่พบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ในเชิงลบหรือเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ บุคลากรกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ มีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องมากกว่า

5.2.3 การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงการหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะติดเชื้อ

ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อพบว่า จังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีแหล่งกำจัดขยะติดเชื้อส่วนรวมที่ได้มาตรฐาน วัสดุอุปกรณ์ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อมีไม่เพียงพอ และวิธีการจัดเก็บขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ทั้งสถานพยาบาลเอกชน และเทศบาลยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่แม่บ้านจะมีหน้าที่ในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล และไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ แต่รับรู้ด้วยการบอกต่อจากเจ้าหน้าที่อื่นที่ปฏิบัติงานเหมือนกัน ในขณะที่เจ้าหน้าที่บางส่วนที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในสถานพยาบาลของรัฐ มีประสบการณ์ มีความรู้ และได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องก็ไม่ได้มีพฤติกรรมแตกต่างจากแม่บ้านที่ไม่ได้รับการอบรมเลย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้วิจัย ซึ่งพบว่า สถานพยาบาลในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานีมีทั้งหมด 88 แห่ง มี 35 แห่งที่ใช้บริการเทศบาลมาจัดเก็บขยะติดเชื้อ เทศบาลคิดราคาภิโกลรัมละ 25 บาท สถานพยาบาลที่เหลือ 53 แห่ง จัดการขยะติดเชื้อเอง ซึ่งบางแห่งนำไปฝากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์กำจัดให้ แต่บางแห่งไม่ให้ข้อมูลแหล่งกำจัด ซึ่งในขณะนี้ปัจจุบันเทศบาลเมืองอุบลราชธานียังไม่มีเตาเผาขยะเลย เพราะติดปัญหาด้าน

มวชนและปัญหาอื่นซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ข้อมูล ส่วนการจัดเก็บขยะติดเชื้อของเทศบาลฯ ไม่มีโรงเก็บขยะติดเชื้อแยกต่างหาก เป็นการเก็บขยะติดเชื้อจากสถานพยาบาลเอกชนมาเก็บพักไว้ในถังขยะทั่วไปเพื่อรอบริษัทเอกชนมารับไปกำจัดต่อ และจากการบอกเล่าของเจ้าหน้าที่เทศบาล และคนที่มิอาชีพเก็บขยะบางครั้งก็ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำ และถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาและปาก แต่ก็ไม่เคยไปรับการรักษา เพราะคิดว่าคงไม่อันตราย และงานวิจัยของ (ประไพพันธ์ วงศ์เครือ, 2540) และงานวิจัยของ (ชาลินี โปปาราย, 2540) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อนั้นมาจาก อุปกรณ์และเครื่องมือป้องกันไม่เพียงพอต่อบุคลากร ทำให้มูลฝอยติดเชื้อปะปนกับมูลฝอยทั่วไป และเจ้าหน้าที่มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทของเหลวไม่ถูกต้อง ไม่มีสถานที่เก็บกักมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยงาน สถานที่ชะล้างและเรือนพักมูลฝอยติดเชื้อและไม่เหมาะสม และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำลายเชื้อบริเวณที่มูลฝอยติดเชื้อหกหล่นตามที่กำหนดในคู่มือได้ แต่แตกต่างกับงานวิจัยของ (สาธิต สว่างแสง, 2543) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะติดเชื้อ จะมีการจัดการกับขยะติดเชื้อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบที่เกิดขยะติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่คล้ายกันว่า ปัญหาขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลอาจส่งผลกระทบได้ทั้งกับบุคคล และสิ่งแวดล้อมได้ดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มคนที่มีอาชีพเก็บขยะ 2) ตัวเจ้าหน้าที่เอง ซึ่งบางครั้งก็ไม่ได้ตระหนักในเรื่องการจัดการกับขยะติดเชื้อ 3) เจ้าหน้าที่ของเทศบาลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและจัดเก็บขยะติดเชื้อ 4) ประชาชน และชุมชนที่อยู่รอบๆ สถานพยาบาล 5) แม่น้ำมูลซึ่งเป็นแม่น้ำสายหลักของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีอาจเน่าเสียเพราะเป็นแหล่งสุดท้ายที่รองรับน้ำเสียจากท่อระบายน้ำทิ้งของทุกสถานพยาบาล 6) ในปัจจุบันการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลเสริมความงาม ซึ่งก็ทำให้ขยะติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่จังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีมาตรการในการจัดการขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน 7) แหล่งสุดท้ายที่กำจัดขยะติดเชื้อคือที่โหนด และมีวิธีการจัดการที่ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ชาลินี โปปาราย, 2540) ที่พบว่า คนงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อเคยได้รับอุบัติเหตุถูกเลือดและสารคัดหลั่งกระเด็นถูกร่างกายและเคยถูกเข็มและของมีคมทิ่มตำ ขณะปฏิบัติงานคนงานไม่สวมแว่นตา ผ้าอย่างกันเปื้อน รองเท้าบูท และผ้าปิดปากและจมูกคิด และปฏิบัติไม่ถูกต้องในการเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่น และงานวิจัยของ (อัสนิม มหาพัฒนา, 2543) ที่พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่มีการกำจัดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลไม่เหมาะสม ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่อาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาล

ส่วนแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างได้ให้แนวทางไว้หลายแนวทาง ซึ่งสรุปได้ดังนี้ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาลนครอุบลราชธานี องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เจ้าของสถานพยาบาลเอกชน และพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ควรร่วมมือกันในการกำหนดนโยบาย และมาตรการในการจัดการกับขยะติดเชื้อของสถานพยาบาลเอกชนที่ได้มาตรฐานเดียวกัน มีการส่งเสริมการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการกับขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง และควรมีการจัดสร้างเตาเผาขยะส่วนรวมที่ได้มาตรฐานร่วมด้วย จากแนวทางการแก้ไขดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ(สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2537) ที่พบว่า เมื่อมีการดำเนินการโครงการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนแล้ว ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการรักษาสิ่งแวดล้อมสาธารณะ การกำจัดขยะ การป้องกันอุบัติเหตุ และการดูแลในเรื่องการเจ็บป่วย พบว่า มีการจัดการขยะ การรักษาสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น อัตราการป่วยโดยทั่วไปลดลง การใช้บริการที่ ศสมช. ลดลง และงานวิจัยของ(วิระชัย โชควิณูญ และคณะ, 2537) ที่พบว่า สถานการณ์และการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล 3 ระดับ ในเขต 2, 3 และ 4 ยังมีการจัดการกับขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง และไม่แตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อให้การจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งถูกต้อง และเหมาะสมตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข จึงควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการทำงานเกี่ยวข้องกับการเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมีความรู้แล้ว ก็จะทำให้มูล

ดังนั้น เพื่อให้การจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งถูกต้อง และเหมาะสม จึงควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการทำงานเกี่ยวข้องกับการจัดการกับขยะติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนมีความรู้ และความตระหนักในเรื่องการจัดการกับขยะติดเชื้อแล้ว ก็จะทำให้ขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้น ได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย ผลกระทบของมูลฝอยติดเชื้อต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และสิ่งแวดล้อมก็จะหมดไป

5.3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

5.3.1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (Oneway ANOVA) และทดสอบค่าความแตกต่าง โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 10 คู่ (Least Significant Difference, LSD) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ต่างกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$)

5.3.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทักษะ ทักษะที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะในระดับปานกลาง ($r = 0.687$, $P\text{-value} < .01$) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r = 0.213$, $P\text{-value} < .05$) ในขณะที่ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r = 0.207$, $P\text{-value} < .05$)

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้

5.4.1.1 ด้านนโยบาย ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นายกเทศมนตรีเทศบาลนครอุบล และเจ้าของสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งควรเห็นความสำคัญของการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลชน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งในปัจจุบันจำนวนสถานพยาบาลเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและจำนวนประชากร ดังนั้น ผู้บริหารทุกฝ่ายควรร่วมมือกันในการที่จะรับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ด้วยการกำหนดนโยบายให้ชัดเจน และให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ จัดการขยะติดเชื้อของสถานพยาบาลให้มีเพียงพอ

5.4.1.2 ควรมีเดาเผาขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐานและสามารถรองรับการจัดการขยะที่เชื้อที่มีจำนวนมากได้ เนื่องจากในปัจจุบันเทศบาลนครอุบลราชธานี ยังไม่มีเตาเผาขยะติดเชื้อและสถานที่เก็บและจัดการกับขยะทั่วไปเลย ขยะทั่วไปเทศบาลฯนำไปฝากจัดการที่เทศบาลวารินชำราบจัดการต่อและเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายเดือน เมื่อคิดรวมเป็นรายปีเทศบาลฯต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในส่วนของจัดการกับขยะทั้งหมดดังกล่าว

5.4.1.3 เนื่องจากสถานพยาบาลเอกชน เป็นสถานพยาบาลที่ต้องรองรับการรักษาจากผู้มารับบริการที่ล้นจากสถานพยาบาลของรัฐ จากการศึกษาครั้งนี้ จึงควรเน้นให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อ ได้เข้าใจและเห็นความสำคัญของการจัดการขยะติดเชื้อ โดยการจัดอบรมให้ผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อได้มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญ ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการขยะติดเชื้อ นำข้อมูลปัญหาและผลกระทบของขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับชุมชนและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทุกคนได้ทราบและตระหนักในการแก้ไขปัญหาของขยะติดเชื้อร่วมกัน และส่งผลให้การจัดการกับขยะติดเชื้อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ซึ่งแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ไม่ใช่ความรับผิดชอบของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชน และหน่วยงานทุกหน่วยงานร่วมมือกันในการจัดการขยะติดเชื้อให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้เพราะขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นขยะที่มีเชื้อโรคปนเปื้อน และสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อมได้มากกว่าขยะมูลฝอยประเภททั่วไป จึงกล่าวได้ว่าถ้าขยะประเภทต่างๆ ที่เกิดจากสถานพยาบาลมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพ หรือถ้าเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่มีความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นจากขยะดังกล่าวแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ได้มากขึ้นด้วยเช่นกัน

5.4.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบเรื่องพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี

5.4.2.2 ควรศึกษาเรื่อง การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลเอกชน ด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัยและการป้องกันภาวะควบคุมอุบัติเหตุนิวเคลียร์และโรคไม่ติดต่อ

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและ
 ราชการวิทย์เพื่อสุขภาพ. อันตรายจากขยะติดเชื้อ. กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
- กุลลาบ แผ่นทอง. พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ของรัฐในจังหวัดพะเยา.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม :
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- เกศน์กานต์ แส่นศรีมหาชัย. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอกชน ใน
 เขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 จัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- ชาลินี โบปาราย. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของคณงาน โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัด
 แม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้าน
 การควบคุมการติดเชื้อ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- ชิษณุกร พรภาณวิษณุ. รายงานการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ
 มุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่. โรงพยาบาลแพร่, 2541.
- นรนน ทวีสิน. การจัดการของเสียจากสถานพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ :
 ม.ป.พ., 2537.
- จำเนียร ช่างโชติ และคณะ. จิตวิทยาการเรียนรู้ – การเรียนรู้. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง,
 2525.
- เทพพนม เมืองแมน และคณะ. “การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสโรค
 เอคส์ในกลุ่มผู้ขายขยะขาย”, วารสารสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนา. กรุงเทพฯ,
 กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- นิตยสารไกล่หมอ. ความรู้เรื่องมูลฝอยติดเชื้อ. ปีที่ 25 ฉบับที่ 7 กรกฎาคม, 2544.
- ประไพพันธ์ วงเครือ. ผลของการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแก่คณงาน โรงพยาบาล
 มหาราชเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- ปรีณันท์ สุนทรไชยา. ทัศนคติ พฤติกรรมและปัญหาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานี
 อณามัย ในจังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 จัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- พนิด มโนปการ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลทางการพยาบาลในการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยี
การบริหารสิ่งแวดล้อม : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- พัฒน์ สุจำนงค์. อนามัยสิ่งแวดล้อม. เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- เพชรสุเมย์ ทั้งเจริญกุล. ประสิทธิภาพในการกำจัดขยะติดเชื้อโดยเตาเผาในโรงพยาบาลมหาราช
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- มัลลิกา ปัญญาคะโป. เอกสารประกอบวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม “ของเสียอันตราย”.
คณะวิทยาศาสตร์ : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2542.
- ขงบุทท ร่วมชาติ. กระบวนการคัดแยกขยะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเตาเผาขยะติดเชื้อ โรงพยาบาลแม่
สอดจังหวัดตาก. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- วารสารสิ่งแวดล้อม. ความรู้เรื่องส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะติดเชื้อ. ฉบับที่ 7
ปีที่ 2 มกราคม - กุมภาพันธ์ , 2540
- วิบูลย์ ผลทวี และคณะ. การศึกษาการกำจัดขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนด้วยเตาเผาขยะแบบ
ดข.2 (ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดในเขต 9). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- วิชัยศักดิ์ อุหาทอง และคณะ. การศึกษาพัฒนารูปแบบเตาเผาขยะโดยประยุกต์ใช้แก๊สเป็นเชื้อเพลิง.
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- วิสุทธิ บุญน้อยกอ. รายงานการวิจัยการใช้มาตรการทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติการ
สาธารณสุข พ.ศ. 2535 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตการสาธารณสุขที่ 8.
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- วิไลเดือน พรอนันต์. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับการคุ้มครอง
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2532 ในจังหวัด
สมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหาร
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- วีระชัย โชควิญญ และคณะ. สถานการณ์และการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ศรัญญา สุทธิโรจน์รักษ์. พฤติกรรมการณ์รวบรวมขยะติดเชื่อของพนักงานทำความสะอาด
โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- สมหวัง คำนชัยวิจิตร. คู่มือการปฏิบัติงานการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ. สมุทรปราการ : พีวเจอร์
กราฟฟิค, 2538.
- สมหวัง คำนชัยวิจิตร กาญจนา กชินทร และกรองกาญจน์ สังกาศ. “การถูกเข็มตำ และของมีคม
บาดในโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2535”, จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่ง
ประเทศไทย. กรุงเทพฯ, 2538.
- สาธิต สว่างแสง. การจัดการขยะติดเชื่อของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม :
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- สุรัชย์ ป้ายปาน. แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลโพธิ์
ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
จัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
- สุวรรณา เดียรต์สุวรรณ และวรางคณา พรรณรัตนศิลป์. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการมูล
ฝอยติดเชื่อ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. รายงานการวิจัยการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมสาธารณสุขมูล
ฐานด้านการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัยและการป้องกันภาวะ
ควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและ โรคไม่ติดต่ออ้าเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- สุมพร พรหมจารีต. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการขยะของโรงพยาบาล
:กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ส่วนแผนงานและทรัพยากรสาธารณสุข. สถานภาพ และความ
พร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีนอนามัย (สอ.) ในการดำเนินการ
พัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข, 2535.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

สำนักจัดการคุณภาพน้ำโรงพยาบาล. มาตรฐานการกำจัดขยะของโรงพยาบาล. นิสิตคณะ

วิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ สาขาวิชาวิศวกรรมโยธาและสิ่งแวดล้อม, 2543.

อัสนี มหาพัฒนไทย. การบริหารจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม : มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
2543.

อานนท์ ลาวัณกุล และสมเดช เวชวิฐาน. การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยสิ่งแวดล้อม
เขต 9 ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ 3535-2539). กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

**แบบสอบถาม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน
ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี**

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

- () ชาย () หญิง

2. อายุ

- () น้อยกว่า 20 ปี () 20 – 29 ปี
 () 30 -39 ปี () 40 – 49 ปี
 () มากกว่า 50 ปี

3. ระดับการศึกษา

- () ต่ำกว่าประถมศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา () อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () สูงกว่าปริญญาตรี

4. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

- () 0 – 5 ปี () 6 – 10 ปี
 () 11 - 15 ปี () 16 – 20 ปี
 () มากกว่า 20 ปี

5. สถานพยาบาลเอกชน (คลินิก) ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่เป็นสถานพยาบาลประเภท

- () เสริมความงาม () เวชกรรมแผนปัจจุบัน
 () ทันตกรรม () ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกซเรย์

6. ตำแหน่งที่ท่านปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

- () แพทย์ () ทันตแพทย์
 () พยาบาล () ผู้ช่วยพยาบาล
 () บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้ออย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () เป็นผู้ใช้วัสดุ / อุปกรณ์ติดเชื้อที่เกิดจากผู้รับบริการ
 () เป็นผู้ดูแลให้ขยะติดเชื้อมีการกำจัดให้ถูกต้อง
 () เป็นผู้กำจัด / ทิ้งขยะติดเชื้อ / ทำลายขยะติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความรู้ ในการจัดการขยะติดเชื้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
วิธีกำหนดประเภทขยะติดเชื้อ		
1.ท่านคิดว่าสิ่งใดต่อไปนี้เป็นขยะติดเชื้อ		
-เศษกระดาษ กล่องกระดาษ ขวดพลาสติก ถุงพลาสติก ขวดยาของผู้ป่วย		
-กระบอกฉีดยาพลาสติกที่ใช้แล้ว		
-ขวดน้ำเกลือ สายน้ำเกลือที่ใช้แล้ว		
-ถุงมือที่ใช้แล้ว		
-ผ้าก๊อซ ผ้าพันแผลที่เปื้อนเลือด		
-กระดาษชำระที่ใช้เช็ดเสมหะและอาเจียนผู้ป่วย		
-เข็มฉีดยา ใบมีดผ่าตัดที่ใช้แล้ว		
-ขวดบรรจุยามาแมลง		
2.ขยะที่เกิดจากกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคไม่จัดเป็นขยะติดเชื้อ		
3.ขยะที่เกิดจากการให้ภูมิคุ้มกันโรคไม่จัดเป็นขยะติดเชื้อ		
4.ยาที่หมดอายุถือเป็นขยะติดเชื้อที่เกิดจากการรักษาพยาบาล		
5.การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคติดต่อ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุจะไม่ก่อให้เกิดขยะติดเชื้อ		
6.ขยะติดเชื้อจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยตรงต่อมนุษย์เท่านั้น		
7.สารคัดหลั่งจากร่างกายไม่ทำให้เกิดมลพิษต่อดิน น้ำ และอากาศ เพราะมีปริมาณเพียงเล็กน้อย		
8.ขยะติดเชื้อจากสถานพยาบาลสามารถแพร่โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบเอและบี โรคบาดทะยัก วัณโรคและโรคพยาธิได้		
9.การสัมผัสกับขยะติดเชื้อมีโอกาสทำให้ติดโรคได้		
10.การจัดการขยะติดเชื้อควรเป็นหน้าที่ของบุคคลบางกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเท่านั้น เช่น เทศบาล ฯ		

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความรู้ ในการจัดการขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
วิธีคัดแยกขยะติดเชื้อ		
1.ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไป		
2.การคัดแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไปเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น		
3.การคัดแยกขยะติดเชื้อเป็นการเพิ่มความสะดวกในการนำไปทำลายอย่างถูกวิธี		
4.ขยะติดเชื้อที่ออกจากผู้ป่วยควรคัดแยกทันที		
5.การแยกทิ้งขยะติดเชื้อประเภทของมีคม ออกจากขยะติดเชื้อทั่วไป (เช่น ก้อนขี้ ส้วมเปื้อนเลือด) ณ จุดกำเนิดขยะ เป็นเรื่องยากลำบากในการปฏิบัติ		
6.การแยกทิ้งขยะติดเชื้อมีคมต้องแยกลงในถุงพลาสติก และปิดปากถุงก่อนทิ้ง		
7.จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องแยกขยะติดเชื้อรุนแรง เช่น มีเชื้อ เอช ไอ วี หรือเชื้อวัณโรค ปนเปื้อนอยู่ไปบำบัดพิเศษ		
วิธีเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ		
1.ควรเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อจากของมีคม และขยะติดเชื้อทั่วไปไว้ด้วยกันเพื่อสะดวกต่อการนำไปทำลาย		
2.การจัดเก็บขยะติดเชื้อต้องเก็บในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด		
3.หลักการเลือกถังบรรจุขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลว คือ มีน้ำหนักเบา และสามารถเผาไหม้ได้ง่าย		
4.ควรทิ้งขยะติดเชื้อมีคม เช่น ไขมีด หรือเข็ม ลงในภาชนะที่เป็นเหล็กเท่านั้นเพื่อป้องกันการทะลุ		
5.การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อต้องสวมถุงมืออย่างเหมาะสมตลอดเวลา		

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความรู้ ในการจัดการขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
6.ต้องล้างมือทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ		
7.ควรบรรจุขยะติดเชื้อให้เต็มถุงพลาสติกเพื่อประหยัดเวลาในการขนย้าย		
8.ควรมีจุดพักขยะติดเชื้อที่แยกออกจากขยะทั่วไป		
9.การเก็บพักขยะติดเชื้อ ควรใช้ระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่จะทำได้		
<u>วิธีขนถ่ายขยะติดเชื้อ</u>		
1.ไม่ควรขนถ่ายขยะติดเชื้อพร้อมกับขยะทั่วไป		
2.เจ้าหน้าที่ขนถ่ายขยะติดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องสวมเครื่องป้องกัน ถ้าระยะทางการขนถ่ายอยู่ใกล้		
3.ต้องมัดปากถุงพลาสติกให้แน่นก่อนการขนถ่ายทุกครั้ง		
4.เมื่อมีขยะติดเชื้อบางส่วนคกหล่นระหว่างการขนถ่าย ต้องหยิบขึ้นให้เร็วที่สุด แม้ว่ายังไม่ได้สวมเครื่องป้องกัน		
5.ต้องล้างมือทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการขนถ่ายขยะติดเชื้อ		
<u>วิธีบำบัด และกำจัดขยะติดเชื้อ</u>		
1.จุดมุ่งหมายของการบำบัดของเสียติดเชื้อ ก่อนนำไปกำจัด คือ การเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะทางชีววิทยาเพื่อลด หรือทำลายฤทธิ์ที่จะก่อให้เกิดโรค		
2.การกำจัดขยะติดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องผ่านการบำบัดก็ได้		
3.ขยะติดเชื้อที่ได้รับการบำบัดแล้วและขยะทั่วไปสามารถนำไปกำจัดพร้อมกันได้		
4. วิธีกำจัดขยะติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การเผาในเตาความร้อนสูง		
5.ในการจัดการขยะติดเชื้อ เจ้าหน้าที่สวมเพียงผ้าปิดจมูก ถุงมือ และผ้ากันเปื้อนก็เพียงพอแล้ว		

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความรู้ ในการจัดการขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
6.ขยะติดเชื้อประเภทผ้าพันแผล สำลี และประเภทของเหลว เช่น เลือด หนอง น้ำขี้มูก เชื้อ ควรแยกกำจัดเนื่องจากจะทำให้เตาเผา เปียกชื้น		
7.ขยะติดเชื้อจำพวก เลือด เสมหะและสารคัดหลั่ง ควรแช่น้ำยาฆ่า เชื้อก่อนนำไปกำจัด		
8.ขยะติดเชื้อมีคม ควรบับัดโดยการฆ่าเชื้อ และทำให้แตกหักก่อน การกำจัด		
9.ขยะติดเชื้อมีคม ควรกำจัดด้วยการเผาในเตาเผาเท่านั้น		
10.บุคลากรในสถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการกำจัด ขยะติดเชื้อก็ได้ เพราะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่รับกำจัดขยะ เช่น พนักงานเทศบาล ฯ		

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับ **ทัศนคติ** ในการจัดการขยะติดเชื้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
วิธีกำหนดประเภทขยะติดเชื้อ					
1.ท่านพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไป					
2.ท่านคิดว่าขยะที่เกิดจากกิจกรรมในสถานพยาบาลเป็นขยะติดเชื้อที่ต้องจัดการอย่างถูกวิธี					
3.ท่านคิดว่า การมีความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ จะช่วยให้ท่านสามารถจัดการกับขยะติดเชื้อ ได้ถูกวิธี					
4.ท่านคิดว่า การมีความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ ทำให้เกิดผลดีกับผู้มารับบริการและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว					
วิธีคัดแยกขยะติดเชื้อ					
1.ท่านรู้สึกว่าการแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไปเป็นเรื่องยุ่งยาก					
2.ท่านคิดว่าขยะติดเชื้อที่ทิ้งรวมกับขยะทั่วไปอาจทำให้เกิดอันตรายต่อประชาชนที่มีอาชีพค้าขาย และติดเชื้อ โรคได้					
3.ท่านคิดว่า การทิ้งขยะติดเชื้อปะปนกับขยะทั่วไปไม่ทำให้เกิดผลเสียแต่อย่างใด					

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ทักษะคติ ในการจัดการขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
วิธีคัดแยกขยะติดเชื้อ(ต่อ) 4.ท่านคิดว่า ขยะติดเชื้อประเภทเลือด หนอง เสมหะและสารคัดหลั่ง ไม่ จำเป็นต้องแยกออกจากขยะประเภท อื่น					
5.ท่านรู้สึกว่ายขยะในสถานพยาบาล ของท่านไม่จำเป็นต้องทิ้งแยกถุงเพราะ ไม่ใช่ขยะติดเชื้อ					
วิธีการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ 1.ท่านรู้สึกว่า การเก็บรวบรวมขยะติด เชื้อต้องระมัดระวังมากกว่าขยะทั่วไป					
2.ท่านรู้สึกว่า การเก็บรวบรวมขยะติด เชื้อไม่จำเป็นต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ					
3.ท่านคิดว่า การเก็บพักขยะติดเชื้อต้อง เก็บไว้คนละที่กับขยะทั่วไป					
วิธีขนถ่ายขยะติดเชื้อ 1.ท่านคิดว่า การขนถ่ายขยะติดเชื้อเป็น หน้าที่ของเทศบาล					
2.ท่านรู้สึกว่า การขนถ่ายขยะติดเชื้อ ไม่ได้แตกต่างจากการขนถ่ายขยะ ทั่วไป					
3.ท่านรู้สึกว่า ไม่จำเป็นต้องมีคำเตือน ไว้หน้าถุงที่บรรจุขยะติดเชื้อขณะขน ถ่าย					

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ทักษะคติ ในการจัดการขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความรู้				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
<p><u>วิธีขนถ่ายขยะติดเชื้อ(ต่อ)</u></p> <p>4.ท่านรู้สึกหรือไม่จำเป็นต้องใช้รถแยกคันในการขนถ่ายขยะติดเชื้อและกิจกรรมอื่นๆ เพราะขยะอยู่ในถุงอยู่แล้ว</p>					
<p>5.ท่านคิดว่าต้องสวมถุงมืออย่างหมดจดตลอดเวลาขณะทำการขนถ่ายและรวบรวมขยะติดเชื้อ</p>					
<p><u>วิธีบำบัดและกำจัดขยะติดเชื้อ</u></p> <p>1.ท่านคิดว่า สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทุกแห่งมีการจัดการขยะติดเชื้อที่เหมาะสมแล้ว</p>					
<p>2.ท่านคิดว่า ระบบการจัดการขยะติดเชื้อในหน่วยงานของท่านเหมาะสมแล้ว</p>					
<p>3.ท่านรู้สึกว่าการจัดการขยะติดเชื้อขนาดใหญ่มีกระบวนการกำจัดขยะติดเชื้อที่ดีกว่าสถานพยาบาลขนาดเล็ก</p>					
<p>4.ท่านรู้สึกว่าการจัดการขยะติดเชื้อเป็น “หน้าที่” ของท่าน</p>					

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรม ในการจัดการขยะติดเชื้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1.ท่านแยกขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป ออกจากกันหลังให้การรักษาพยาบาล					
2.ท่านแยกขยะติดเชื้อที่มีคม ออกจากขยะติดเชื้ออื่น					
3.ท่านแยกขยะติดเชื้อประเภทของเหลวลงในภาชนะที่รองรับเฉพาะของเหลว					
4.เศษสำลีแอลกอฮอล์เป็นอนเลือก ผ้าก๊อชที่ใช้แล้วท่านทิ้งลงในถุงทั่วไป					
5.ท่านจัดเตรียมถุงพลาสติกสำหรับทิ้งขยะไว้ 2 ประเภท ได้แก่ ถุงสีดำสำหรับทิ้งขยะทั่วไป และถุงสีแดงสำหรับทิ้งขยะติดเชื้อ					
6.เมื่อมีขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลวตกบนพื้นขณะปฏิบัติงาน ท่านปล่อยทิ้งไว้ให้แห้งเองตามธรรมชาติ					
7.ท่านสวมถุงมืออย่างระหว่งการจัดการขยะติดเชื้อ					
8.ท่านทิ้งขยะติดเชื้อทุกประเภท เช่น ผ้าก๊อช สำลี ผ้าก๊อช กระบอกลึดยา เข็มลึดยา เศษชิ้นเนื้อรวมกัน ในขณะปฏิบัติงาน แล้วจึงนำมาคัดแยกอีกครั้งภายหลังการปฏิบัติงานแล้วหรือก่อนนำไปกำจัด					
9.ท่านแช่ของมีคมที่ใช้แล้วในน้ำยาทำลายเชื้อหรือน้ำยาทำลายความคมก่อนแล้วจึงนำไปกำจัด					

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรม ในการจัดการขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
10.กรณีที่คุณสถานพยาบาลของท่าน ไม่มีระบบบำบัดน้ำเสีย ท่านจัดการขยะติดเชื้อประเภทของเหลว เช่น เลือด น้ำเหลือง ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อก่อน					
11.หลังจากการปฏิบัติงาน ท่านนำถุงมือยางชนิดน้ำกลับมาใช้ได้เช่นน้ำยาทำลายเชื้อก่อนนำมาใช้อีกครั้ง					
12.เมื่อมีขยะติดเชื้อตกหล่นระหว่างการขนย้ายไปที่ท่าน ใช้มือเปล่าหยิบขยะติดเชื้อเหล่านั้น					
13.ท่านคัดแยกขยะติดเชื้อที่เป็นของมีคม ออกจากขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลวหลังปฏิบัติงาน					
15.ท่านล้างมือหลังเสร็จสิ้นภารกิจในการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ					

ข้อเสนอแนะ

ภาคผนวก ข

**คำถามเชิงสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
การจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี**

คำถามเชิงคุณภาพ (สนทนากลุ่ม Focus Group Discussion) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

- (1) ท่านทราบความหมายของขยะติดเชื้อหรือไม่
- (2) ขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของท่านมีอะไรบ้าง
- (3) ในสถานพยาบาลของท่านมีการจัดเก็บขยะติดเชื้อเก็บอย่างไร
- (4) ใครเป็นคนเก็บขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของท่าน
- (5) ท่านคัดแยก จัดเก็บ ขนถ่าย และกำจัดขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของท่านอย่างไร
- (6) อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อมีอะไรบ้าง
- (7) เคยได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อจากที่ไหนบ้าง
- (8) คิดว่าถ้าขยะจากสถานพยาบาลของท่านปะปนไปกับขยะทั่วไปหรือไม่
- (9) ผลกระทบที่เกิดจากขยะติดเชื้อที่เล็ดลอดออกไปกับขยะทั่วไปจะกระทบกับใครบ้าง
- (10) มีใครบ้างที่ท่านคิดว่าควรเข้ามาดูแลในเรื่องการจัดการขยะเหล่านี้
- (11) ท่านคิดว่าสถานพยาบาลของท่านคัดแยกขยะถูกต้องหรือไม่
- (12) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลของท่านมีอะไรบ้าง
- (13) ข้อเสนอแนะในการหาแนวทางเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งในเขตเทศบาลอุบลราชธานี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไร