

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright © พ.ศ. 2562 Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี



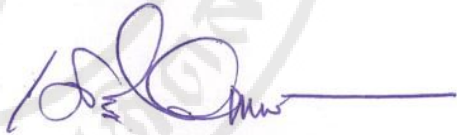
นางบุษรา กวยเนียม  
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันนิพพล มหาอาชา,  
ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



อาจารย์ชนันนา รอดสุทธิ,  
วท.ด. (เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสรี วรพงษ์,  
ศษ.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์ วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์,  
Ph.D. (Science) chemistry  
รักษาการแทนคณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันนิพพล มหาอาชา,  
ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)  
ประธานหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม  
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม)

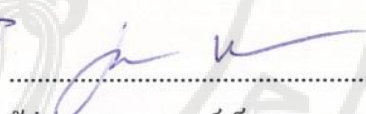
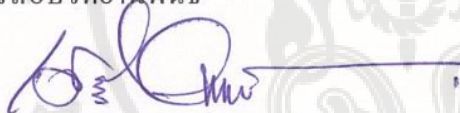
วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

วิพิพล มหาอาชา

By วิชาญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิพิพล มหาอาชา,  
ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นางบุษรา กวยเนียม  
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสรี วรพงษ์,  
ศษ.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์,  
ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Stana

Stana

อาจารย์ชนันนา รอดสุทธิ,  
วท.ด. (เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิลาสินี อโนมะศิริ,  
วท.ด. (เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์



รองศาสตราจารย์ วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์,  
Ph.D. (Science) (biochemistry)  
รักษาการแทนคณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ลือชัย ศรีเงินยวง,  
Ph.D. (Medical Anthropology)

คณบดี  
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ดีด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงและการให้ความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิพพล มหาอาษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสรี วรพงษ์ อาจารย์ ดร.ชนันนา รอดสุทธิ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาสินี อโนมะศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รวมทั้งได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ทุกท่าน ได้กรุณาสละเวลา ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ช่วยตรวจแก้ไขและข้อคิดเห็นต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยเป็นอย่างยิ่ง ทำให้งานวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ รวมทั้งอาจารย์พิเศษที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์ทางการศึกษา เป็นประโยชน์อย่างมากในการทำวิจัย ขอขอบคุณ คุณภานุการณ์ สนใจ ที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แพทย์ ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพ หัวหน้าแผนกต่างๆ และเจ้าหน้าที่ทุกคน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้มีพระคุณและเคารพรักรยิ่ง โดยเฉพาะ ร้อยตำรวจเอกปณิธาน กวยเนียม สามีที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนด้วยดีมาตลอด รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นสาขาวิชาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม (ภาคพิเศษ) รุ่นที่ 2 และอีกหลายท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

บุษรา กวยเนียม

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

INFECTIOUS WASTE SORT OUT BEHAVIOR OF STAFF IN PRIVATE HOSPITAL IN RATCHABURI PROVINCE

บุษรา กวยเนียม 5937919 SHSS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วนิพล มหาอาชา, Ph.D., เสรี วรพงษ์, Ed.D., ชันนา รอดสุทธิ, Ds.C.

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อและทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยรวมกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบสุ่มแบบง่าย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 297 คน ด้วยแบบสอบถามและการวิจัยเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นเครื่องมือการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปร 2 กลุ่ม (t-test) และสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล คือ 1) เจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในการคัดแยกขยะติดต่อกับขยะทั่วไป โดยเฉพาะขยะติดเชื้อชนิดใหม่ๆ หรือประเภทใหม่ๆ ที่ถูกนำมาใช้ใน โรงพยาบาล 2) เจ้าหน้าที่บางคนมีความตระหนักและจิตสำนึกในการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ และ 3) อุปกรณ์รองรับขยะติดเชื้อมีไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่อง ควรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลทุกคนตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อ ควรปลูกฝังสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลตระหนักถึงโทษหรืออันตรายที่เกิดจากการจัดการขยะติดเชื้ออย่างไม่ถูกต้อง ควรจัดให้มีจำนวนถังขยะติดเชื้อให้เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อ และควรจัดตั้งถังขยะติดเชื้อที่มีขนาด ลักษณะ ที่มีความเหมาะสมต่อลักษณะการใช้งานและประเภทของขยะติดเชื้อ

คำสำคัญ : พฤติกรรม / การคัดแยกขยะ / ขยะติดเชื้อ

**INFECTIOUS WASTE SORT OUT BEHAVIOR OF STAFF IN PRIVATE HOSPITAL  
IN RATCHABURI PROVINCE****BUSSARA KUAYNIEM 5937919 SHSS/M****M.A. (ENVIRONMENTAL SOCIAL SCIENCES)****THESIS ADVISORY COMMITTEE : WANIPPOL MAHAARCHA, Ph.D.,  
SEREE WORAPHONG, Ed.D., SHANANA RODSOODTHI, Ds.C.****ABSTRACT**

This research aims to study infectious waste sort out behaviors and to test differences among factors affecting infectious sort out behaviors. The research also focused on problems, difficulties of infectious waste sort out behaviors and also suggestions from staff IN private hospitals in Ratchaburi province. This mixed method research combined quantitative and qualitative methods. For quantitative method, the research used census method to collect data from questionnaires responded by all 297 hospital staff who are responsible for infectious waste sort out. The data are analyzed by SPSS, using Mean, Percentage, Standard Deviation, t-Test and One-way ANOVA. For qualitative research, the research tool is in-depth interview, using purposive sampling by interviewing 14 hospital administrators and content analysis for analyzing the data.

The results showed that the infectious waste sort out behaviors of the sample were in excellent level. Their knowledge is in high level. Their health awareness is in good level. Individual factors and precipitating factors on infectious waste sort out behaviors are average monthly wage, knowledge of infectious waste sort out and opinions on health awareness. These factors affected on infectious waste sort out behaviors showed statistical significance of 0.05 respectively. Problems, difficulties of infectious waste sort out behaviors were 1) Lacking of knowledge and understanding of new types of infectious waste in hospital. 2) Lacking of awareness and moral traits of infectious waste sort out. 3) Having insufficient equipment for infectious waste in hospital.

This study further suggests to provide staff training regularly and continuously, bombard infectious waste sort out awareness for all staff in every hospital, encourage all staff to participate in infectious waste sort out, cultivate moral traits, educate how damage and hazardous inappropriate infectious waste sort out is, and provide sufficient infectious waste bins with suitable size and shape for usages and types of infectious waste.

**KEY WORDS : BEHAVIOR / WASTE SORT OUT / INFECTIOUS WASTE**

178 pages

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ฐ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 ขอบเขตการวิจัย	5
1.4 นิยามศัพท์ในการวิจัย	6
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	7
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
1.7 สมมติฐานในการวิจัย	8
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
<b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม</b>	<b>10</b>
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม	10
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้	27
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น	33
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	36
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	41
2.6 กฎหมายเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ	54
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชน	63
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	72

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3</b> <b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>77</b>
3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ	77
3.1.1 ประชากรในการวิจัย	77
3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	78
3.1.3 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	80
3.1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	82
3.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	82
3.1.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	83
3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ	83
3.2.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	83
3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	84
3.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	84
3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	84
<b>บทที่ 4</b> <b>ผลการวิจัย</b>	<b>85</b>
4.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	86
4.2 ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	88
4.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	88
4.2.2 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	90
4.2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	91
4.2.4 ระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยก ขยะติดเชื้อ	93
4.2.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ	94
4.2.6 ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ	97

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4.3 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดราชบุรี	97
4.4 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยก ขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	101
4.4.1 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	101
4.4.2 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผล ต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	105
4.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	107
4.6 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	108
4.6.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	108
4.6.2 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล เอกชนในจังหวัดราชบุรี	109
4.6.3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยก ขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล	115
<b>บทที่ 5 การอภิปรายผล</b>	<b>116</b>
5.1 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดราชบุรี	116
5.2 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยก ขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	117
5.3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	123

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 6</b> สรุปผลการวิจัย	<b>127</b>
6.1   สรุปผลการวิจัย	127
6.2   ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	131
6.3   ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	131
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย</b>	<b>132</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ</b>	<b>145</b>
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>157</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>165</b>
ภาคผนวก ก   รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	166
ภาคผนวก ข   แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	167
ภาคผนวก ค   แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย	174
ภาคผนวก ง   การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	177
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>178</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1.1 ปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 พ.ศ. 2556	3
2.1 พระราชบัญญัติ หน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบ และหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย	55
2.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อกิจการ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย เป็นรายภาค	68
3.1 ประชากรในการวิจัย	78
4.1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	87
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	89
4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	91
4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	92
4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	94
4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	96
4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ	97
4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ	99
4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง	101
4.10 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามเพศ	102

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.11 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	102
4.12 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	103
4.13 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามตำแหน่งงาน	104
4.14 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน	104
4.15 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	105
4.16 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	106
4.17 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	106
4.18 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	109

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2.1 ทฤษฎีภูเขาน้ำแข็ง	30
2.2 SECI Model	31
2.3 การคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิด	45
2.4 การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ	45
2.5 ภาชนะบรรจุสำหรับเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ	46
2.6 การแต่งกายของผู้ปฏิบัติงานที่ทำการเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อ	47
2.7 วิธีการเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่น	48
2.8 ที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อ	49
2.9 การขนย้ายขยะติดเชื้อ	50
2.10 การกำจัดขยะติดเชื้อโดยวิธีการเผา	51
2.11 ความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายกับขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล/แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ	56
2.12 กฎหมายและลักษณะการควบคุมกิจการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเก็บ/ขนมูลฝอยติดเชื้อ	57
2.13 กฎหมายและลักษณะการควบคุมกิจการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	58

## สารบัญแผนภูมิ

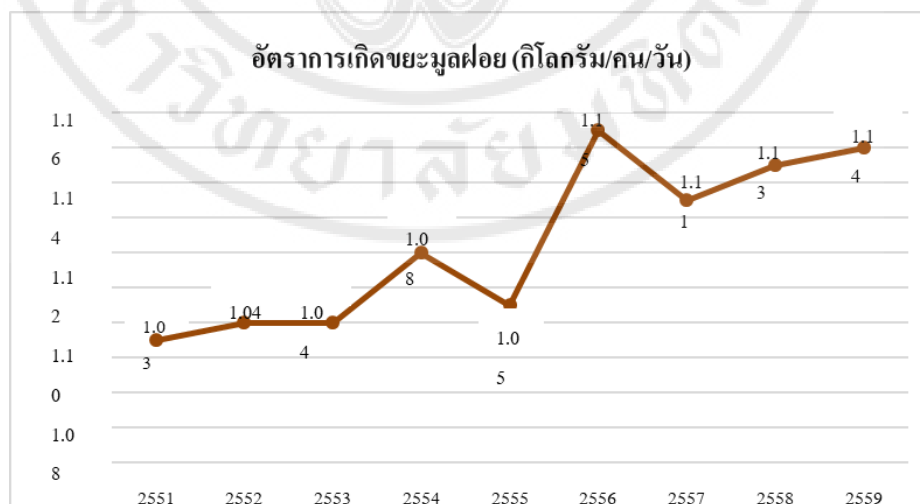
แผนภูมิ		หน้า
1.1	อัตราการเกิดขยะมูลฝอยของประเทศไทย พ.ศ.2551 – 2559	1
2.1	จำนวนสถานพยาบาลในประเทศไทย	63
2.2	ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล เป็นรายภาค	66
2.3	ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกเป็นรายภาค	67
2.4	ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลเป็นรายภาค	68
2.5	จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทบุคลากร	70

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการขยายตัวของสังคมเมือง ตลอดจนการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมและการบริการทางด้านสาธารณสุข ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรไทย ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนกว่า 65 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ส่งผลให้ประเทศประสบปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย อาทิเช่น ปัญหาชุมชนแออัด ปัญหายาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการจราจร ปัญหามลภาวะทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะมูลฝอย โดยเฉพาะปัญหาขยะมูลฝอย ซึ่งจากข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี และอัตราการเกิดขยะมูลฝอยของประเทศก็มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2560)



#### แผนภูมิ 1.1 อัตราการเกิดขยะมูลฝอยของประเทศไทย พ.ศ. 2551 – 2559

หมายเหตุ : ข้อมูลปี 2551–2555 ได้จากการคาดการณ์ และข้อมูลปี 2556–2559 ได้จากการสำรวจข้อมูลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคและสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ, 2560

จากแผนภูมิ 1.1 พบว่า อัตราการเกิดขยะมูลฝอยของประเทศมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ.2559 มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย 1.14 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2558 0.01 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งจากแผนภูมิจะเห็นว่าในปี พ.ศ.2556 มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2555 ถึง 0.10 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน

ขยะมูลฝอยที่เกิดจากการบริการด้านสาธารณสุขเป็นขยะมูลฝอยที่แตกต่างจากครัวเรือนหรือชุมชน เนื่องจากการบริการด้านสาธารณสุขนั้นมีกิจกรรมที่ค่อนข้างหลากหลาย โดยเฉพาะสถานบริการการสาธารณสุขประเภทโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน มีแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยประเภทต่างๆ ที่มาจากตึกผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องทำคลอด ตลอดจนอาคารบ้านพักของเจ้าหน้าที่ ลักษณะของขยะมูลฝอยจึงหลากหลายชนิด มีทั้งขยะมูลฝอยทั่วไป ขยะมูลฝอยอันตราย ขยะมูลฝอยรีไซเคิล ขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะขยะมูลฝอยติดเชื้อต้องใช้ความระมัดระวังในการจัดการมากกว่าขยะมูลฝอยในชุมชนทั่วไป หากมีการจัดการไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลในขั้นตอนของการเก็บรวบรวม การคัดแยก การขน/เคลื่อนย้าย และการกำจัดแล้ว จะทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงานอาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากเชื้อโรคที่ปะปนมาในขยะมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วไป ชุมชนและสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรค อาทิเช่น โรคไข้หวัดนก วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ ฯลฯ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และกระแสเลือด นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงและสัตว์นำโรคได้ เช่น หนู แมลงสาบ แมลงวัน เป็นต้น และยังเกิดการปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำและอากาศได้อีกด้วย ขยะมูลฝอยติดเชือนั้นสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ตั้งแต่แหล่งกำเนิด การเก็บขนย้าย และการกำจัด ซึ่งในปัจจุบันจะพบได้ว่ามีโรคอุบัติใหม่ ๆ เกิดขึ้นมากมาย เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส โรคท้องร่วงจากไวรัสโรต้า ไข้ซิกา ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก เป็นต้น และมีโรคที่กลับมาที่มีความชุกและอุบัติการณ์สูงขึ้นอีกหลายชนิด เช่น วัณโรค กาฬโรค เป็นต้น ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรคมียุ่หลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม มาตรฐานความเป็นอยู่ลดลง นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการคมนาคมและการขนส่งทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้อย่างกว้างไกลและรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อเชื้อโรคที่ปะปนอยู่ในขยะมูลฝอยติดเชื้อด้วย และประกอบกับประเทศไทยประสบปัญหาด้านการจัดการกำจัดขยะมูลฝอย ทั้งด้านการเก็บรวบรวม การคัดแยก การเคลื่อนย้าย/การขนส่ง และการกำจัด ซึ่งส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ถูกหลักสุขาภิบาล จึงนำไปสู่การแพร่กระจายของเชื้อโรคและโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ (กรมอนามัย, 2557)

สถานการณ์ปัจจุบันมีการขยายตัวของธุรกิจทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลจำนวนมากขึ้น จึงส่งผลให้มีปริมาณขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ปัญหาขยะติดเชื้อเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อม หากมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งที่เป็นพิษหรือมีอันตรายโดยตรง ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง ซึ่งได้แก่ การเก็บรวบรวม การคัดแยก การขนส่ง และการกำจัด โดยเฉพาะในขั้นตอนของการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้ไม่เป็นอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ดังนั้นจึงต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทุกคน เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากขยะมูลฝอยติดเชื้อ และทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย

ในจังหวัดราชบุรี มีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 20 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของรัฐจำนวน 13 แห่ง และเอกชนจำนวน 7 แห่ง (กองแผนและงบประมาณ ฝ่ายนโยบายและแผน, 2553) จากผลการสำรวจโรงพยาบาล 16 แห่งในจังหวัดราชบุรี ซึ่งรายงานข้อมูลโดยนายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล (2556) พบว่ามีจำนวนเตียงรวม 2,511 เตียง และมีปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อรวม 1,524 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งมี 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และราชบุรี ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานที่ขยะและการคัดแยกขยะที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

ตาราง 1.1 ปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 พ.ศ. 2556

จังหวัด	แห่ง	เตียงรวม	น้ำหนักรวม (กิโลกรัม/วัน)	น้ำหนักรวม (ตันต่อปี)	น้ำหนักเฉลี่ย (เตียง/วัน)
ราชบุรี	16	2,511	1,524	556	0.61
กาญจนบุรี	18	1,581	1,030	376	0.65
สุพรรณบุรี	11	824	442	161	0.54
นครปฐม	10	1,202	747	273	0.62
สมุทรสาคร	6	933	421	154	0.45
สมุทรสงคราม	3	431	198	72	0.46
เพชรบุรี	11	742	467	170	0.63
ประจวบคีรีขันธ์	10	828	579	211	0.70
<b>รวม</b>	<b>85</b>	<b>9,052</b>	<b>5,408</b>	<b>1,974</b>	<b>0.60</b>

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2556

จากการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีจำนวน 3 แห่ง ที่เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ ประกอบด้วย ในอำเภอเมือง จำนวน 2 แห่ง อำเภอบ้านโป่ง จำนวน 1 แห่ง ซึ่งได้ศึกษาวิจัยโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่อยู่ในอำเภอเมือง เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่สุดในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า มีจำนวนเตียง 100 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 311 คนต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย 89 คนต่อวัน และพบว่า มีปริมาณขยะติดเชื้อค่อนข้างสูง ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ มีหลักการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโดยตรง ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลไม่ได้จัดสร้างเตาเผาขยะขึ้นใช้เอง แต่ใช้วิธีการกำจัดขยะโดยการจ้างเหมาบริการจากบริษัทเอกชน ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็นจำนวนเงินค่อนข้างมากในแต่ละปี ประกอบกับโรงพยาบาลมีนโยบายให้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยโดยเฉพาะงานป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ให้ถูกต้องตามหลักมาตรฐาน และสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น ซึ่งจากเดิมนำวัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ผ่านการใช้งานแล้วไปทำการฆ่าเชื้อโรคด้วยกระบวนการผ่านความร้อนแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ แต่ในปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็นการใช้วัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ประเภทใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและควรให้ความร่วมมือในการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อเหล่านี้ก่อนทิ้งและจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากขยะมูลฝอยติดเชื้อไปสู่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนทั่วไป อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคไปสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อมด้วย

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยเฉพาะการคัดแยกขยะ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการลดปริมาณขยะและลดอัตราการติดเชื้อโรค รวมไปถึงป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคจากขยะมูลฝอยติดเชื้อสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลยังเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัด การวิจัยในครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยปัญหาและอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อมาปรับใช้ในการบริหารจัดการการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้และโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

1.2.2 เพื่อทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

1.2.3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

## 1.3 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

### 1.3.1 ขอบเขตด้านประชากร

1) การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาล จำนวน 297 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล/พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค และเจ้าหน้าที่ห้องรังสีวิทยา

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน จากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ดังนี้ ฝ่ายคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล แผนกควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก 1 ผู้ป่วยนอก 2 แผนกฉุกเฉิน แผนกหอผู้ป่วยหนัก แผนกห้องผ่าตัด แผนกหอผู้ป่วยใน 5 หอผู้ป่วยใน 6 หอผู้ป่วยใน 7 หอผู้ป่วยใน 8 แผนกชันสูตรโรค และแผนกรังสีวิทยา

1.3.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย (1) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม (2) แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (3) แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น (4) แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (5) แนวคิดเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ (6) กฎหมายเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ (7) แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชน และ (8) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาพื้นที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

## 1.4 นิยามศัพท์ในการวิจัย

1.4.1 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ และการเรียนรู้ของบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขน และการกำจัดขยะติดเชื้อ ซึ่งในการวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

1.4.2 ขยะติดเชื้อ หมายถึง สิ่งของที่ไม่ต้องการ หรือถูกทิ้งจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานีอนามัย คลินิกหรือโรงพยาบาลรักษาสัตว์ ได้แก่ เนื้อเยื่อ ชิ้นส่วน อวัยวะต่างๆ และสิ่งขับถ่ายหรือของเหลวจากร่างกายผู้ป่วย เลือดและผลิตภัณฑ์เลือด รวมถึงเครื่องใช้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยและสิ่งขับถ่ายหรือของเหลวจากร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนซากสัตว์ หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ทดลอง ซึ่งทั้งนี้มาจากห้องตรวจผู้ป่วย หอพักฟื้นผู้ป่วย และห้องปฏิบัติการ

1.4.3 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล หมายถึง แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย นักเทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิคและผู้ช่วยรังสีเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

1.4.4 โรงพยาบาลเอกชน หมายถึง โรงพยาบาลที่จัดตั้งและดำเนินการบริหารงานโดยเอกชน เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งมีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน และจัดให้มีการวินิจฉัยโรค การศัลยกรรม ผ่าตัดใหญ่ และให้บริการด้านพยาบาล และได้รับอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

1.4.5 การจัดการขยะติดเชื้อ หมายถึง หลักการในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการทิ้งขยะติดเชื้อ การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนถ่าย และการกำจัดขยะติดเชื้อ โดยจะคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดในทางสุขอนามัย ทัศนียภาพ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และการยอมรับทางสังคม

1.4.6 การคัดแยกขยะติดเชื้อ หมายถึง กระบวนการแยกขยะติดเชื้อออกเป็นชนิดหรือประเภทต่างๆ ตามลักษณะหรือองค์ประกอบของขยะ เพื่อความสะดวกและปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน

1.4.7 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ หมายถึง ข้อมูล แนวคิด หรือหลักการเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เป็นผลจากการศึกษาอบรม การเรียนรู้จากประสบการณ์ การรับถ่ายทอดทางการรับรู้ การคิด และการฝึกปฏิบัติ

1.4.8 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ หมายถึง ความรู้สึกหรือการแสดงออกเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ที่เกิดจากประสบการณ์ ความเชื่อ และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล เป็นผลทำให้เกิดมีท่าทีหรือมีการแสดงออกหรือ มีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นหรือไม่เห็นด้วย

1.4.9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของบุคคลที่แสดงออกมาเป็นความรู้สึก ความเข้าใจ ต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ผ่านเข้ามาทางประสาทการรับรู้ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพของตนเอง โดยมีแรงผลักดันมาจากความรู้เดิม และประสบการณ์

## 1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

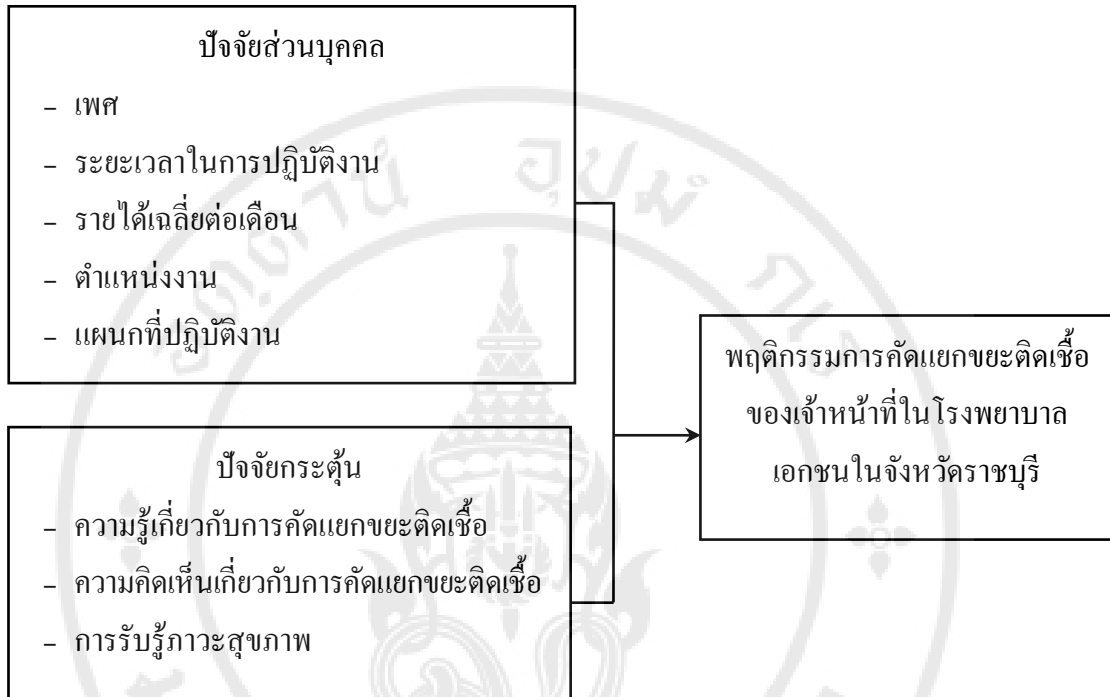
### 1.5.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ประกอบด้วย

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน
- ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.5.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ซึ่งในการวิจัยนี้ทำการศึกษาในประเด็นการคัดแยกขยะติดเชื้อ

	ระดับการวัดตัวแปร	ระดับการวัด
ตัวแปรอิสระ	- ปัจจัยส่วนบุคคล	
	เพศ	Nominal
	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	Interval
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	Interval
	ตำแหน่งงาน	Nominal
	แผนกที่ปฏิบัติงาน	Nominal
	- ปัจจัยกระตุ้น	
	ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	Interval
	ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	Interval
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	Interval	
ตัวแปรตาม	พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี	Interval

## 1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1.7 สมมติฐานในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ ดังนี้

1.7.1 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน ได้แก่

- เพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน
- ตำแหน่งงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน
- แผนกที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน

1.7.2 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีปัจจัยกระตุ้นแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน ได้แก่

- ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน
- การรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน

## 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.8.1 ได้ทราบถึงพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี
- 1.8.2 นำผลที่ได้จากการวิจัยไปบริหารจัดการพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี
- 1.8.3 ได้ทราบถึงปัญหา และอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี และนำไปปรับปรุงพัฒนาการคัดแยกขยะติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 1.8.4 ได้แนวทางการบริหารจัดการการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล นำไปสู่การวางแผนและกำหนดนโยบายให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นส่วนต่างๆ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ
- 2.6 กฎหมายเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชน
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ได้อธิบายความหมายไว้ดังนี้

##### 2.1.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรมเป็นการแสดงกิริยา อากักร หรือการกระทำลักษณะต่างๆ ที่สามารถสังเกตได้ และมองเห็นด้วยตาเปล่า มนุษย์จะมีกระบวนการของพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีความต้องการ มีเหตุจูงใจของตนเอง และสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการต่างๆ ด้วยความรู้สึกลึกซึ้งของตนเอง โดยปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายหรือนิยามของ “พฤติกรรม” ไว้หลายท่านดังนี้

คณิศร เทียนทอง (2552) ให้ความหมายของ พฤติกรรม ไว้หมายถึง การกระทำหรือ การปฏิบัติที่มนุษย์แสดงออก ซึ่งเป็นผลจากการได้รับข้อมูลข่าวสารแล้วเกิดการเรียนรู้ เกิดความรู้ ความเข้าใจ โดยขั้นตอนเหล่านี้เป็นขั้นตอนที่จะต้องเกิดขึ้นต่อเนื่องกันแล้วจึงจะนำไปสู่การแสดง เป็นพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นผู้ทำอาจทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวและผู้อื่นอาจ สังเกตเห็นหรือไม่สังเกตเห็นการกระทำนั้นก็ตาม

อนันต์ ศิริพงษ์วัฒนา (2552) พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการหรือปฏิกิริยาที่แสดงออก หรือเกิดขึ้นเมื่อเผชิญสิ่งเร้า ซึ่งอาจมาจากภายในร่างกายหรือภายนอกร่างกายก็ได้ และปฏิกิริยาที่ แสดงออกนั้นมิได้เป็นเพียงพฤติกรรมทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตใจด้วย

บุษกร ชีวะธรรมมานนท์ (2552) พฤติกรรม หมายถึง ความพร้อมที่บุคคลกระทำ เป็นผล มาจากความคิด ความรู้สึกโดยแสดงออกมาในรูปการประพฤติปฏิบัติ

นภาพรณัฏ แวงโสธรณ์ (2553) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของ บุคคล บทบาท ลีลา ท่าทาง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาตามความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทัศนคติ หรือสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการแสดงออกให้เห็นได้

เอกนรินทร์ กลิ่นหอม (2553) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นได้ ทั้งในขณะที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัว เป็นผลสืบเนื่องมาจากความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อของบุคคล โดย อาจแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนหรือไม่แสดงออกออกมา โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมอาจเป็นได้ ทั้งสิ่งที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ก็ได้

ชลลดา ชูฉนิชชานนท์ (2559) พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกทางด้านร่างกาย และ จิตใจ ซึ่งการแสดงออกทางด้านร่างกายจะสามารถเห็นได้ชัดเจน เช่น เดิน วิ่ง นอน เป็นต้น แต่ถ้า เป็นการแสดงออกที่อยู่ในกระบวนการของจิตใจ ก็จะไม่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจ เป็นต้น จึงต้องอาศัยการคาดเดาหรือสรุปเอาจากการกระทำต่างๆ ที่ สามารถสังเกตเห็นได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ และการเรียนรู้ของบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขน และการกำจัดขยะติดเชื้อ ซึ่งในการวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการ คัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

### 2.1.2 ประเภทของพฤติกรรม

พฤติกรรมสามารถแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ โดยใช้เกณฑ์ในการจำแนก 5 เกณฑ์ (ชลลดา ชูฉนิชชานนท์, 2559) ดังนี้

1) การสังเกต สามารถจำแนกพฤติกรรมได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งปรากฏเห็นได้ชัดเจน เช่น การหัวเราะ ยิ้ม ร้องไห้ เป็นต้น และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งไม่ปรากฏให้เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ความคิด ความรู้สึก ความจำ เป็นต้น

พฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ พฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในต่างก็เป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน เช่น ถ้าพฤติกรรมภายใน โสกเศร้าก็จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกทางสีหน้าแวตาสเศร้า หรือร้องไห้ออกมา เป็นต้น

2) แหล่งกำเนิดพฤติกรรม สามารถจำแนกพฤติกรรมได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมวุฒิภาวะ (Maturity) ซึ่งเป็นความพร้อมที่เกิดขึ้น โดยมีธรรมชาติเป็นตัวกำหนดให้ไปทำตามเป้าหมายและวงจรของชีวิต มนุษย์สามารถแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องผ่านประสบการณ์หรือการฝึกฝน เช่น การคลาน การร้องไห้ การนอน เป็นต้น และพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned) ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์และการฝึกฝน เช่น การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน การอ่านหนังสือ เป็นต้น

3) ภาวะทางจิตของบุคคล สามารถจำแนกพฤติกรรมได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมที่กระทำโดยรู้ตัว (Conscious) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับจิตสำนึก เช่น พุด รัง เดิน เป็นต้น และพฤติกรรมที่กระทำโดยไม่รู้ตัว (Unconscious) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับจิตไร้สำนึกหรือจิตใต้สำนึก หรือเป็นพฤติกรรมที่ขาดสติสัมปชัญญะ เช่น ผัน ละเมอ เป็นต้น

4) การแสดงออกของอินทรีย์ สามารถจำแนกพฤติกรรมได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกโดยใช้อวัยวะของร่างกายอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยแขนหรือขา การปรับเปลี่ยนอริยาบถของร่างกาย การพยักหน้า การโคลงตัว เป็นต้น และพฤติกรรมทางจิต (Psychological activity) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในภายใน เช่น ความคิด ความเข้าใจ หรือการเกิดอารมณ์ เป็นต้น

5) การทำงานของระบบประสาท สามารถจำแนกพฤติกรรมได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมที่ควบคุมได้ (Voluntary) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในความควบคุมและสั่งการด้วยสมอง จึงสามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ เช่น การพูดคุย การแกว่งแขนขา เป็นต้น และพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ (Involuntary) เป็นการทำงานของร่างกายที่เป็นไปโดยอัตโนมัติ เช่น ปฏิกริยาสะท้อน (การสะอึก) สัญชาติญาณ (การสะดุ้ง) และการทำงานของระบบอวัยวะภายใน เป็นต้น

Bloom และคณะ (1971) แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) พุทธิพิสัย

เป็นความสามารถทางสมอง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า ทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นในตัวบุคคล สามารถจำแนกระดับความสามารถทางสมองหรือสติปัญญาออกได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้

1.1) ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถในการระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ ออกมาได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เช่น สามารถบ่งบอกถึงเหตุการณ์ วัน เวลา วิธีการหรือขั้นตอนการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้อย่างถูกต้อง ความรู้นี้จึงขึ้นอยู่กับความรู้และการจดจำของบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1.1) ความรู้เฉพาะเจาะจง (Specifics) เป็นความสามารถในการระลึกข้อมูลต่างๆ ที่เป็นรายละเอียดปลีกย่อย มีลักษณะเป็นรูปธรรมหรือสัญลักษณ์ เป็นสมรรถภาพขั้นต่ำสุดที่จะเป็นพื้นฐานให้เกิดสมรรถภาพขั้นสูงในการที่จะรับรู้สิ่งที่ซับซ้อนและเป็นนามธรรม จำแนกออกเป็น 2 ระดับย่อย คือ

ก) ความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์และนิยาม (Terminology) เป็นความสามารถในการบอกความหมายของคำ กลุ่มคำ และสัญลักษณ์ต่างๆ ในลักษณะตรงไปตรงมาตามที่ได้เคยรู้และจดจำไว้

ข) ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเฉพาะ (Specific facts) เป็นความสามารถในการบ่งบอกเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวกับรายละเอียดเฉพาะของเหตุการณ์ บุคคล สถานที่ จำนวน ฯลฯ

1.1.2) ความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินการเฉพาะอย่าง (Way and means of dealing with specifics) เป็นความสามารถที่จะบ่งบอกถึงวิธีการจัดระเบียบ วิธีการศึกษา วิธีการตัดสินใจ วิธีการสืบเสาะความรู้ หรือแนวปฏิบัติตามข้อเท็จจริงที่ได้กำหนดไว้ จำแนกได้ 5 ประเภท คือ

ก) ความรู้เกี่ยวกับระเบียบแบบแผน (Conventions) เป็นความสามารถที่จะบ่งบอกถึงรูปแบบการปฏิบัติที่เหมาะสมในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่น รูปแบบการเขียน การพูด การแต่งกาย

ข) ความรู้เกี่ยวกับลำดับขั้นและแนวโน้ม (Trend and sequence) เป็นความสามารถที่จะบ่งบอกถึงขั้นตอนก่อนหลัง ทิศทางหรือแนวโน้มของเรื่องราวหรือเหตุการณ์ เช่น ความสามารถในการลำดับเวลาของเหตุการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ความสามารถในการลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ค) ความรู้เกี่ยวกับการจำแนกประเภทและจัดกลุ่ม (Classification and categories) เป็นความสามารถในการจำแนก จัดหมวดหมู่ จัดแบ่งสิ่งของ เหตุการณ์ ตามจุดมุ่งหมาย เหตุผล หรือเกณฑ์

ง) ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ (Criteria) เป็นความสามารถที่จะบ่งบอกถึงข้อเท็จจริง หลักการ ความคิดเห็น และการกระทำ ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินหรือวินิจฉัยสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งนี้เป็นเพียงความสามารถจดจำเกณฑ์ต่างๆ ตามที่ได้รับรู้และจดจำไว้

จ) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ (Methodology) เป็นความสามารถที่จะบ่งบอกถึงเทคนิค วิธีการ กระบวนการหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับประเด็นปัญหา เรื่องราวหรือเหตุการณ์ใดๆ ทั้งนี้เป็นเพียงความรู้ในวิธีการเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องมีความสามารถทำตามวิธีการเหล่านั้นได้ การมีความรู้ในวิธีการจึงตีกรอบอยู่เฉพาะความสามารถที่จะบอกถึงวิธี เทคนิค หรือแนวปฏิบัติตามที่เคยรับรู้มาแล้ว

1.1.3) ความรู้รวบยอดและนามธรรมในแต่ละเนื้อเรื่อง (Universal and abstractions in a field) เป็นความสามารถที่จะบ่งบอกถึงแนวคิดที่เป็นจุดเด่น โครงสร้าง ทฤษฎี และข้อสรุปอ้างอิง ซึ่งจะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและศึกษาปรากฏการณ์ต่างๆ ถือว่าเป็นความรู้ระดับสูงสุด อันมีลักษณะที่เป็นนามธรรมและซับซ้อนมาก จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

ก) ความรู้เกี่ยวกับหลักวิชาและข้อสรุปอ้างอิง (Principles and generalizations) เป็นความรู้ในสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ หรือหลักการซึ่งเป็นข้อสรุปของเรื่องราวต่างๆ รวมถึงความสามารถในการขยายสาระสำคัญของเรื่องราวต่างๆ ไปสู่เรื่องราวอื่นที่มีสภาพการณ์ลักษณะเดียวกัน

ข) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง (Theories and structures) เป็นความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างหลักวิชาต่างๆ เข้าด้วยกัน แล้วสรุปเป็นเนื้อความใหญ่

1.2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นสมรรถภาพทางสมองของบุคคล ในการจัดระเบียบความคิดแล้วแสดงออกมา และสามารถที่จะนำเสนอความรู้ความคิดที่ชัดเจนกว่าเดิม โดยไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับเรื่องอื่น แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1.2.1) การแปลความ (Translation) เป็นความสามารถในการถอดความหรือถอดแบบ สื่อความหมายจากรูปสัญลักษณ์หนึ่งไปสู่รูปสัญลักษณ์อื่นๆ เป็นการสื่อความให้สามารถรู้ความหมายตรงกัน เช่น การแปลความหมายข้อความ คำพังเพย สุภาษิต หรือสัญลักษณ์ให้สื่อความได้ง่ายขึ้น

1.2.2) การตีความ (Interpretation) เป็นความสามารถในการสื่อความหมายโดยการอธิบายหรือสรุปความ มีลักษณะที่ลุ่มลึกกว่าการแปล การตีความหมายจะมีการจัดระเบียบใหม่ เรียบเรียงใหม่ แสดงแนวคิดใหม่ แต่ยังคงความหมายเดิม เช่น สามารถสรุปความคิดทั้งหมดออกเป็นประเด็นสำคัญตามต้องการ

1.2.3) การขยายความ (Extrapolation) เป็นความสามารถในการสื่อความหมาย โดยการขยายกรอบความคิด คาดคะเนแนวโน้มของข้อมูล ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับความหมายเดิม หรือต้องอาศัยข้อมูลเดิมเป็นเครื่องตัดสินผลลัพธ์ต่างๆ การขยายความต้องอาศัยเรื่องราวที่มีข้อมูลหรือแนวโน้มเพียงพอจนสามารถนำมาแปลความ ตีความ และขยายความได้อย่างสมเหตุสมผล

1.3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการประยุกต์หลักการ เทคนิค แนวคิด หรือทฤษฎีต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่แปลกใหม่ รวมไปถึงการนำกฎเกณฑ์หรือหลักความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ

1.4) การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะรายละเอียดของเนื้อหา เรื่องราว เหตุการณ์ หรือข้อเท็จจริงใดๆ เพื่อจำแนกให้เห็นส่วนประกอบสาระสำคัญ และความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านั้น ตลอดจนสกัดให้เห็นสิ่งที่เป็นหลักการที่เป็นต้นกำเนิด ทำให้ส่วนประกอบเหล่านั้นรวมกันเป็นกลุ่มก้อนหรือเรื่องราวขึ้นมาได้ การวิเคราะห์จึงมีเป้าหมายที่จะค้นหาความจริงที่แฝงอยู่ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.4.1) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Analysis of elements) เป็นความสามารถในการแยกแยะองค์ประกอบย่อย หรือสามารถค้นหาองค์ประกอบที่สำคัญของประเด็นปัญหา เรื่องราว หรือเหตุการณ์ใดๆ เช่น ความสามารถในการจำแนกข้อเท็จจริงออกจากสมมติฐาน ความสามารถในการระบุปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ใดขึ้นในสังคม

1.4.2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Analysis of relationships) เป็นความสามารถในการแยกแยะองค์ประกอบของสิ่งใดๆ และค้นหาจนพบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือระหว่างองค์ประกอบกับสิ่งนั้นๆ

1.4.3) การวิเคราะห์หลักการ (Analysis of organizational principles) เป็นความสามารถในการค้นหาโครงสร้างและระบบของสิ่งหนึ่งสิ่งใด หลักการของเรื่องใดๆ ก็คือ ความจริงแม่บทที่ครอบคลุม กฎ วัชปฏิบัติ คติสาระสำคัญของเรื่องราวนั้น

1.5) การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยเข้าเป็นเรื่องราวเดียวกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน การจัดระเบียบ และผสมผสานให้เกิดสิ่งใหม่ขึ้น ต้องดัดแปลงปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้น มีคุณภาพสูงขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1.5.1) การสังเคราะห์ข้อความ หรือการถ่ายทอดความคิด (Production of a unique communications) เป็นความสามารถในการถ่ายทอดของผู้เขียนหรือผู้พูดที่พยายามจะถ่ายทอดแนวความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์ไปสู่ผู้อื่นให้เข้าใจความหมายตรงกัน เช่น ความสามารถในการแต่งคำประพันธ์ ความสามารถในการบอกเล่าประสบการณ์ส่วนตัวด้วยภาษาชัดเจน การที่มีทักษะในการเขียนโดยสามารถเรียบเรียงแนวความคิด และเขียนถ่ายทอดออกมาได้เป็นอย่างดี

1.5.2) การสังเคราะห์แผนงานหรือเสนอโครงการดำเนินงาน (Production of a plan) เป็นความสามารถในการวางแผน กำหนดโครงการดำเนินงาน หรือจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นการกำหนดแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานล่วงหน้า เพื่อใช้ในการดำเนินงานนั้น ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงหรือเงื่อนไขบังคับ เช่น สามารถวางแผนการสอนในเงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้อย่างเหมาะสม

1.5.3) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรม (Derivation of set of abstract relation) เป็นความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อนำมาสัมพันธ์กัน โดยการเชื่อมโยงข้อเท็จจริงเหล่านั้นเข้าด้วยกัน เช่น ความสามารถในการตั้งสมมติฐาน ความสามารถในการสรุปอ้างอิงอย่างสมเหตุสมผล การค้นพบสูตร เป็นต้น

1.6) การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง การตัดสินเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทั้งนี้อาจเป็นการตัดสินโดยยึดถือตามปริมาณ หรือคุณภาพ แต่จะต้องมีเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการตัดสิน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1.6.1) การตัดสินโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายในเหตุการณ์ (Judgements in terms of internal evidence) เป็นความสามารถในการตัดสินเหตุการณ์หนึ่ง โดยใช้เนื้อหาสาระภายในเหตุการณ์นั้นเป็นเกณฑ์ตัดสิน อาจเป็นการประเมินความสอดคล้องของสาเหตุและผล ความเป็นเอกพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ความถูกต้องเหมาะสมของข้อมูล ความเหมาะสมและประสิทธิภาพของวิธีการและการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ

1.6.2) การตัดสินโดยใช้เกณฑ์ภายนอก ((Judgements in terms of external criteria) เป็นความสามารถในการตัดสินเหตุการณ์หนึ่งโดยนำไปเทียบกับเกณฑ์ภายนอกที่เลือกมา และเป็นที่ยอมรับในสังคม เช่น ความสามารถในการเปรียบเทียบผลที่ได้กับเกณฑ์มาตรฐานสากล

ลำดับขั้นของกระบวนการสร้างความรู้ด้านพุทธิพิสัยของ Bloom ประกอบด้วย 6 ขั้น (Bloom, et al., 1971) ดังนี้

1) จำ (Remembering) หมายถึง ความสามารถในการระลึกได้ แสดงรายการได้ ระบุน บอกรายชื่อได้

2) เข้าใจ (Understanding) หมายถึง ความสามารถในการ  
แปลความหมาย ยกตัวอย่าง สรุป อ้างอิง

3) ประยุกต์ใช้ (Applying) หมายถึง ความสามารถในการ  
นำไปใช้ ประยุกต์ใช้ แก้ไขปัญหา

4) วิเคราะห์ (Analyzing) หมายถึง ความสามารถในการ  
เปรียบเทียบ อธิบาย ลักษณะ การจัดการ

5) ประเมินค่า (Evaluating) หมายถึง ความสามารถในการ  
ตรวจสอบ วิเคราะห์ ตัดสิน

6) คิดสร้างสรรค์ (Creating) หมายถึง ความสามารถในการ  
ออกแบบ (Design) วางแผนผลิต

### 2) จิตพิสัย

เป็นความรู้สึก ซึ่งเป็นรากฐานที่ก่อให้เกิดบุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยของบุคคล เป็น  
ลักษณะที่แอบแฝงซ่อนเร้นอยู่ภายใน ลำดับขั้นการเกิดกระบวนการเรียนรู้มี 5 ขั้นดังนี้

1) ขั้นรับรู้ (Receiving) เป็นขั้นแรก เริ่มจากบุคคลรับรู้สิ่งเร้าหรือ  
ปรากฏการณ์ต่างๆ ที่กระทบประสาทสัมผัส จนเกิดความรู้สึกสนใจในสิ่งนั้น

2) ขั้นตอบสนอง (Responding) หลังจากรับรู้แล้ว บุคคลจะตอบสนอง  
ต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่เต็มใจหรือไม่เต็มใจ ยินดีพอใจหรือไม่ยินดีพอใจ

3) ขั้นเห็นคุณค่าหรือสร้างค่านิยม (Valuing) หลังจากตอบสนองต่อสิ่ง  
เร้าแล้ว บุคคลจะเกิดความรู้สึกในคุณค่าของสิ่งนั้น ซึ่งมักจะต้องยึดถือกฎเกณฑ์ของกลุ่มหรือสังคม  
มาใช้ในการตัดสินใจให้คุณค่าและกลายเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออก ซึ่งเรียกว่า ค่านิยม  
นั่นเอง

4) ขั้นจัดระบบค่านิยม (Organization) เมื่อบุคคลมีค่านิยมหลายๆ อย่าง  
ก็จะเกิดการจัดระบบค่านิยม โดยการจัดลำดับความสำคัญของค่านิยมและสัมพันธ์เชื่อมโยงค่านิยมที่  
เกี่ยวข้องกัน กลายเป็นคติหรือแนวทางการประพฤติปฏิบัติ

5) ขั้นสร้างลักษณะนิสัยจากค่านิยม (Characterization) เป็นขั้นสุดท้าย  
หลังจากค่านิยมต่างๆ มีความสัมพันธ์กันเป็นระบบแล้ว ก็จะมีการพัฒนาลักษณะนิสัยให้เป็น  
รูปแบบที่ชัดเจน สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม

### 3) ทักษะพิสัย

เป็นพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่แสดงออกด้วยการลงมือกระทำโดยอาศัยความสัมพันธ์  
ระหว่างกลไกของสมองกับกลไกของกล้ามเนื้อ กลไกทั้งสองจะต้องทำงานประสานและกลมกลืนกัน

จนทำให้บุคคลแสดงลักษณะท่าทางหรือพฤติกรรมออกมาได้อย่างถูกต้อง คล่องแคล่วว่องไว และเป็นอัตโนมัติ แบ่งออกเป็น 7 ชั้น ดังนี้

3.1) การรับรู้ (Perception) เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมด้านการรับสัมผัสสิ่งเร้าผ่านทางประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวกาย

3.2) การเตรียมความพร้อม (Set) คือ การเตรียมตัวกระทำหรือการปรับตัวให้อยู่ในสภาพพร้อมที่กระทำ ซึ่งมี 3 ด้าน คือ ด้านสมองจะเตรียมความรู้ซึ่งมีมาก่อน ด้านร่างกายจะเตรียมเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ และด้านอารมณ์จะเตรียมความรู้สึกในการให้คุณค่าต่อสิ่งที่จะปฏิบัติ

3.3) การตอบสนองตามแนวชี้นำ (Guided response) เป็นการเริ่มพัฒนาทักษะโดยการแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามผู้แนะนำ ในขั้นนี้จะเป็นขั้นลองผิดลองถูก

3.4) การปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (Mechanism) คือ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง มีผลสัมฤทธิ์ที่น่าพอใจ

3.5) การตอบสนองที่ซับซ้อน (Complex overt response) เป็นขั้นที่สามารถกระทำหรือปฏิบัติงานที่ซับซ้อนได้ แม้จะต้องใช้ทักษะขั้นสูงก็สามารถทำได้อย่างชำนาญหรือทำได้อย่างอัตโนมัติ

3.6) การดัดแปลง (Adaptation) หลังจากที่สามารถปฏิบัติได้อย่างชำนาญแล้ว เมื่อบุคคลต้องแก้ปัญหาบ่อยๆ ก็จะพัฒนาวิธีการเดิมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดขั้นตอน ลดเวลา หรือเพิ่มคุณภาพผลงาน

3.7) การริเริ่ม (Origination) เป็นขั้นสูงสุดของการพัฒนาทักษะ ซึ่งบุคคลสามารถสร้างสรรค์ผลงานใหม่ด้วยวิธีการใหม่ที่ตนคิดขึ้นมา โดยใช้สติปัญญาร่วมกับประสบการณ์ด้านทักษะ

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมที่สามารถเห็นได้ชัดเจน และพฤติกรรมที่ไม่สามารถเห็นได้ โดยทั้งสองประเภทมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ผ่านกระบวนการคิด การเรียนรู้ การรับรู้ การตัดสินใจของบุคคล ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม

### 2.1.3 องค์ประกอบของพฤติกรรม

พฤติกรรมสามารถแยกออกเป็นปัจจัยย่อยๆ ได้ ดังนี้ (ชลลดา ชูฉนิชานนท์, 2559)

1) การรับรู้ (Perception) เป็นการแปลความหมายจากการสัมผัส โดยเริ่มตั้งแต่การมีสิ่งเร้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 และส่งกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อการแปลความ

2) การเรียนรู้ (Learning) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลก่อนข้างถาวร เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน โดยกระบวนการเรียนรู้จะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากการรับรู้

3) การคิด (Thinking) เป็นกระบวนการของสมอง ในการสร้างสัญลักษณ์หรือภาพให้ปรากฏในสมอง เพื่อเป็นตัวแทนของวัตถุ สิ่งของ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ความสามารถในการคิดนั้นมีความสัมพันธ์ระดับสติปัญญา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

3.1) ความคิดรวบยอด (Concept) เป็นลำดับขั้นที่เกิดจากการทำงานของสมองในการจัดกลุ่มหรือการสรุปรวมที่จะทำความเข้าใจในสิ่งของ บุคคล เรื่องราว ประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับรู้หรือต่อความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความชัดเจน

3.2) จินตนาการ (Imagination) เป็นการสร้างภาพขึ้นในสมองตามความนึกคิดของตนเอง เป็นผลมาจากการสะสมการรับรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผสมกับความต้องการ ความสนใจ ความคาดหวัง อารมณ์ และความรู้สึกของบุคคล การจินตนาการในสิ่งเดียวกันของบุคคลแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป

4) สติปัญญา (Intelligence) เป็นความสามารถในตัวบุคคลที่จะทราบได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ระดับของสติปัญญาสังเกตได้จากการแสดงออกที่มีความคล่องแคล่ว รวดเร็ว ความถูกต้อง ความสามารถในการคิด การแก้ปัญหาและการปรับตัว การใช้แบบทดสอบวัด สติปัญญาจะทำให้ทราบระดับสติปัญญาชัดเจนขึ้น

5) เจตคติ (Attitude) เป็นความรู้สึกที่แสดงออกมาในทางบวกหรือทางลบ เช่น พอใจหรือไม่พอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด สถานะนี้เป็นแรงที่จะกำหนดทิศทางของพฤติกรรมของบุคคลต่อเหตุการณ์ สิ่งของ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

6) อารมณ์ (Emotion) เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีต่อสิ่งเร้า ซึ่งมีผลต่อร่างกายและการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

7) ความเชื่อ (Beliefs) เป็นการยอมรับนับถือเชื่อมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่อาจตั้งอยู่บนพื้นฐานของความคิดเหตุผลที่สามารถพิสูจน์ได้ หรืออาจตั้งอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับ ศรัทธา โดยปราศจากเหตุผลหรือการพิสูจน์ใดๆ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมมนุษย์ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง โดยมนุษย์จะแสดงพฤติกรรมออกมาผ่านกระบวนการรับรู้ของสมอง สติปัญญา ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ และกระบวนการแปลความหรือตีความ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

### 2.1.4 สิ่งที่กำหนดพฤติกรรม

สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์ ประกอบด้วย 2 ส่วน (ศรีสุคนธ์ หลักดี, 2551) ดังนี้

#### 1) ลักษณะนิสัยของมนุษย์

ลักษณะนิสัยของมนุษย์จะมีลักษณะ 4 ประการ คือ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพและทัศนคติ

1.1) ความเชื่อ หมายถึง การที่บุคคลคิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งในแง่ของข้อเท็จจริง ซึ่งความคิดนั้นอาจไม่ถูกต้องตามหลักความเป็นจริงก็ได้ ความเชื่ออาจจะได้มาโดยการเห็น การสัมผัส การได้ยินกับหูหรือได้รับคำบอกกล่าว อ่านจากสิ่งพิมพ์ รวมทั้งการคิดขึ้นเอง

1.2) ค่านิยม เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรม เป็นแนวทางการประพฤติปฏิบัติ ค่านิยมได้มาโดยการอ่านจากหนังสือ คำบอกเล่าของผู้อื่น หรือคิดขึ้นมาเอง

1.3) บุคลิกภาพ เป็นส่วนหนึ่งของลักษณะนิสัย เป็นเครื่องมือในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

1.4) ทัศนคติ เป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรม มีลักษณะจำเพาะเจาะจงกว่า ค่านิยมหรือบุคลิกภาพ เพราะค่านิยมนั้นจะมีลักษณะกว้างๆ ไม่จำเพาะเจาะจงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือคนใดคนหนึ่ง

#### 2) สิ่งที่ไม่เกี่ยวกับลักษณะนิสัยของมนุษย์ ประกอบด้วย

2.1) สิ่งกระตุ้นพฤติกรรมและความเข้มข้นของสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม สิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ได้แก่ สิ่งเร้าต่างๆ รอบตัวบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมนี้มีพลังหรือความเข้มข้นในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนองในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน

2.2) สถานการณ์ หมายถึง สิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นบุคคลและไม่ใช่มนุษย์ ซึ่งอยู่ในสถานะที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม

สรุปได้ว่า สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์ ได้แก่ ลักษณะนิสัยส่วนตัวและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่แตกต่างกัน

### 2.1.5 วิธีการศึกษาพฤติกรรม

วิธีการศึกษาพฤติกรรม คือ วิธีการที่ถูกนำมาใช้ในการแสวงหาความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี ตามลักษณะของพฤติกรรมที่ศึกษา (ชลลดา ชูฉนิชชานนท์, 2559) ดังนี้

1) การทดลอง (Experimental method) เป็นการศึกษาพฤติกรรมในทางจิตวิทยาที่เป็นวิทยาศาสตร์สูงมาก โดยมุ่งศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ และเหตุการณ์ที่เป็นเหตุ เรียกว่า ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ส่วนเหตุการณ์ที่เป็นผล เรียกว่า ตัวแปรตาม (Dependent variable) การปฏิบัติต่อตัวแปรอิสระ เรียกว่า การจัดกระทำ (Treatment) ในการทดลองแต่ละครั้ง ผู้ทดลองต้องตั้งสมมติฐานก่อนแล้วทำการทดลอง การทดลองมี 2 ลักษณะ คือ การทดลองในห้องปฏิบัติการและการทดลองภาคสนาม ในการทดลองแต่ละครั้งต้องคำนึงถึงการปฏิบัติซ้ำ หมายถึงว่าการกระทำซ้ำอีกครั้งในบุคคลและสถานที่เดิมก็ได้ผลอย่างเดียวกันทุกครั้ง นักจิตวิทยาควรทำการทดลองซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อให้ได้ผลอย่างเดิมและเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ส่วนการควบคุมตัวแปรนั้นจะเห็นว่าการทดลองแต่ละครั้งมีข้อจำกัด เพราะการที่จะควบคุมตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งนั้นอาจจะมีตัวแปรซ่อนทำให้ผลลัพธ์คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้ ในการสรุปผลก็เช่นเดียวกันต้องมีขอบเขตจำกัด คือ ผลการทดลองจะเกิดลักษณะนี้ได้เฉพาะในกลุ่มที่มีคุณลักษณะแบบนั้นเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่นที่แตกต่างกันออกไปได้ ข้อดีของการทดลองก็คือ นักจิตวิทยาสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมได้

2) การสำรวจ (Survey method) จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความเชื่อถือ (Reliability) ความเที่ยงตรง (Validity) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

3) วิธีการตรวจสอบจิตตนเอง (Introspection method) หรือวิธีการพินิจภายในนี้ หมายถึง วิธีการที่บุคคลสังเกตตนเองหรือสำรวจตนเอง โดยการให้บุคคลพิจารณาความรู้สึกของตนเอง สำรวจตรวจสอบตนเอง แล้วรายงานถึงสาเหตุและความรู้สึกของตนเองออกมา ซึ่งในการตรวจสอบจิตตนเอง บางครั้งอาจใช้วิธีการนี้ย้อนทบทวนไปถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และฝังใจหรือประทับใจในอดีต อาจกลายเป็นปมขัดแย้ง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ

4) วิธีทางคลินิก (Clinical method) เป็นการศึกษาพฤติกรรมแบบลึก (In-Depth study) รายใดรายหนึ่งโดยใช้เครื่องมือหลายๆ อย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลหลายๆ ด้าน และใช้ระยะเวลาาน เพื่อให้ทราบสาเหตุของพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ตลอดจนได้ข้อความรู้ใหม่ๆ ที่จะนำไปใช้กับกรณีอื่นๆ ได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ในอดีต ชีวิตประวัติ เพื่อดูภูมิหลังทางสังคม โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น การทดสอบ การศึกษารายกรณี การสังเกต การสัมภาษณ์ สังคมมิติ การทดสอบทางจิตวิทยา อาทิเช่น การทดสอบบุคลิกภาพ การฉายจิต เพื่อศึกษาเจตคติ ความต้องการทางอารมณ์และทางจิตใจ เพื่อดูสาเหตุของความผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นๆ

5) การสังเกตอย่างมีระบบ (Systematic method) เป็นการเฝ้าสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง การสังเกตเป็นวิธีการที่มีความชัดเจน ง่าย และสะดวก ผู้สังเกตต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะความชำนาญ มีความสามารถในการสังเกต การสังเกตนั้นจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมาย ระยะเวลา วันเวลา และจำนวนครั้งในการสังเกต และที่สำคัญผู้สังเกตต้องไม่มีอคติต่อผู้ถูกสังเกต และจะต้องทำการสังเกตโดยไม่ให้กลุ่มตัวอย่างรู้ตัว อาจจะใช้เครื่องมือช่วยบันทึกรายละเอียด เช่น เครื่องบันทึกเสียง การถ่ายรูป เป็นต้น

6) การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) การใช้แบบสอบถามเหมาะสำหรับศึกษาพฤติกรรมของบุคคลที่มีจำนวนมากๆ และต้องการคำตอบอย่างรวดเร็ว ทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย แบบสอบถามที่ใช้จะต้องเป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐาน มีคุณภาพ มีความเที่ยงตรง มีความเชื่อมั่นได้ สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการจะวัด ในการให้ตอบแบบสอบถามมักจะถามเกี่ยวกับเจตคติ เมื่อรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามได้แล้วก็จะใช้วิธีการทางสถิติวิจยหาคำตอบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้นควรรนำวิธีการอื่นมาใช้ตรวจสอบอีกครั้ง เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต เป็นต้น

7) การทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological testing) แบบทดสอบทางจิตวิทยาเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดลักษณะพฤติกรรมที่แอบแฝงอยู่ในตัวบุคคล เช่น การตรวจเช็กระดับสติปัญญา การวัดความถนัดและความสนใจ การตรวจลักษณะบุคลิกภาพและอารมณ์ ซึ่งในขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบนั้นต้องผ่านกระบวนการที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้ได้แบบทดสอบที่แม่นยำ

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามในการศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรีเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐาน มีคุณภาพ มีความเที่ยงตรง และมีความน่าเชื่อถือ

### 2.1.6 วิธีการวัดพฤติกรรม

การวัดพฤติกรรมสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การวัดพฤติกรรมทางตรง และการวัดพฤติกรรมทางอ้อม (บุษรา เกษีสม, 2552)

#### 1) การวัดพฤติกรรมทางตรง ได้แก่

1.1) การสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตรู้ตัว เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่มีการบอกให้ผู้ถูกสังเกตทราบล่วงหน้า

1.2) การสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัว เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าตนถูกสังเกต ซึ่งการสังเกตพฤติกรรมแบบนี้จะทำให้ได้ผลที่สามารถนำไปอธิบายพฤติกรรมในสภาพที่ใกล้เคียงได้ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาตามธรรมชาติ แต่จะใช้เวลาในการสังเกตพฤติกรรมนานกว่า

## 2) การวัดพฤติกรรมทางอ้อม ได้แก่

2.1) การบันทึก เป็นการบันทึกพฤติกรรมของบุคคลโดยให้แต่ละคน บันทึกพฤติกรรมของตนเอง

2.2) การทดลอง เป็นวิธีการวัดพฤติกรรมที่ต้องควบคุมตัวแปรภายนอก ไม่ให้รบกวนการแสดงผลของพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีที่ควบคุมได้ยาก

2.3) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการสอบถามและซักถามข้อมูลการแสดง พฤติกรรมของบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.3.1) การสัมภาษณ์แบบมีเค้าโครงหรือแบบมาตรฐาน (Structured interview or standardized interview) คือ การสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์มีแบบสอบถามที่กำหนดคำถามคำตอบไว้แน่นอน ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนจะได้รับคำถามเช่นเดียวกันนี้เหมือนกันทุกคน ข้อดีของการสัมภาษณ์แบบนี้ คือ ให้ความสะดวกสำหรับผู้สัมภาษณ์ ส่วนข้อเสียคือในกรณีที่ใช้คำถามแบบปิด (closed end) อาจกำหนดคำตอบไว้ไม่ครอบคลุมถึงข้อเท็จจริงที่ผู้ตอบจะเลือก ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความจริง

2.3.2) การสัมภาษณ์แบบมีเค้าโครงน้อยหรือไม่มีเค้าโครงเลย (Less structured interview) คือ การสัมภาษณ์แบบที่ไม่มีการกำหนดคำถามคำตอบไว้ตายตัวแน่นอน มีความยืดหยุ่นได้ ผู้สัมภาษณ์ต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญโดยอาศัยวัตถุประสงค์ในการวิจัยเป็นหลัก และสร้างบรรยากาศในการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์ได้รับความรู้สึกเป็นกันเองไม่ถูกกดดัน ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นความจริงตรงตามต้องการ

2.4) การใช้แบบสอบถาม เหมาะสำหรับต้องการทราบพฤติกรรมจำนวนมาก และไม่สามารถใช้วิธีการสังเกตหรือการสัมภาษณ์ได้ เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามอยู่กระจัดกระจาย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามในการวัดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก

### 2.1.7 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยทำศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน และปัจจัย กระตุ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยการศึกษาและรวบรวมข้อมูลได้ดังนี้

### เพศ

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า เพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ปัทมา พวงขุนทด (2554) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อของพนักงานโรงพยาบาลศิริราช พบว่า เพศไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อ

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า เพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

วรรณภา เฉลยบุญ (2556) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เกียรติกุล ถวิล (2558) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R (Reduce, Reuse, Recycle) ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า เพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R (Reduce, Reuse, Recycle)

### ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

### รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วรรณภา เกลยบุญ (2556) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่า รายได้ครอบครัวต่อเดือน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

เกียรติกุล ถวิล (2558) พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R (Reduce, Reuse, Recycle) ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า รายได้ในครัวเรือนต่อเดือนมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R (Reduce, Reuse, Recycle) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ตำแหน่งงาน

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ตำแหน่งงานมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ตำแหน่งงานมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

#### แผนกที่ปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า แผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า กลุ่มงานไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

#### ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัทมา พวงขุนทด (2554) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อของพนักงาน โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อและการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

วรรณภา เฉลยบุญ (2556) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่า ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ทัศนคติในการจัดการขยะติดเชื้อมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ทัศนคติในการจัดการขยะติดเชื้อมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

วรรณภา เฉลยบุญ (2556) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่า ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากผลการศึกษาของ คณิศร เทียนทอง (2552) เรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการจัดการขยะและการคัดแยกขยะดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยตัวแปรด้านเพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะและการคัดแยกขยะไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันทางบริบท สภาพพื้นที่ ภูมิศาสตร์ สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเหล่านี้เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการบริหารจัดการการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรีต่อไป

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

### 2.2.1 ความหมายของความรู้

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

ศรีสุคนธ์ หลักดี (2551) ความรู้ หมายถึง ความทรงจำในเรื่องราว ข้อเท็จจริง รายละเอียดต่างๆ และสามารถนำความรู้ที่เก็บรวบรวมมาใช้ตัดแปลง อธิบายเปรียบเทียบในเรื่องนั้นได้อย่างมีเหตุผล

อารีย์ สุพรรณ (2552) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่บุคคลได้เก็บรวบรวมสะสมไว้ สามารถระลึกได้ จำได้ เป็นผลจากการศึกษาหรือประสบการณ์ สามารถถ่ายทอดออกมาในรูปของการปฏิบัติได้

จุริรัตน์ ปิ่นถาวรสวัสดิ์ (2552) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง เรื่องราว ประสบการณ์ ความคิด เหตุการณ์ การฝึกฝน ความจำ คำนิยาม หรือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน ค้นคว้า ความคิดเห็นที่แสดงออกมาให้เห็นเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกว่ารู้ และสามารถถ่ายทอดต่อไปได้ โดยความรู้นี้สามารถสังเกตและวัดได้

ปณิตา นิสสัยสุข (2552) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่บุคคลได้เก็บรวบรวมสะสมไว้ ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือรายงานเอกสาร

นภาพรณัฏ์ แวงโสธรณ์ (2553) ความรู้ หมายถึง ความรู้ ความจำในข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ สิ่งของ เหตุการณ์ หรือสรรพสิ่งต่างๆ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมที่บุคคลได้เก็บรวบรวมไว้และสามารถระลึกได้

เอกรินทร์ กลิ่นหอม (2553) ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นของมนุษย์ในการที่จะรับรู้ และจดจำเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยเรียนรู้มาก่อนจากการมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัสแล้ว สามารถสื่อความหมายของประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ โดยแสดงออกมาในรูปของการ แปลความหมาย การตีความ การขยายความ และการคาดคะเน

สรุปแล้ว ความรู้ หมายถึง ข้อมูล แนวคิดหรือหลักการที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล เป็นผล จากการศึกษ อบรม การเรียนรู้จากประสบการณ์ การถ่ายทอดทางการรับรู้ การคิดและการ ฝึกปฏิบัติ

### 2.2.2 ประเภทของความรู้

Trapp (1999 อ้างถึงใน พรณี สวนเพลง, 2552) ได้แบ่งประเภทความรู้ตามการเน้นที่ แตกต่างกันออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

- 1) จำแนกตามแหล่ง (Location) ซึ่งแบ่งออกเป็นความรู้ภายในกับความรู้ภายนอก (Internal and External Knowledge)
- 2) จำแนกตามเวลา (Time) ซึ่งแบ่งออกเป็นความรู้ในปัจจุบันกับความรู้ในอนาคต (Actual and Future Knowledge)
- 3) จำแนกตามรูปแบบ (Form) แบ่งเป็นความรู้ที่ปรากฏชัดแจ้งกับความรู้โดยนัย (Explicit and Tacit Knowledge)
- 4) จำแนกตามเจ้าของ (Owner) แบ่งเป็นความรู้เฉพาะตัวบุคคลกับความรู้สาธารณะ (Private and Common Knowledge)

Dave Snowden (อ้างถึงใน บุรชัย ศิริมหาสาคร, 2550) มีแนวคิดว่า ความรู้มีทั้งประเภท ที่เป็นนามธรรม ขาดต่อการบริหารจัดการ จนกระทั่งถึงความรู้ที่เป็นรูปธรรมหรือลายลักษณ์อักษร ชัดเจน สามารถบริหารจัดการได้ง่าย เรียกว่าเอเชน (ASHEN) หรือเอเซต (ASHET) หมายถึง ความรู้ 5 ประเภทคือ

- 1) ความรู้ที่อยู่ในวัตถุ (Artifacts-A) เช่น ความรู้ที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปของ เอกสาร
- 2) ทักษะ (Skill-S) ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้จากการฝึกฝน ไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการ ท่องจำ เป็นความรู้ที่จำเป็นต้องมีเพื่อประโยชน์ในการทำงานให้สำเร็จ
- 3) สำนึก (Heuristics-H) คือความรู้จากสามัญสำนึก (Commonsense) หรือความรู้ที่เกิด จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ หรือจากเหตุผลต่างๆ ที่มี

4) ประสบการณ์ (Experience-E) เป็นความรู้บางอย่างหนึ่ง ประเภทความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ที่ยากแก่การถ่ายทอด หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล แต่ถ้าอธิบายออกมาได้จะกลายเป็นความรู้แจ้งชัด (Explicit Knowledge) ในบางครั้งเราอธิบายไม่ได้ แต่เวลาทำงานเรานำประสบการณ์มาใช้เป็นความรู้ในการทำงานได้

5) พรสวรรค์ (Talent) เป็นความรู้บางอย่างหนึ่ง ซึ่งคิดตัวมาตามธรรมชาติ (Natural) เป็นความรู้ฝังลึก ขากในการถ่ายทอด หรือบริหารจัดการมากที่สุด

ประพนธ์ ฝาสุขยี่ด (2550) อธิบายความรู้ในเชิงปฏิบัติการที่มักจะมีการแบ่งความรู้ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

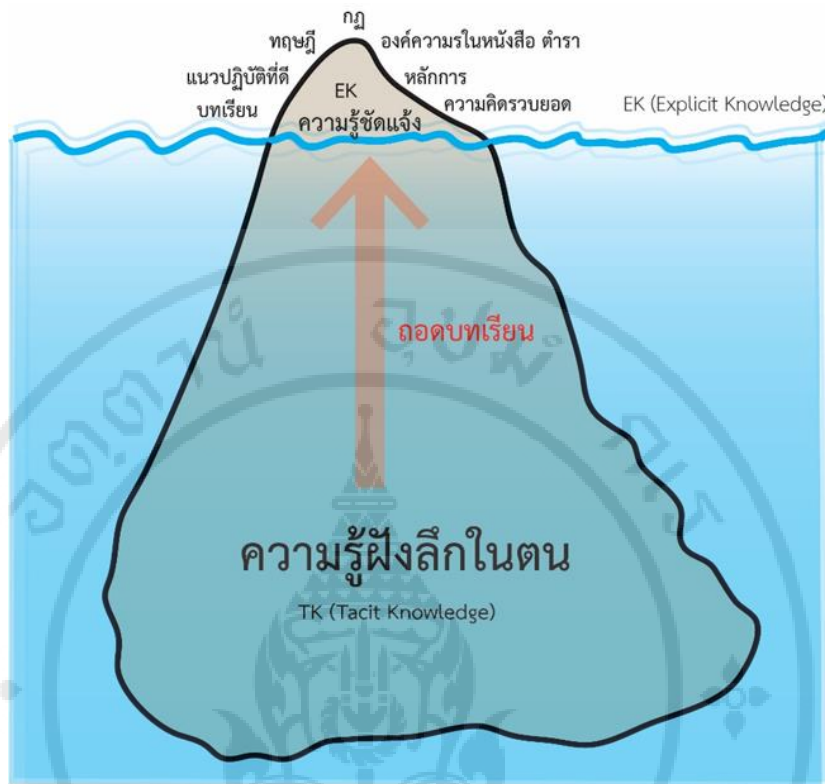
1) ความรู้ที่เห็นได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในรูปแบบสื่อหรือเอกสาร เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่างๆ

2) ความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ ประสบการณ์ พรสวรรค์ สัญชาตญาณ ปฏิภาณไหวพริบ หรือวิจารณ์ญาณเป็นเทคนิคเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือ ลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ ภูมิปัญญา เคล็ดวิชา หรือการคิดเชิง วิเคราะห์ ถึงแม้ความรู้ประเภทที่สองนี้จะเห็นได้ไม่ชัดเหมือนความรู้ประเภทแรก แต่ก็เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จได้เช่นกัน

Michael Polanyi และ Ikujiro Nonaka (อ้างถึงใน บูรชัย ศิริมหาสารและพัชรา กวางทอง, 2552) ได้เปรียบเทียบความรู้เหมือนกับภูเขาน้ำแข็ง โดยสามารถจำแนกความรู้ได้ออกเป็น 2 ประเภท คือ ความรู้แจ้งชัด (Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ดังภาพ 2.1 ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

1) ความรู้แจ้งชัด คือ ความรู้ที่เป็นเหตุเป็นผล หรือ ความรู้เชิงทฤษฎีที่บันทึกไว้ใน สื่อต่างๆ เช่น เอกสาร ตำรา และคู่มือการปฏิบัติงาน เป็นความรู้ที่ง่ายต่อการอธิบายถ่ายทอด ซึ่งทำให้ ผู้อื่นสามารถเข้าถึงความรู้นั้นได้ง่าย จึงเปรียบได้กับภูเขาน้ำแข็งส่วนที่โผล่พ้นน้ำขึ้นมามองเห็นได้ ชัดเจน มีปริมาณ 20% ของความรู้ทั้งหมดของคนเรา

2) ความรู้ฝังลึก คือ ความรู้เชิงประสบการณ์ที่ซ่อนอยู่ในตัวคน ในลักษณะของ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นความสามารถพิเศษเฉพาะบุคคล หรือพรสวรรค์ ซึ่งยากแก่การ อธิบายถ่ายทอดให้เป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยเหตุที่เป็นความรู้ที่ซ่อนอยู่ในตัวคน มองไม่เห็นชัดเจน จึงเปรียบได้กับภูเขาน้ำแข็ง ส่วนที่จมอยู่ใต้น้ำซึ่งมองไม่เห็น มีปริมาณ 80% ของความรู้ทั้งหมดของ คนเรา



ภาพ 2.1 ทฤษฎีภูเขาน้ำแข็ง

ที่มา: กุทธิไกร ไชยงาม, 2560

พรณี สวนเพลง (2552) อธิบายว่าความรู้สามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ความรู้ที่เกิดจากวัฒนธรรม (Cultural Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากความศรัทธาหรือความเชื่อ ที่ทำให้กลายเป็นความจริง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเฝ้าสังเกต และการสะท้อนผลกลับของตัวความรู้และสภาพแวดล้อม

2) ความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร (Embedded Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในวิธีทำงาน คู่มือการทำงาน วัฒนธรรมองค์กร กฎระเบียบ และกระบวนการผลิต เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความรู้ สามารถแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท อาจจำแนกได้ตามแหล่งที่มาของความรู้ จำแนกได้ตามเวลาที่ความรู้เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบันและความรู้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากจำแนกตามรูปแบบ ได้แก่ ความรู้ที่แจ้งชัด (Explicit Knowledge) ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ความรู้ที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นความรู้แท้ ความรู้เทียม หรือความรู้เท็จ ความรู้บางครั้งเกิดจากวัฒนธรรมในองค์กร และบางครั้งเป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร ความรู้มีทั้งประเภทที่เป็นนามธรรม ซึ่งยากต่อการบริหารจัดการ และความรู้ที่เป็นรูปธรรมหรือลายลักษณ์อักษรชัดเจน สามารถบริหารจัดการได้ง่าย

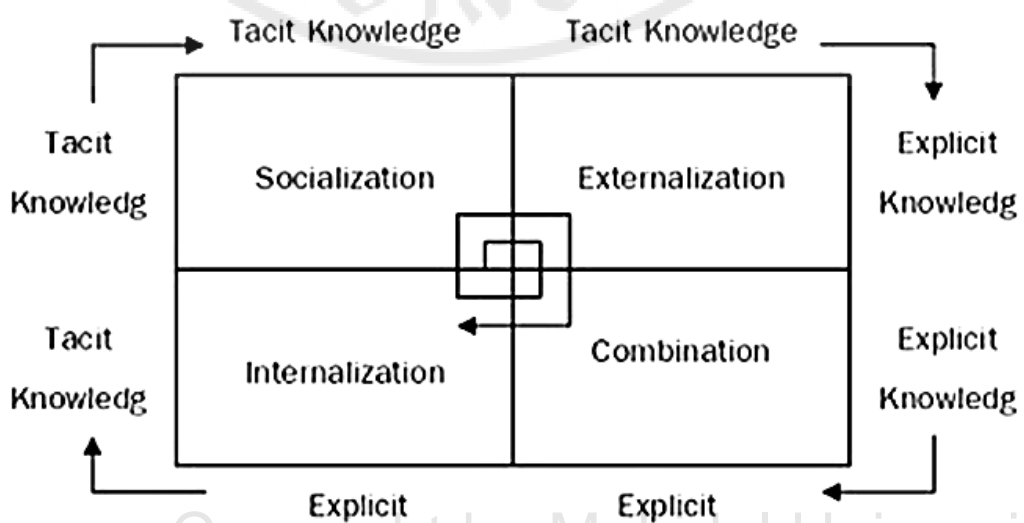
### 2.2.3 ระดับความรู้

ระดับความรู้แบ่งได้เป็น 4 ระดับ (โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา, 2558) ได้แก่

- 1) Know-what (รู้ว่าคืออะไร) เป็นความรู้เชิงรับรู้หรือความรู้ที่ได้รับมาจากการเรียน การศึกษา การมองเห็นหรือการจดจำ มีลักษณะเป็นความรู้ในภาคทฤษฎี
- 2) Know-how (รู้ว่าเป็นอย่างไรหรือรู้วิธีการ) เป็นความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติให้เข้ากับสภาพแวดล้อม
- 3) Know-why (รู้ว่าทำไมหรือรู้เหตุผล) เป็นความเข้าใจที่ลึกซึ้งเชิงเหตุผลที่ สลับซับซ้อนภายใต้เหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ความรู้ในระดับนี้สามารถพัฒนาได้บนพื้นฐาน ของประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและการอภิปรายร่วมกับผู้อื่น
- 4) Care-why (ใส่ใจกับเหตุผล) เป็นความรู้ในลักษณะการสร้างสรรค์ที่มาจากตัวเอง บุคคลที่มีความรู้ในระดับนี้จะมีเจตจำนง แรงจูงใจ และการปรับตัวเพื่อความสำเร็จ

### 2.2.4 กระบวนการสร้างองค์ความรู้

กระบวนการสร้างองค์ความรู้ตามแนวคิดของ Nonaka และ Takeuchi ได้เสนอแนวคิด การสร้างและกระจายความรู้เป็นวงจรความรู้ระหว่างความรู้ที่อยู่ในตัวคนหรือความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) กับความรู้ที่ชัดเจน (Explicit knowledge) โดยใช้โมเดล SECI ในการอธิบาย (วารรัตน์ ตั้งบรรเจิดกุล, 2558) ซึ่งแบ่งการสร้างความรู้เป็น 4 ขั้น ดังนี้



ภาพ 2.2 SECI Model

ที่มา: วารรัตน์ ตั้งบรรเจิดกุล, 2558

ขั้นที่ 1 กระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization : Tacit knowledge to Tacit knowledge) เป็นกระบวนการแบ่งปันประสบการณ์และการสร้างความรู้ที่เป็นนัย โดยที่บุคคลสามารถรับความรู้ที่เป็นนัยได้โดยตรงจากผู้อื่น โดยปราศจากการใช้ภาษาหรือการพูดคุยกัน กล่าวคือ บุคคลจะได้รับความรู้ผ่านการดำรงชีวิตร่วมกันกับผู้อื่น มีการสังเกตซึ่งกันและกัน และการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน สิ่งสำคัญของขั้นตอนนี้ คือ ประสบการณ์ (Experience)

ประสบการณ์เกิดได้จากการสังเกต การลอกเลียนแบบ การฝึกหัด การลงมือปฏิบัติ ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นในขั้นตอนนี้จึงมีลักษณะที่เรียกว่า ความรู้ที่เห็นพ้องต้องกัน (Sympathetic knowledge)

ขั้นที่ 2 กระบวนการกระจายสู่ภายนอก (Externalization : Tacit knowledge to Explicit knowledge) ระหว่างขั้นตอนนี้ ความรู้ที่เป็นนัยหรือที่อยู่ในตัวคนจะเชื่อมต่อเข้ากับความรู้ที่ชัดเจน กล่าวคือ ความรู้ที่ได้มาจากขั้นที่ 1 จะถูกนำมาแสดงให้เห็นในรูปแบบที่สามารถเข้าใจได้กว้างและครอบคลุมมากขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจของกระบวนการสร้างความรู้ เพราะเป็นขั้นที่ความรู้ที่เป็นนัยถูกทำให้เป็นความรู้ที่ชัดเจน โดยผ่านการเปรียบเทียบ การใช้ตัวอย่าง การสร้างแนวคิดหรือตัวแบบ ขั้นตอนนี้จึงมีลักษณะที่เรียกว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับการสร้างแนวคิด (Conceptual knowledge)

ขั้นที่ 3 การรวมเข้าด้วยกัน (Combination : Explicit knowledge to Explicit knowledge) ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการของการทำให้ความคิดต่างๆ เป็นระบบ เพื่อให้กลายเป็นความรู้ ความรู้ที่ชัดเจนจะถูกรวมกัน โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนของบุคคลเป็นหลัก ความรู้จะเกิดการรวมตัวกันผ่านสื่อต่างๆ เช่น การประชุม การสัมมนา การสนทนา การติดต่อผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ความรู้ลักษณะนี้เรียกว่า ความรู้ที่เป็นระบบ (Systematic knowledge)

ขั้นที่ 4 กระบวนการรวมเข้าสู่ภายใน (Internalization : Explicit knowledge to Tacit knowledge) ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการของการประมวลผลให้ความรู้ที่ชัดเจนกลายเป็นความรู้ที่เป็นนัย กล่าวคือ ความรู้ที่ชัดเจน (เป็นที่ประจักษ์) จากขั้นตอนที่ 3 จะเปลี่ยนกลับไปเป็นความรู้โดยนัยอีกครั้ง ซึ่งเปรียบเทียบได้กับการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นจึงมีลักษณะที่เรียกว่า ความรู้เชิงปฏิบัติการ (Operational knowledge)

สรุปได้ว่าการสร้างองค์ความรู้แบบ SECI เป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้ (Knowledge conversion) ระหว่างความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และความรู้ที่ชัดเจน (Explicit knowledge) ทำให้เกิดความรู้ใหม่ขึ้น หมุนเป็นเกลียวไปเรื่อยๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด เนื่องจากการเรียนรู้นั้นเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

### 2.2.5 การวัดความรู้

ความรู้สามารถวัดได้หลายวิธี แต่ที่นิยมใช้คือ แบบทดสอบ เพราะเป็นสิ่งที่นำไปใช้กับผู้ถูกทดสอบให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด การเขียน ทำทาง เป็นต้น เพื่อให้สังเกตเห็นหรือนับจำนวนปริมาณหรือนำไปแทนอันดับหรือคุณลักษณะของบุคคลนั้นได้ รูปแบบของแบบทดสอบมี 3 ลักษณะ (ศรีสุคนธ์ หล้าคดี, 2551) ดังนี้

1) แบบทดสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบโดยใช้การโต้ตอบด้วยวาจา หรือคำพูด ระหว่างผู้ทำการทดสอบกับผู้ถูกทดสอบ โดยตรงหรือเรียกว่า การสัมภาษณ์

2) แบบทดสอบข้อเขียน แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

2.1) แบบความเรียง เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบายเรื่อง บรรยายเรื่องราว ประพันธ์ หรือวิพากษ์วิจารณ์เรื่องราวเกี่ยวกับความรู้นั้น

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

3) แบบทดสอบภาคปฏิบัติ เป็นแบบที่ไม่ต้องการให้ผู้ตอบแสดงออกด้วยคำพูด หรือเครื่องหมายใดๆ แต่มุ่งให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง มักเป็นแบบทดสอบในเนื้อหาวิชาที่ต้องการให้ปฏิบัติจริง

จากแนวคิดการวัดความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวัดความรู้โดยใช้แบบทดสอบข้อเขียน แบบจำกัดตอบ ให้ผู้ตอบเลือกตอบข้อคำถาม 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยให้ผู้ตอบพิจารณาตัดสินข้อมูลหรือรายละเอียดต่างๆ ด้วยตนเอง โดยผ่านกระบวนการคิด การรับรู้ การเรียนรู้ และประสบการณ์ของตนเอง

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

### 2.3.1 ความหมายของความคิดเห็น

สมรรถชัย คันธมาทน์ (2556) ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางด้านความรู้สึก อาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากคนอื่น ๆ ก็ได้ ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้ความหมายของ ความคิดเห็น ว่าหมายถึง ข้อพิจารณาว่า เป็นจริงจากการใช้ปัญญาและความคิดประกอบกัน

ธารินี แก้วจันทร์ (2556) ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกของบุคคลตามอารมณ์ ความรู้สึก ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แล้วแปลความหมายโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา

พระวิฑูรย์ ฐานเมธิ (บุญพร้อม) (2554) ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางด้าน ความรู้สึกหรือความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยการพูดหรือการเขียน โดยมีอารมณ์ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมเป็นพื้นฐานของการแสดงออก

สรุป ความคิดเห็น หมายถึง ความรู้สึกหรือการแสดงออก ที่เกิดจากประสบการณ์ ความเชื่อ และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล เป็นผลทำให้เกิดมีท่าทีหรือมีการแสดงออกหรือ มีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นหรือไม่เห็นด้วย

### 2.3.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดเห็น

การแสดงออกด้านความคิดเป็นเรื่องเฉพาะของบุคคลอย่างอิสระแต่ละบุคคลจึงแสดง ออกมาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดเห็นมีดังนี้ (ราช ศิริวัฒน์, 2560)

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ พันธุกรรม มีผลต่อความคิดเห็นและเจตคติของบุคคล ซึ่งปัจจัยด้านพันธุกรรมมีผลต่อระดับความก้าวร้าวของบุคคลด้วย การศึกษามีอิทธิพลต่อการ แสดงออกซึ่งความคิดเห็น และการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ในเรื่องต่างๆ มากขึ้น และคนที่มีความรู้มากมักจะมีความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุผล

2) ปัจจัยด้านครอบครัว อิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่และครอบครัวจะส่งผล ต่อความคิด การตอบสนอง การเลียนแบบ และสั่งสมเป็นประสบการณ์

3) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิดเห็นหรือ เจตคติของแต่ละบุคคล เนื่องจากบุคคลจะต้องมีสังคมและอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ส่วนสื่อต่างๆ ที่บุคคล ได้รับจะมีผลทำให้บุคคลมีความคิดเห็น มีความรู้สึกต่างๆ เป็นไปตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อ

4) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึก ความเข้าใจ การรับรู้ การเรียนรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ อารมณ์ มีผลต่อความคิดและการแสดงออกของบุคคล ซึ่งความเชื่ออาจจะได้จากการ เรียนรู้จากกลุ่มบุคคลในสังคมหรือจากการอบรมสั่งสอนของครอบครัว

สรุปได้ว่า ความคิดเห็นมีความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ทั้งทาง ร่างกาย พันธุกรรม สังคม จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว วัฒนธรรม ตลอดจนความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมได้ตอบกับเป้าหมายหรือสถานการณ์ที่ได้รับมา ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

### 2.3.3 องค์ประกอบของความคิดเห็น

ประกอบด้วย 3 ประการ (อนุชิต คงาง, 2557) คือ

1) องค์ประกอบทางด้านความคิดความเข้าใจ คือ การที่บุคคลมีความคิดเห็นต่อสิ่งใดจะต้องประกอบด้วยความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นว่ามีคุณมีโทษหรือดีหรือเลว

2) องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก เป็นองค์ประกอบที่แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ

3) องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม หมายถึง เมื่อมีคนมีความรู้เชิงประเมินและมีความรู้สึกชอบพอหรือไม่พอใจต่อสิ่งใดแล้วสิ่งที่ตามมาคือความพร้อมที่จะกระทำทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินและความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

สรุปได้ว่า บุคคลมีความคิดเห็นต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

### 2.3.4 การวัดความคิดเห็น

การวัดความคิดเห็นเป็นการวัดความรู้สึก ความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง มีวิธีการวัดหลายวิธี เช่น การใช้แบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรมภายนอก มาตรวัดความคิดเห็นที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่ (ธีรชัย ใจดี, 2557)

1) มาตรวัดแบบเทอร์ส โตน เทอร์ส โตนพัฒนาเครื่องมือวัดความคิดเห็นขึ้นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1929 ซึ่งมีลักษณะพิเศษตรงที่ไม่แสดงมาตราตัวเลขติดเอาไว้ให้ผู้ตอบเห็น คือจะมีแต่ข้อความแสดงความรู้สึกทางบวก กลาง และลบ ผู้ทดสอบจะตอบใน 2 ลักษณะ คือ เห็นด้วยกับไม่เห็นด้วย และในแต่ละข้อความจะมีน้ำหนักในการแปลผลไม่เท่ากัน เป็นแบบวัดที่สร้างได้ยาก ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากในการพิจารณาระดับความเป็นจริงของข้อความที่จะนำมาเป็นแบบวัด

2) มาตรวัดแบบลิเกิต ลิเกิตสร้างเครื่องมือวัดความคิดเห็นขึ้นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1932 เป็นแบบวัดที่สร้างได้ง่ายกว่าแบบวัดของ เทอร์ส โตน แบบวัดของ ลิเกิต มีลักษณะที่แตกต่างจากเทอร์ส โตนคือ มีการกำหนดค่าน้ำหนักความรู้สึกของแต่ละข้อความหลังจากการนำแบบวัดไปทดสอบแล้ว ข้อความอาจจะเป็นทางบวกทั้งหมดหรืออาจจะเป็นทางลบทั้งหมด หรือผสมกันก็ได้ แบบวัดชนิดนี้มีความเชื่อมั่นสูง และพัฒนาเพื่อวัดความรู้สึกได้หลายอย่าง มาตรวัดตามแนวคิดของลิเกิตนั้น ได้รับความนิยมน้อยมากในการสร้างแบบวัดความคิดเห็น เพราะสร้างได้ยาก ไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก และวัดความรู้สึกได้หลายอย่าง ทั้งนี้มีข้อระวังในการแปลผลซึ่งต้องกลับค่ามาตราในกรณีที่เป็นข้อความทางลบก่อนเสมอเท่านั้น

3) มาตรฐานวัดแบบออสกูด ออสกูดเป็นหัวหน้าคณะในการสร้างเครื่องมือวัดความคิดเห็นแบบนัยจำแนก (SDS) หรือเทคนิคจำแนกความแตกต่างทางภาษา เมื่อปีค.ศ. 1987 โดยอาศัยทฤษฎีและผลงานวิจัยเกี่ยวกับความหมายของคำในประโยคที่แสดงความรู้สึก โดยการใช้คำสั้นๆ แทนการใช้ประโยคยาวๆ ซึ่งให้ความหมายที่ไม่ต่างกันซึ่งคำคุณศัพท์ที่นำมาใช้อธิบายเป้าหมายที่ต้องการวัดนั้น จะประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินเป็นคุณศัพท์ที่สะท้อนการตัดสินคุณค่า 2) ด้านศักยภาพ เป็นคุณศัพท์ที่สะท้อนถึงพลังอำนาจ 3) ด้านกิจกรรม เป็นคุณศัพท์ที่สะท้อนถึงกิริยาอาการ ดังนั้นแบบวัดตามแนวคิดของออสกูดจึงมีลักษณะเป็นการใช้คำคุณศัพท์ 2 คำที่มีความหมายตรงข้ามกัน ให้ผู้ทดสอบตัดสินใจถ่วงน้ำหนักไปในมาตราใดก็จัดตอบมาตรานั้นๆ

วิธีวัดความคิดเห็นแต่ละวิธีต่างก็มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญ การเลือกใช้วิธีวัดความคิดเห็นต้องสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการวัดด้วย (สุบิน ชูระรัช, 2550) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวัดทัศนคติของลึงเกิด ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการศึกษารูปแบบความคิดเห็นหรือการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรีที่มีต่อการจัดการขยะติดเชื้อ โดยมีตัวเลือกตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลางและไม่เห็นด้วย

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

### 2.4.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คณิศร เทียนทอง (2552) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพไว้ หมายถึง ความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

ปถมพร พันธุ์อุบล (2553) การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป

วชิกร สุวรรณมณี (2554) การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

พรพรรณ เกตุทอง (2554) การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของบุคคลที่แสดงออกมาเป็นความรู้สึก ความเข้าใจ ต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ผ่านเข้ามาทางประสาทการรับรู้ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพของตนเอง โดยมีแรงผลักดันมาจากความรู้เดิม และประสบการณ์

## 2.4.2 องค์ประกอบการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นผลให้เกิดการตัดสินใจในการเลือกแก้ไขปัญหสุขภาพที่เกิดขึ้น จากแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโรค และการดำเนินชีวิตประจำวัน องค์ประกอบการรับรู้ภาวะสุขภาพมี 5 ด้าน ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสของความเสียหายต่อการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะเกิดการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการรักษาโรคแตกต่างกัน โดยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ได้ดังต่อไปนี้

1.1) ความเชื่อส่วนบุคคลต่อโรคและการรักษา บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในระบบบริการทางการแพทย์แตกต่างกันก็มีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน

1.2) ประสบการณ์ หากบุคคลเคยเจ็บป่วยและได้รับการดูแลรักษาในลักษณะนั้นมาก่อน ก็จะเกิดการคาดการณ์ถึงสิ่งที่เคยเกิดขึ้น

1.3) สภาพการเจ็บป่วย หากบุคคลเกิดการเจ็บป่วย จะเกิดการรับรู้ต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน

2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสมจะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา หมายถึง การรับรู้และเชื่อมั่นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา คุณภาพของยา ตลอดจนความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองและเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคของตนเองเมื่อต้องปฏิบัติตามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค

5) แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพแตกต่างกัน

### 2.4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, 1996) กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยด้านการรู้คิด การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) เป็นแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ปัจจัยย่อย ดังนี้

1.1) ความสำคัญของสุขภาพ บุคคลที่มีการรับรู้คุณค่าของสุขภาพตนเอง ก็จะมีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ

1.2) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน คือ เชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของตนเอง และความเชื่ออำนาจภายนอกตน คือ เชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคชะตาเคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือบุคคลอื่น

1.3) การรับรู้ความสามารถในตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำกิจกรรมต่างๆ จนเป็นผลสำเร็จ

1.4) คำจำกัดความของสุขภาพ บุคคลแต่ละคนก็จะมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ผู้ที่ให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันก็จะมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

1.5) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.6) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าการกระทำที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างอื่นด้วย

1.7) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีโอกาสกระทำกิจกรรม

2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

2.1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ น้ำหนักตัว

2.2) ลักษณะทางชีววิทยา ได้แก่ โรคประจำตัว ความครบสมบูรณ์ของอวัยวะร่างกาย

2.3) อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น รูปแบบการใช้บริการสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์

2.4) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ประสบการณ์ในอดีตที่เคยปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ด้วย

3) ปัจจัยการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Participation in health promoting behavior) ได้แก่ ตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งก็คือ สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอกที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Berman และคณะ (2017) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลไว้ดังนี้

- 1) ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของบุคคล
  - 2) อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม แต่ละวัฒนธรรมก็จะมีกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
  - 3) ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประสบการณ์จากการเจ็บป่วยในอดีตจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น
  - 4) ความคาดหวังของตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนเองในระดับสูง ก็จะมีพฤติกรรมการรับรู้สุขภาพหรือรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง
  - 5) แรงสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวังจากคนในครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว เป็นต้น
  - 6) ฐานะทางเศรษฐกิจ บุคคลที่มีรายได้น้อยมักจะมีข้อจำกัดด้านการดูแลสุขภาพ
- จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีหลายปัจจัย ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะส่วนบุคคลและสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น สังคม วัฒนธรรม การศึกษา รวมไปถึงการเรียนรู้ ความรู้สึนึกคิด และประสบการณ์ของบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันไป

#### 2.4.4 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำได้ 2 วิธี (พรพรรณ เกตุทอง, 2554) คือ

1) การประเมินข้อมูลปรนัย ได้แก่ การตรวจร่างกายทางคลินิก การตรวจสุขภาพทางห้องปฏิบัติการ

2) การประเมินข้อมูลอัตนัย ได้แก่ การประเมินการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพตามความคิดความเข้าใจของตนเอง เรียกว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เป็นการสังเกตตนเองและรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง สำหรับแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีดังนี้

1) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Pender (พรพรรณ เกตุทอง, 2554) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลระหว่างสถานการณ์ เป็นแบบวัดที่ให้บุคคลประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง โดยใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยมีลักษณะคำตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (ชนาภรณ์ จามร, 2554) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านต่างๆ ดังนี้

2.1) ด้านร่างกาย (Physical domain ) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับการเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการยาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

2.2) ด้านจิตใจ (Psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ของความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

2.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

2.4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือการฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมนันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Pender (พรพรรณ เกตุทอง, 2554) โดยนำมาดัดแปลงเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่อ

### 2.5.1 ความหมายของขยะติดเชื่อ

ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ พ.ศ. 2545 ได้ให้ความหมายของขยะติดเชื่อไว้ว่า หมายถึงมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ รวมถึงมูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการทดลองเกี่ยวกับโรคและการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ (ศูนย์สัตว์ทดลองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ม.ป.ป.)

คู่มือโรค ก้อนแก้ว และคณะ (2551) ขยะติดเชื่อ หมายถึง สิ่งของหรือวัสดุทั้งที่มีคมและไม่มีคม ที่เกิดจากการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาวิจัยทั้งในมนุษย์และสัตว์ รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้สัมผัสกับผู้ป่วย สัมผัสกับเลือดหรือของเหลวที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนชิ้นเนื้อและชิ้นส่วนอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย

อานนท์ ภาคมาลี (2555) ได้ให้ความหมายของขยะติดเชื่อไว้ หมายถึง ขยะทางการแพทย์ซึ่งมีเหตุอันควรให้สงสัยว่ามีหรืออาจมีเชื้อโรค ขยะที่สัมผัสหรือสงสัยว่าได้สัมผัสกับเลือดส่วนประกอบของเลือด (เช่น น้ำเลือด เม็ดเลือดต่างๆ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด) สารน้ำจากร่างกาย (เช่น ปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย หนอง) ได้แก่

1) ขยะที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่ง เช่น เลือด ส่วนประกอบของเลือด ปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง เสมหะ และสารคัดหลั่งต่างๆ

2) ขยะที่เป็นอวัยวะหรือชิ้นส่วนอวัยวะ เช่น ชิ้นเนื้อ เนื้อเยื่อ อวัยวะที่ได้จากการทำหัตถการต่างๆ ขยะจากทางห้องปฏิบัติการ การตรวจศพ ซากสัตว์ทดลอง รวมทั้งวัสดุที่สัมผัสระหว่างการทำการหัตถการและการตรวจนั้นๆ

3) ขยะของมีคมติดเชื้อที่ใช้แล้ว เช่น เข็ม ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารทางหลอดเลือดหรือชุดให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ใบมีด หลอดแก้ว กระจกชนิดยาชนิดแก้ว สไลด์แผ่น กระจกปิดสไลด์ และเครื่องมือที่แหลมคมต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว

4) ขยะจากกระบวนการเก็บและเพาะเชื้อ เช่น เชื้ออาหารเลี้ยงเชื้อ จากเลี้ยงเชื้อ วัสดุอื่น และเครื่องมือที่ใช้เพาะเชื้อแล้ว

5) มูลฝอยที่เป็นวัคซีน ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิตและภาชนะบรรจุ เช่น วัคซีนป้องกันวัณโรค โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม อีสุกอีใส ไขรากลดน้อยชนิดกิน เป็นต้น

6) มูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ คลอบคลุมถึง

- วัสดุทำจากผ้า เช่น สำลี ผ้าก๊อช เสื้อคลุม และผ้าต่างๆ
- วัสดุทำจากพลาสติก และยาง เช่น ถุงมือใช้ครั้งเดียวทิ้ง กระจกชนิดยาชนิดพลาสติก ปิเปตพลาสติก ท่อยาง ถุงใส่ปัสสาวะ ภาชนะพลาสติก รองรับสารคัดหลั่งและเสมหะ ถุงเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยล้างไต

- วัสดุทำจากกระดาษ เช่น กระดาษซับเลือด เสื้อคลุมใช้ครั้งเดียวทิ้ง ผ้าปิดปาก ปิดจมูก เป็นต้น

ทีปกา ชัยสุนทร (2556) มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น สำลี ผ้าก๊อช ผ้าพันแผล ถุงมือ เข็มฉีดยา กระจกชนิดยา ใบมีดผ่าตัด เลือด สิ่งขับถ่ายหรือของเหลวที่ขับออกจากร่างกายผู้ป่วย ของเสียที่ทิ้งจากห้องทดลอง ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ซึ่งมูลฝอยเหล่านี้สามารถทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้

กรมอนามัย (2557) ได้ให้ความหมายของขยะมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นที่สามารถทำให้เกิดโรคได้ ถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้น และหมายความรวมถึง มูลฝอยดังต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรค การทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ได้แก่

- 1) ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรหรือซากสัตว์ และการใช้สัตว์ทดลอง
- 2) วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว สไลด์ และแผ่นกระจกปิดสไลด์
- 3) วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สำลี ผ้าก๊อช ผ้าต่างๆ ท่อยาง เป็นต้น
- 4) มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง  
กรมควบคุมมลพิษ (2560) ได้ให้ความหมายของขยะมูลฝอยติดเชื้อหมายถึง มูลฝอยที่เป็นผลมาจากกระบวนการให้การรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาวิจัยที่ดำเนินการทั้งในมนุษย์และสัตว์ ซึ่งมีสาเหตุอันควรสงสัยว่ามี หรืออาจมีเชื้อโรค  
สรุปได้ว่า ขยะติดเชื้อหมายถึง สิ่งของที่ไม่ต้องการหรือถูกทิ้งจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานีอนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาลรักษาสัตว์ ได้แก่ เนื้อเยื่อ ชิ้นส่วน อวัยวะต่างๆ และสิ่งขับถ่ายหรือของเหลวจากร่างกายผู้ป่วย เลือดและผลิตภัณฑ์เลือด รวมถึงเครื่องใช้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยและสิ่งขับถ่ายหรือของเหลวจากร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนซากสัตว์ หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ทดลอง ซึ่งทั้งหมดมาจากห้องตรวจผู้ป่วย หอพักฟื้นผู้ป่วยและห้องปฏิบัติการ

### 2.5.2 ประเภทของขยะติดเชื้อ

ขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็นผลมาจากกระบวนการให้พยาบาล การบำบัดรักษา การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาวิจัยที่ดำเนินการในมนุษย์และสัตว์ ซึ่งมีเหตุอันควรสงสัยว่ามีหรืออาจมีเชื้อโรค แบ่งเป็น (กรมควบคุมมลพิษ, 2548)

- 1) วัสดุ ซาก ชิ้นส่วนของมนุษย์และสัตว์ที่ได้ และเป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรศพ การใช้สัตว์ทดลองที่ทดลองเกี่ยวกับโรคติดต่อ รวมทั้งวัสดุที่ได้จากร่างกายของมนุษย์และสัตว์ที่เป็นโรค เช่น ชิ้นเนื้อและอวัยวะ เป็นต้น
- 2) วัสดุที่ใช้ในการบริการทางการแพทย์ เช่น สำลี ผ้าก๊อช ผ้าต่างๆ ท่อยาง ฯลฯ ซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสกับเลือด หรือส่วนประกอบของเลือด เช่น น้ำเหลือง เม็ดเลือดต่างๆ และผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกาย เช่น ปัสสาวะ เสมหะ น้ำเหลือง น้ำลาย เป็นต้น
- 3) ของมีคมที่ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว สไลด์ แผ่นกระจกปิดสไลด์ที่ใช้ในการบริการ การวิจัย และในห้องปฏิบัติการ

4) เชื้อ อาหารเลี้ยงเชื้อ และวัสดุที่ใช้ในห้องปฏิบัติการหรือใช้ในการตรวจวินิจฉัยที่สัมผัสกับเชื้อทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น เชื้อโรค ชีววัตถุต่างๆ อาหารเลี้ยงเชื้อ งานเพาะเลี้ยงเชื้อที่ใช้แล้ว และเครื่องมือที่ใช้ในการถ่ายเชื้อหรือกวนเชื้อ

5) วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิตและภาชนะบรรจุ ได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรคโปลิโอ หัดเยอรมัน คางทูม ไข้รากสาคน้อย เป็นต้น

6) มูลฝอยทุกประเภทที่มาจากห้องติดเชื้อร้ายแรง เช่น ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรงที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ห้องไตเทียม เป็นต้น

โรงพยาบาลน้ำโสม (2555) แบ่งขยะติดเชื้อออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ขยะติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด แผ่นแก้วปิดสไลด์ vial vaccine ใส่ในภาชนะที่กั้นการแทงทะลุและการกักกรองของสารเคมี เช่น กระจ้อพลาสติกแข็ง

2) ขยะติดเชื้อประเภทไม่มีคม เช่น ผ้าก๊อช สำลีเช็ดแผล ชิ้นเนื้อต่างๆ เป็นต้น

กรมควบคุมมลพิษ (2560) แบ่งประเภทและลักษณะของขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็น 2 ประเภท คือ

1) ขยะมูลฝอยติดเชื้อจากการรักษาพยาบาลทั่วไป ได้แก่ ผ้าพันแผล สำลี เข็มฉีดยา

2) ขยะมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งติดต่อ ได้แก่ ขยะมูลฝอยจากห้องผ่าตัด ห้องทดลอง ห้องเพาะเชื้อ ห้องชันสูตรโรค และผู้ป่วยโรคติดต่อ

สรุปได้ว่า ขยะมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ขยะมูลฝอยประเภทมีคม ได้แก่ เข็มฉีดยา ใบมีด เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทำด้วยแก้ว เช่น กระจกสไลด์ แผ่นแก้วปิดสไลด์ เป็นต้น และขยะมูลฝอยประเภทไม่มีคม ได้แก่ สำลี ผ้าก๊อช ผ้าพันแผล เป็นต้น

### 2.5.3 การจัดการขยะติดเชื้อ

#### 1) การคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิด

การจัดการขยะมูลฝอยในสถานบริการสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่การลดปริมาณขยะมูลฝอยให้เหลือน้อยที่สุด ก่อนจะนำไปกำจัดหรือทำลาย ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการจัดการขยะมูลฝอย โดยการคัดแยกขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิด ตามชนิดและประเภทของมูลฝอย โดยใช้หลักการ 3 Rs คือ Reduce การลดปริมาณการใช้, Reuse การใช้ซ้ำ และ Recycle การนำกลับมาใช้ใหม่ ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการจัดการขยะมูลฝอย ดังนี้ (กรมอนามัย, 2557)

1.1) การลดจำนวนที่ใช้ลง คือ ลดการบริโภคสินค้าที่ฟุ่มเฟือย ใช้อย่างประหยัดและใช้เท่าที่จำเป็น

1.2) การใช้ซ้ำ เป็นการนำสิ่งของที่ใช้แล้วมาใช้ประโยชน์ให้คุ้มค่าหรือใช้ซ้ำ

1.3) การนำกลับมาใช้ใหม่ เป็นการนำขยะมูลฝอยมาแปรรูป เพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ ทำให้ไม่ต้องนำทรัพยากรธรรมชาติมาผลิตสิ่งของต่างๆ



ภาพ 2.3 การคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิด

ที่มา: กรมอนามัย, 2557

## 2) การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ

การเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อต้องเก็บ ณ แหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยติดเชื้อทิ้งลงในภาชนะสำหรับบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

2.1) ขยะมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม ต้องทิ้งลงกล่องหรือถังที่ทำจากวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุ และการกักกรองของสารเคมี และสามารถป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในได้ โดยบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของความจุภาชนะแล้วปิดฝาให้แน่น บรรจุในถุงขยะมูลฝอยติดเชื้อ มัดปากถุงให้แน่นก่อนนำไปกำจัด



ภาพ 2.4 การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ

ที่มา: กรมอนามัย, 2557

2.2) ขยะมูลฝอยติดเชื้ออื่น ที่มีใช้ประเภทวัสดุของมีคม ต้องทิ้งลงถุง สีแดง ทึบแสง ทนทานต่อสารเคมี และการรับน้ำหนัก ไม่มีกษาดง่าย ก้นน้ำได้ไม่รั่วซึม และบรรจุ ขยะมูลฝอยติดเชื้อได้ไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของความจุของภาชนะ โดยมีข้อความสีดำว่า “มูลฝอยติดเชื้อ” ใต้รูปหัวกะโหลกไขว้คู่กับตราสัญลักษณ์ที่ใช้ระหว่างประเทศ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และต้องมีข้อความว่า “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และ “ห้ามเปิด” โดยเด็ดขาด แล้วมัดปากถุงให้แน่น ก่อนทิ้ง



ภาพ 2.5 ภาชนะบรรจุสำหรับเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ  
ที่มา: กรมอนามัย, 2557

### 3) การเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อ

หลังจากจัดเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อใส่ภาชนะรองรับแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การเคลื่อนย้ายไปพัก เก็บกักในที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อรอการขนย้ายไปกำจัดต่อไป ซึ่งต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะดังนี้ (กรมอนามัย, 2557)

#### 3.1) ผู้ปฏิบัติงาน

3.1.1) ผู้ปฏิบัติงานต้องผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและ ระวังการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากขยะมูลฝอยติดเชื้อ

3.1.2) ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตราย ส่วนบุคคล ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้ากั้นเปื้อน ผ้าปิดปากและจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน



ภาพ 2.6 การแต่งกายของผู้ปฏิบัติงานที่ทำการเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อ  
ที่มา: กรมอนามัย, 2557

### 3.2) วิธีการเคลื่อนย้าย

3.2.1) ต้องกระทำทุกวัน ตามตารางเวลาที่กำหนด

3.2.2) ต้องเคลื่อนย้าย โดยใช้รถเข็นสำหรับเคลื่อนย้าย

ภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อ

3.2.3) ต้องมีเส้นทางเคลื่อนย้ายที่แน่นอน และในระหว่าง

การเคลื่อนย้ายไปที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อห้ามแวะหรือหยุดพัก ณ ที่ใด

3.2.4) ต้องกระทำโดยระมัดระวัง ห้ามโยน หรือลากภาชนะ

สำหรับบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อ

3.2.5) กรณีที่มีขยะมูลฝอยติดเชื้อตกหล่นหรือภาชนะ

บรรจุระหว่างทางห้ามหยิบด้วยมือเปล่า ต้องใช้คีมหรือหยิบด้วยถุงมือยางหนา หากเป็นของเหลวใช้  
ชั๊ปด้วยกระดาษโดยหมุนเป็นวงกลม จากด้านนอกเข้าสู่ด้านใน หรือกระดาษนั้นในภาชนะบรรจุ  
ขยะมูลฝอยติดเชื้อใบใหม่ และทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่บริเวณพื้นนั้นก่อนเช็ดถูตามปกติ



ภาพ 2.7 วิธีการเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่น  
ที่มา: กรมอนามัย, 2557

### 3.3) ลักษณะของที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อ

- 3.3.1) มีลักษณะไม่แพร่เชื้อและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนขยะมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด
- 3.3.2) มีขนาดกว้างเพียงพอที่จะเก็บกักภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน
- 3.3.3) พื้นและผนังต้องเรียบ ทำความสะอาดได้ง่าย
- 3.3.4) มีรางหรือท่อระบายน้ำทิ้ง เชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย
- 3.3.5) มีลักษณะโปร่ง ไม่อับชื้น
- 3.3.6) มีการป้องกันสัตว์ และแมลงเข้าไป มีประตูกว้างพอสมควร ตามขนาดของห้อง หรืออาคาร เพื่อสะดวกต่อการปฏิบัติงาน และปิดด้วยกุญแจ หรือปิดด้วยวิธีอื่นที่บุคคลทั่วไปไม่สามารถที่จะเข้าไปได้

3.3.7) มีข้อความเป็นคำเตือนที่มีขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้อง หรือหน้าอาคาร

3.3.8) มีลานสำหรับล้างรถเข็นอยู่ใกล้ที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อ และลานนั้นต้องมีราง หรือท่อรวบรวมน้ำเสียจากการล้างรถเข็นเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

ในกรณีที่เก็บกักภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อไว้เกิน 7 วัน ที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อตามลักษณะดังกล่าวข้างต้นก็ได้ แต่ต้องจัดให้มีบริเวณที่พักภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อไว้เป็นการเฉพาะ



ภาพ 2.8 ที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อ

ที่มา: กรมอนามัย, 2557

สถานบริการสาธารณสุขดังต่อไปนี้ จะไม่จัดให้มีที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อตามลักษณะดังกล่าวข้างต้นก็ได้ แต่ต้องจัดให้มีบริเวณที่พักภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อไว้เป็นการเฉพาะ (กรมอนามัย, 2557)

- 1) สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน
- 2) สถานพยาบาลสัตว์ที่ไม่รับสัตว์ป่วยค้างคืน หรือรับแต่จำนวนและชนิดไม่เกินที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 3) สถานที่ที่อาจมีขยะมูลฝอยติดเชื้อตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

เนื่องจากสถานพยาบาลดังกล่าวมีอัตราการผลิตขยะมูลฝอยติดเชื้อในปริมาณไม่มากนัก จึงไม่ต้องจัดให้มีที่พักรวมขยะมูลฝอยติดเชื้อ ที่เป็นห้องหรืออาคารที่ชัดเจน แต่ต้องจัดให้มีบริเวณสำหรับเป็นที่พักภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อไว้เป็นการเฉพาะแตกต่างหากจากขยะมูลฝอยประเภทอื่น และต้องมีป้ายข้อความแสดงว่า เป็นที่พักภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจน เพื่อเตือนผู้ที่ผ่านไปมา

#### 4) การขนขยะติดเชื้อ

การขนขยะมูลฝอยติดเชื้อต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะ ดังนี้

- 4.1) ต้องขนย้ายโดยยานพาหนะขนขยะมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น
- 4.2) ต้องขนย้ายอย่างสม่ำเสมอตามวันและเวลาที่กำหนด
- 4.3) ผู้ขับขี่และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากขยะมูลฝอยติดเชื้อ
- 4.4) ต้องมีเครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการตกหล่นหรือการรั่วไหลของขยะมูลฝอยติดเชื้อ อุปกรณ์หรือเครื่องมือป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสื่อสารสำหรับใช้ติดต่อแจ้งเหตุอยู่ในยานพาหนะขนขยะมูลฝอยติดเชื้อตลอดเวลาที่ทำการขนย้ายขยะมูลฝอยติดเชื้อ
- 4.5) ผู้ขับขี่ยานพาหนะขนขยะมูลฝอยติดเชื้อและผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ ต้องระมัดระวังมิให้ขยะมูลฝอยติดเชื้อและภาชนะสำหรับบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อตกหล่นในระหว่างการขนย้าย
- 4.6) ห้ามนำยานพาหนะขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ ไปใช้ในกิจการอย่างอื่น และให้ทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ยกเว้นกรณีภาชนะบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อแตกหรือมีการรั่วไหล ต้องทำความสะอาดทันทีที่สามารถจะทำได้



Copyright by Mahidol University

ภาพ 2.9 การขนย้ายขยะติดเชื้อ

ที่มา: กรมอนามัย, 2557

### 5) การกำจัดขยะติดเชื้อ

การกำจัดขยะติดเชื้อเป็นการจัดการเพื่อทำลายเชื้อที่มีอยู่ในขยะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งการพิจารณาเลือกวิธีการกำจัดนั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของเทคโนโลยีที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ก่อนที่จะนำไปทำลายด้วยวิธีการเช่นเดียวกับขยะมูลฝอยทั่วไป วิธีการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อมี 2 ขั้นตอน ดังนี้ (กรมอนามัย, 2557)

5.1) การทำลายเชื้อ เป็นการทำลายเชื้อให้หมดไปก่อนจะส่งไปกำจัดต่อไป สามารถดำเนินการได้โดย

5.1.1) การเผาโดยใช้เตาเผา การทำลายเชื้อด้วยการเผาเป็นวิธีที่สามารถทำลายเชื้อโรคได้มากที่สุด ผลจากการเผาจะทำให้มีเถ้าถ่าน ซึ่งจะนำไปกำจัดโดยใช้วิธีการเดียวกับมูลฝอยชุมชน การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยการเผาในเตาเผาให้ใช้เตาเผาขยะมูลฝอยติดเชื้อและห้องเผาควัน และการเผาขยะมูลฝอยติดเชื้อให้เผาที่อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 760 องศาเซลเซียส และในการเผาควันด้วยอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 1,000 องศาเซลเซียส และจะต้องมีการควบคุมมาตรฐานอากาศเสียที่ปล่อยออกจากเตา



ภาพ 2.10 การกำจัดขยะติดเชื้อโดยวิธีการเผา

ที่มา: กรมอนามัย, 2557

5.1.2) การอบด้วยไอน้ำหรือการนึ่ง สามารถทำลายเชื้อโรคได้วิธีหนึ่ง ซึ่งจะทำให้มีปริมาณของขยะมูลฝอยคงเหลือเท่าเดิมหรือมากขึ้น เนื่องจากความชื้นจากไอน้ำที่ใช้ในการอบ การกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำหรือวิธีอื่นจะต้องดำเนินการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานทางชีวภาพ โดยมีประสิทธิภาพที่สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ไวรัส และปรสิตในขยะมูลฝอยติดเชื้อได้หมด

5.2) การกำจัด ภายหลังจากการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีดังกล่าวต้องมีการตรวจสอบเกณฑ์มาตรฐานทางชีวภาพ โดยวิธีการตรวจวิเคราะห์เชื้อ *Bacillus stearothermophilus* หรือ *Bacillus subtilis* แล้วแต่กรณีทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

โดยสรุป การจัดการขยะติดเชื้อ หมายถึง หลักการในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการทิ้งขยะติดเชื้อ การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนถ่าย และการกำจัดขยะติดเชื้อ โดยจะคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดในทางสุขอนามัย ทัศนียภาพ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และการยอมรับทางสังคม

### 2.5.3 ผลกระทบของขยะติดเชื้อต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม

ขยะมูลฝอยจากสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นขยะมูลฝอยที่มีความแตกต่างจากขยะในครัวเรือนหรือชุมชน เนื่องจากขยะมูลฝอยในสถานบริการสาธารณสุขนั้นมีทั้งขยะมูลฝอยทั่วไป ขยะมูลฝอยรีไซเคิล ขยะมูลฝอยอันตราย ขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะขยะมูลฝอยติดเชื้อจะต้องใช้ความระมัดระวังในการจัดการมากกว่าขยะมูลฝอยชุมชนทั่วไป หากมีการจัดการไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลแล้วจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงาน อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากเชื้อโรคที่ปะปนมาในขยะมูลฝอยติดเชื้อได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อมดังนี้ (กรมอนามัย, 2557)

1) เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป โดยผู้ปฏิบัติงานขยะมูลฝอยติดเชื้อจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคได้ดังนี้

1.1) การได้รับอันตรายจากการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกสุขลักษณะจากระบบการจัดการ ทั้งการคัดแยกและการเก็บรวบรวม อาจทำให้เกิดอันตรายต่อระบบผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้ หอบหืด โดยเฉพาะผู้ที่ร่างกายอ่อนแอ

1.2) ได้รับอันตรายจากเชื้อโรค โรคสำคัญๆ ที่อาจติดเชื้อจากขยะมูลฝอย ได้แก่ โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก วัณโรค หวัด ฯลฯ เป็นการติดเชื้อต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะโรคระบบทางเดินหายใจ

1.3) การติดเชื้อในระบบเลือด

## 1.4) การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

## 1.5) การได้รับพิษจากการใช้สารเคมีในขณะมูลฝอยติดเชื้อบางประเภท

- 2) เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรค ได้แก่ หนู แมลงวัน แมลงสาบ เป็นต้น
- 3) ทำลายสุนทรียภาพด้านสิ่งแวดล้อม เกิดสภาพที่ไม่น่าดู สกปรก เป็นที่น่ารังเกียจ
- 4) ก่อเหตุรำคาญ เนื่องจากกลิ่นเหม็นรบกวนการทำงานของเจ้าหน้าที่และประชาชน
- 5) เกิดการปนเปื้อนลงแหล่งน้ำ ทั้งน้ำใต้ดินและน้ำผิวดิน เช่น แหล่งน้ำบาดาล แม่น้ำ

และลำคลอง เป็นต้น

ขยะติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหากมีการที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล โดยจะส่งผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ (ปัทมา พวงขุนทด, 2554)

1) ผลกระทบต่ออากาศ อากาศเป็นพิษเนื่องมาจากการกำจัดขยะติดเชื้อด้วยวิธีการเผา โดยมลพิษนี้เป็นผลผลิตที่เกิดจากเผาและมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ฝุ่น ควัน ละออง โลหะ สารอินทรีย์ที่เป็นพิษ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ และก๊าซกรดต่างๆ เป็นต้น

2) ผลกระทบต่อดิน เชื้อโรคจากขยะติดเชื้ออาจปนเปื้อนลงสู่ดินได้ เนื่องมาจากการกำจัดขยะติดเชื้อด้วยวิธีการฝัง การกองเผาบนดิน การนำเข้าไปฝัง หรือการชะล้างของน้ำทำให้เชื้อโรคปนเปื้อนลงไปในดิน

3) ผลกระทบต่อน้ำ เชื้อโรคจากขยะติดเชื้ออาจปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำได้โดยเกิดการชะล้างของน้ำทิ้งในส่วนของขยะติดเชื้อ ซึ่งมีผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตที่อยู่ในน้ำ และยังเป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่แหล่งน้ำด้วย

## 2.5.4 ผลกระทบต่อสุขภาพจากขยะติดเชื้อ

ขยะมูลฝอยติดเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ตั้งแต่แหล่งกำเนิด การเก็บขน การกำจัด และสิ่งที่เหลือจากระบบกำจัด โรคติดเชื้อได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ซึ่งจะพบว่าโรคใหม่ๆ เกิดขึ้นมาก เช่น เอดส์ ซาร์ส ไข้หวัดนก เป็นต้น โรคหลายๆ ชนิดที่กลับมีความชุกและมีอุบัติการณ์สูงขึ้น เช่น วัณโรค กาฬโรค ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรคมียหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ภาวะโลกร้อน ความยากจน มาตรฐานความเป็นอยู่ลดลง ความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล การขนส่งที่สามารถข้ามพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เชื้อเดินทางได้ไกล และรวดเร็วขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบหรือเชื้อโรคที่ปะปนอยู่ในขยะมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบกับการดำเนินการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อยังประสบปัญหาในการจัดการ ทั้งการเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนส่ง และการกำจัด เนื่องจากส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ซึ่งจะนำไปสู่การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ (กรมอนามัย, 2557)

บุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อขยะมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ ผู้ที่มีหน้าที่เก็บ ขนย้าย และกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนใหญ่ความเสี่ยงมักจะเกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่ใช่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือสวมเสื้อผ้าไม่เหมาะสม (มัดติกา ยองอยู่, 2559)

### 2.5.5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อนั้นต้องใช้วิธีการเฉพาะในการกำจัด ซึ่งในทุกระบวนการจัดการตั้งแต่การเก็บ การขนย้าย และการกำจัดต้องเสียค่าใช้จ่ายในทุกขั้นตอน ปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยทั้งหมด 953 แห่ง มีปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 30,591 ตันต่อปี คิดเป็นร้อยละ 57 ของปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมดในประเทศไทย โดยมีค่าใช้จ่ายในการกำจัด ซึ่งส่งบริษัทนำไปกำจัดร้อยละ 93 รวมเป็นค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องจ่ายในปี 2558 ทั้งสิ้น 319,934,880 บาท ซึ่งทั้งนี้ยังไม่รวมถึงสถานพยาบาลเล็กๆ ที่ก่อให้เกิดขยะมูลฝอยติดเชื้อร้อยละ 26 และอีกร้อยละ 17 เป็นสถานพยาบาลของภาคเอกชน (ประโชติ กราบกราน, 2559)

## 2.6 กฎหมายเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ

การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อนั้นต้องอาศัยกฎหมายหรือพระราชบัญญัติเพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของสถานพยาบาลต่างๆ ให้มีขั้นตอนการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ทั้งในกระบวนการคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนถ่ายขนส่ง และการกำจัด โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อนั้นมีหลายฉบับ กฎหมายที่สำคัญๆ มีดังนี้ (ยุงยุทธ พินิตอังกูร, 2554)

1) พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 (กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

2) พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 (กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

3) พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (กระทรวงสาธารณสุข)

4) พระราชบัญญัติการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 (กระทรวงมหาดไทย)

5) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (สำนักนายกรัฐมนตรี)

กฎหมายที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด คือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ กฎกระทรวง และประกาศกระทรวง ออกมาใช้หลายฉบับจนถึงปัจจุบัน มีดังนี้ (ยุงยุทธ พนิตอังกูร, 2554)

- 1) พระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550
  - 2) กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
  - 3) ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดลักษณะของบริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2548
  - 4) ประกาศกระทรวง เรื่อง หลักสูตรการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2548
  - 5) ประกาศกระทรวง เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2546
  - 6) ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดยกเว้นไม่ใช้บังคับข้อกำหนดเฉพาะในส่วนที่ว่าการขน และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในท้องที่ของราชการส่วนท้องถิ่น ตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
  - 7) กฎกระทรวงว่าด้วยอัตราค่าธรรมเนียมการให้บริการเก็บขนและกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย และอัตราค่าธรรมเนียมอื่นๆ พ.ศ. 2545
  - 8) ประกาศกระทรวง เรื่อง ตราหรือสัญลักษณ์สำหรับพิมพ์บนภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2546
  - 9) ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดลักษณะของห้องรักษาผู้ติดเชื้อร้ายแรง พ.ศ. 2548
  - 10) ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดลักษณะและเงื่อนไขของห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย พ.ศ. 2548
  - 11) อื่นๆ เช่น คำแนะนำของกรมการสาธารณสุข
- ส่วนพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับขยะติดเชื้อประกาศออกมา 2 ฉบับ คือ
- 1) ประกาศ เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการปล่อยทิ้งอากาศเสียจากเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2546
  - 2) ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดให้การเผามูลฝอยติดเชื้อเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่จะต้องควบคุมการปล่อยทิ้งอากาศเสียออกสู่บรรยากาศ พ.ศ. 2546

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งขยะมูลฝอยติดเชื้อเพื่อนำไปกำจัด ได้แก่ พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 ซึ่งกฎหมายที่ออกมาจะช่วยป้องกันและควบคุมการบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อไม่ให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ของประชาชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม (วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, 2557)

**ตาราง 2.1 พระราชบัญญัติ หน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบ และหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย**

พระราชบัญญัติ	หน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบ	หน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย
พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535	กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ.2522	กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม	กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม
พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ.2535	กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม	กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม

ที่มา: วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, 2557



ภาพ 2.11 ความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายกับขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล/แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

ที่มา: วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, 2557

ถ้าสถานพยาบาล/แหล่งกำเนิดมลพิษยึดเชื่อของเอกชน ไม่ดำเนินการกำจัดมลพิษยึดเชื่อให้ถูกต้องและได้มาตรฐานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนดจะมีความผิดตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 35 (4) ควบคุมและดูแลการประกอบกิจการสถานพยาบาลให้ เป็นไปตามมาตรฐานการบริการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และจะมีโทษตามมาตรา 49 เมื่อปรากฏว่า ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจ สั่งให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการแล้วแต่กรณีระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่ เห็นสมควร



ภาพ 2.12 กฎหมายและลักษณะการควบคุมกิจการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเก็บ/ขนมูลฝอยติดเชื้อ  
ที่มา: วีระชัย สิทธิพิยะสกุล, 2557

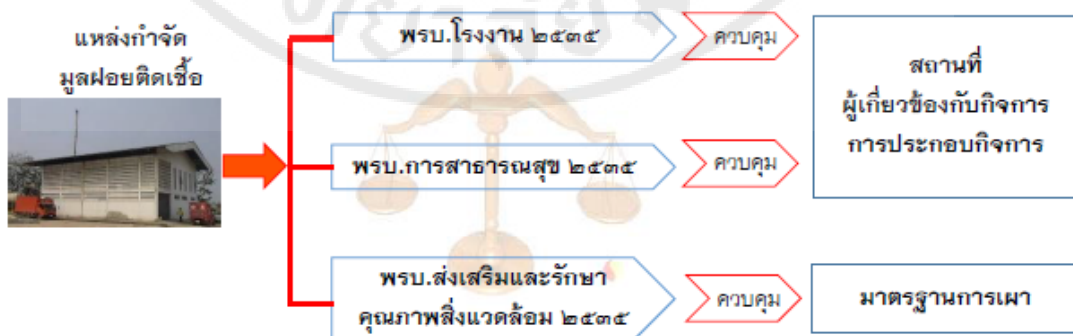
โดยขั้นตอนการดำเนินการของผู้ประกอบการเก็บ/ขนมูลฝอยติดเชื้อนั้น ต้องได้รับการ อนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 ก่อน (กรณีมีอาคารหรือ สถานที่เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ) แล้วจึงขออนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตาม พระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และขออนุญาตจากเจ้าพนักงานขนส่ง ตามพระราชบัญญัติขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 ซึ่งโทษของการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการเก็บ/ขนขยะมูลฝอยติดเชื้อมี ดังนี้ (วีระชัย สิทธิพิยะสกุล, 2557)

- 1) กรณีที่ไม่ได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติ โรงงาน พ.ศ. 2535 กรณีมีอาคารหรือสถานที่เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ จะมีความผิดตามมาตรา 12 ในเรื่องการ ขออนุญาต จะได้รับโทษตามมาตรา 50 ผู้ใดประกอบกิจการ โรงงานจำพวกที่ 3 โดยไม่ได้รับ

ใบอนุญาตตามมาตรา 12 วรรคหนึ่ง หรือตั้งโรงงานโดยไม่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 12 วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2) กรณีที่ไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จะมีความผิดตามมาตรา 19 ห้ามมิให้ผู้ใดดำเนินกิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น ซึ่งจะได้รับโทษตาม มาตรา 71 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 19 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และถ้าการเก็บขนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง จะมีความผิดตามมาตรา 73 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำและปรับ

3) กรณีที่ไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานขนส่ง ตาม พระราชบัญญัติขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 จะมีความผิดตามมาตรา 23 ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบการขนส่งประจำทาง การขนส่งไม่ประจำทาง การขนส่งโดยรถขนาดเล็กหรือการขนส่งส่วนบุคคล เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากนายทะเบียน และจะได้รับโทษตามมาตรา 126 ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 23 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากคนขับรถไม่ได้รับใบอนุญาต ก็จะมีควมผิดตามมาตรา 127 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท รวมทั้งมาตรา 131 ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบการขนส่งผู้ใดไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนด ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท



ภาพ 2.13 กฎหมายและลักษณะการควบคุมกิจการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ  
ที่มา: วีระชัย สิทธิพิยะสกุล, 2557

สถานที่หรือแหล่งกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องในส่วนของกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วย พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 ซึ่งจะควบคุมดูแลเกี่ยวกับสถานที่ตั้ง พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จะควบคุมการดำเนินงานของกิจการ โดยใช้มาตรฐานจากพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 โดยผู้ประกอบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจะต้องได้รับการอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 ก่อน แล้วจึงขออนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ ในการดำเนินการจะต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการปล่อยทิ้งอากาศเสียจากเตาเผามูลฝอยติดเชื้อและประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดให้เตาเผามูลฝอยติดเชื้อเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่ต้องถูกควบคุมการปล่อยทิ้งอากาศเสียออกสู่บรรยากาศอีกด้วย โดยจะมีหน่วยงานของสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดเป็นดำเนินการตรวจสอบ ซึ่งโทษของการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีดังนี้ (วิระชัย สิทธิปิยะสกุล, 2557)

1) กรณีที่ไม่ได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 กรณีมีอาคารหรือสถานที่เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ จะมีความผิดตามมาตราเรื่องการขออนุญาต จะได้รับโทษตามมาตรา 50 ผู้ใดประกอบกิจการ โรงงานจำพวกที่ 3 โดยไม่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 12 วรรคหนึ่ง หรือตั้งโรงงานโดยไม่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 12 วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2) กรณีที่ไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จะมีความผิดตามมาตรา 19 ห้ามมิให้ผู้ใดดำเนินกิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น ซึ่งจะได้รับโทษตามมาตรา 71 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 19 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และถ้าการเก็บขนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง จะมีความผิดตามมาตรา 73 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำและปรับ

3) กรณีที่ไม่ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 จะมีความผิดตามมาตรา 80 เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ซึ่งมีระบบบำบัดอากาศเสีย อุปกรณ์ หรือเครื่องมือสำหรับควบคุมการปล่อยทิ้งอากาศเสียหรือมลพิษอื่น ระบบบำบัดน้ำเสีย หรือระบบกำจัดของเสีย จะต้อง

ได้รับโทษตามมาตรา 104 เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษผู้ใดไม่ปฏิบัติตาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

### มาตรฐานการบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการบริการพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การควบคุมคุณภาพการพยาบาลในด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อของผู้ใช้บริการและบุคลากรทางการพยาบาล การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล และการสนับสนุนทางวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยต้องใช้กระบวนการติดตาม เฝ้าระวัง วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ที่จะนำไปสู่การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานกับหน่วยงานต่างๆ โดยมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Nurse: ICN) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนอกจากจะต้องมีความรู้ด้านการพยาบาลแล้ว ต้องมีความรู้และทักษะทางระบาดวิทยา เพื่อให้มีการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ฉัตรดี จิรสินธิปก, 2551)

มาตรฐานการบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลประกอบด้วย 4 ส่วน คือ (ฉัตรดี จิรสินธิปก, 2551)

1) ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 หมวด คือ

1.1) ลักษณะของงานบริการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.2) การปรับปรุงผลการดำเนินงาน

2) มาตรฐานการบริหารงานบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 7 หมวด คือ

2.1) การนำองค์กร

2.2) การวางแผนกลยุทธ์

2.3) การให้ความสำคัญกับผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

2.5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

2.6) การจัดการกระบวนการ

2.7) ผลลัพธ์การดำเนินการ

3) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งระบบ แบ่งเป็น 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการและติดตาม กำกับระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลวางแผน ออกแบบระบบงานบริหารจัดการ และติดตามกำกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การดำเนินการและติดตาม กำกับระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย  
2. ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อได้ทันต่อสถานการณ์

3. การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ ที่เกิดการติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล

4. ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ที่เกิดการติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลการเฝ้าระวังที่มีคุณภาพ นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อได้ทันต่อสถานการณ์

5. การเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

6. ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลการเฝ้าระวังที่มีคุณภาพ และนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อได้ทันต่อสถานการณ์

มาตรฐานที่ 3 การสอบสวนและควบคุมการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล/โรคติดเชื้อรุนแรง อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางในการดำเนินการสอบสวนการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อหาสาเหตุและกำหนดแนวทางปฏิบัติควบคุมการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล/โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เกิดขึ้นได้ทันที

มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาความรู้ ทักษะและให้คำแนะนำ/ปรึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาความรู้ ทักษะและให้คำแนะนำปรึกษาในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การดูแลต่อเนื่อง ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล วางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าร่างกายและกรณีที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อต่างๆ ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยจากการติดเชื้อของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรง โดยเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการแพทย์ ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

4) เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผลของการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ทั้งมาตรฐานการบริหารพยาบาลและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล แบ่งเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ

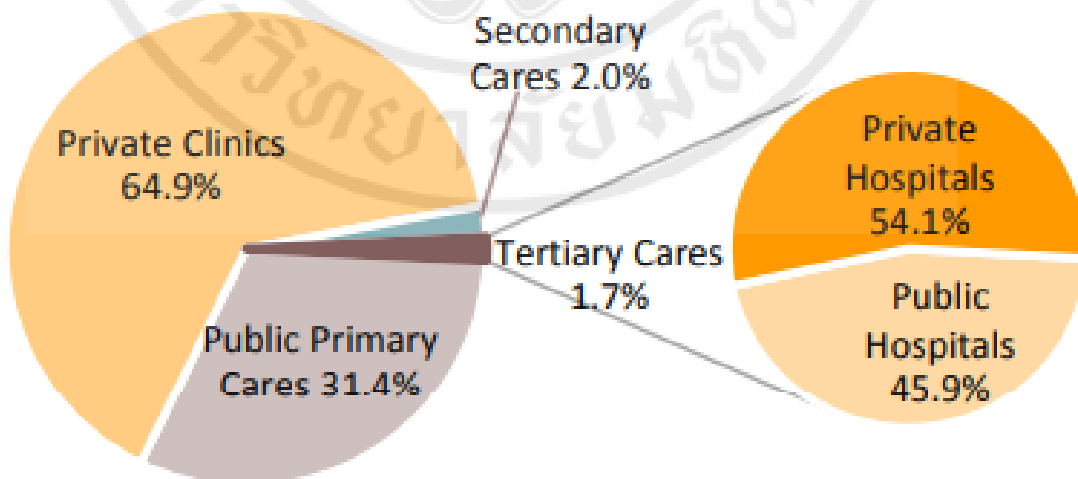
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

มิติที่ 4 ด้านการพัฒนางานองค์กร

## 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชน

การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นการให้บริการที่มีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งภาครัฐได้ประกาศใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 โดยออกเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันครอบคลุมประชากรถึง 99.95% ของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพของประเทศ บริการสาธารณสุขของภาครัฐมีพัฒนาการต่อเนื่องและครอบคลุมประชากรเกือบทั่วประเทศ โดยรัฐบาลได้ขยายสถานพยาบาล ซึ่งรวมถึงศูนย์อนามัยและโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันสถานพยาบาลทั่วประเทศมีจำนวนมากกว่า 38,500 แห่ง เป็นสถานพยาบาลของรัฐประมาณ 34% และเป็นของเอกชนประมาณ 66% เมื่อแบ่งตามมิติของขนาดและความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ พบว่าเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ สูงถึง 96.3% ของสถานพยาบาลทั้งหมด (รวมสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลกว่า 9,800 แห่ง และคลินิกเอกชนประมาณ 24,800 แห่ง) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประมาณ 641 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณ 294 แห่งหรือประมาณ 46% เป็นโรงพยาบาลในสังกัดรัฐ กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และกรุงเทพมหานคร และอีก 343 แห่งหรือประมาณ 54% เป็นโรงพยาบาลเอกชน (พูลสุข นิลกิจสรานนท์, 2560)



แผนภูมิ 2.1 จำนวนสถานพยาบาลในประเทศไทย

ที่มา: พูลสุข นิลกิจสรานนท์, 2560

### 2.7.1 นิยามของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลใดๆ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งมีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน และจัดให้มีการวินิจฉัยโรค การศัลยกรรม ผ่าตัดใหญ่ (major surgery) และให้บริการด้านพยาบาลเต็มเวลา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

สถานพยาบาล หมายถึง สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะที่มีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน ซึ่งจัดไว้เพื่อประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ หรือซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบกิจการอื่นด้วยการผ่าตัด ฉีดยา หรือด้วยการใช้กรรมวิธีอื่นซึ่งเป็นกรรมวิธีการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้โดยกระทำเป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับการตอบแทนหรือไม่ และเป็นสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้ง และดำเนินการพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ทั้งนี้ไม่รวมสถานพยาบาลซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้ได้รับการยกเว้นตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งได้แก่ สถานพยาบาลของรัฐบาล เทศบาล สภากาชาดไทย และสถานพยาบาลอื่นตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

โดยสรุป โรงพยาบาลเอกชน หมายถึง โรงพยาบาลที่จัดตั้งและดำเนินการบริหารงานโดยเอกชน เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งมีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน และจัดให้มีการวินิจฉัยโรค การศัลยกรรม ผ่าตัดใหญ่ และให้บริการด้านพยาบาล และได้รับอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

### 2.7.2 ประเภทของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม จำแนกตามจำนวนเตียง ซึ่งเป็นเครื่องชี้ความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ประกอบด้วย (พลสุข นิลกิจสรานนท์, 2560)

1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากกว่า 200 เตียง มักตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมถึงหัวเมืองหลัก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการกระจุกตัวของประชากรที่มีกำลังซื้อปานกลางถึงสูง ปัจจุบันมีจำนวน 34 แห่งหรือประมาณ 10% ของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด แต่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยรวมกันประมาณ 10,008 เตียง หรือประมาณ 28.8% ของจำนวนเตียงทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยและโอกาสการรับรู้รายได้ที่สูง

2) โรงพยาบาลขนาดกลาง มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 31 – 200 เตียง มีจำนวนประมาณ 234 แห่ง หรือประมาณ 68.0% และมีจำนวนเตียงประมาณ 23,439 เตียง หรือประมาณ 67.4%

3) โรงพยาบาลขนาดเล็ก มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 1 – 30 เตียง มีจำนวนประมาณ 76 แห่ง หรือประมาณ 22% และมีจำนวนเตียงประมาณ 1,314 เตียง หรือประมาณ 3.8%

โรงพยาบาลเอกชน แบ่งได้เป็น 2 ประเภท จำแนกตามลักษณะกระบวนการวิธีการพยาบาล ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

1) โรงพยาบาลประเภททั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนไข้ด้วยโรคทั่วไป มิได้จำกัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง

2) โรงพยาบาลประเภทเฉพาะโรค ได้แก่ โรงพยาบาลแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนไข้เฉพาะโรค โดยมีผู้ประกอบโรคศิลปะ แผนปัจจุบันหรือแผนโบราณในสาขาเฉพาะโรค ทำการรักษาโรคเฉพาะนั้นๆ เช่น สาขาศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวช สูติ-นรีเวชวิทยา จักษุ โสต ศอ นาสิก จิตเวช ตาวิญญูวิทยา การผดุงครรภ์ เป็นต้น

### 2.7.3 ขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชน

ผลการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2560 พบว่าจากจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในปี 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 347 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเอกชนประเภททั่วไป จำนวน 315 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.8 และเอกชนเฉพาะโรค จำนวน 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.2 กรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะโรคมากที่สุด จำนวน 25 แห่ง ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะโรค (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

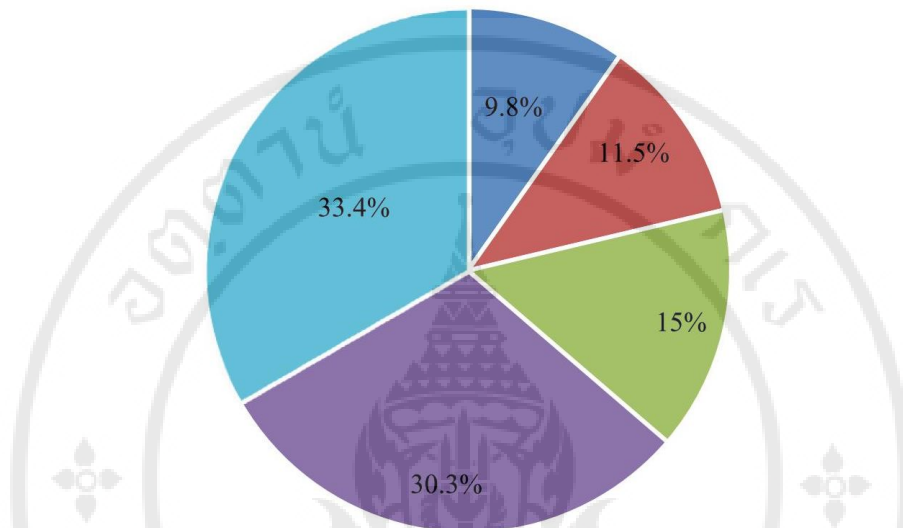


แผนภูมิ 2.2 ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลเป็นรายภาค  
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลเอกชนตั้งอยู่ในภาคกลาง มีจำนวน 116 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.4 กรุงเทพมหานครมีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนตั้งอยู่ประมาณ 105 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.3 ส่วนภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีโรงพยาบาลเอกชนตั้งอยู่จำนวน 52, 40 และ 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.0, 11.5 และ 9.8 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

## ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกเป็นรายภาค

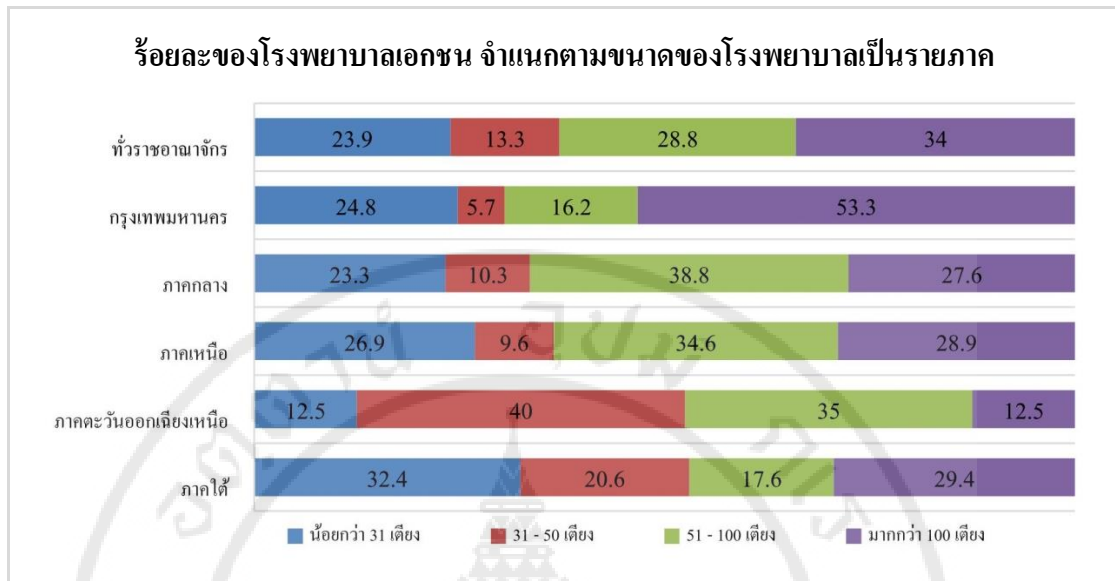
■ ใต้ ■ ตะวันออกเฉียงเหนือ ■ เหนือ ■ กรุงเทพมหานคร ■ กลาง



## แผนภูมิ 2.3 ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกเป็นรายภาค

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลเอกชนตามขนาดของกิจการ ซึ่งวัดด้วยจำนวนเตียงนั้น พบว่าโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศเป็นโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 100 เตียง มีจำนวน 118 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.0 ของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชนขนาด 51-100 เตียง มีจำนวน 100 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.8 ขนาดน้อยกว่า 31 เตียง มีจำนวน 83 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.9 และขนาด 31-50 เตียง มีจำนวน 46 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.3 โรงพยาบาลที่มีขนาดมากกว่า 100 เตียง ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครมากที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 53.3 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 100 เตียง เพียงร้อยละ 12.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)



**แผนภูมิ 2.4** ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลเป็นรายภาค  
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

### 2.7.4 จำนวนผู้ป่วย

**2.7.4.1 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน** จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนในปี 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 61.64 ล้านราย เป็นผู้ป่วยนอกประมาณ 58.84 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 95.5 และเป็นผู้ป่วยในประมาณ 2.80 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ประมาณ 32.17 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 52.2 ของจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ รองลงมาคือ ภาคกลาง มีผู้ป่วยประมาณ 17.96 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 29.1 ภาคเหนือ มีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 4.90 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 8.0 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกัน ประมาณ 3.33 และ 3.27 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 5.4 และ 5.3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

**ตาราง 2.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อกิจการ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย เป็นรายภาค**

ภาค	รวม		ผู้ป่วยใน		ผู้ป่วยนอก		จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อกิจการ (ราย)		
	จำนวน (พันราย)	ร้อยละ	จำนวน (พันราย)	ร้อยละ	จำนวน (พันราย)	ร้อยละ	รวม	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก
ทั่วราชอาณาจักร	61,641.9	100.0	2,803.9	4.5	58,838.0	95.5	177,642.0	8,080.0	169,562.0
กรุงเทพมหานคร	32,174.5	100.0	986.1	3.1	31,188.4	96.9	306,424.0	9,391.0	297,033.0
กลาง	17,964.9	100.0	857.8	4.8	17,107.1	95.2	154,869.0	7,395.0	147,475.0
เหนือ	4,902.1	100.0	469.5	9.6	4,432.6	90.4	94,271.0	9,029.0	85,242.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,334.1	100.0	236.1	7.1	3,098.1	92.9	83,354.0	5,902.0	77,451.0
ใต้	3,266.4	100.0	254.5	7.8	3,011.9	92.2	96,069.0	7,484.0	88,585.0

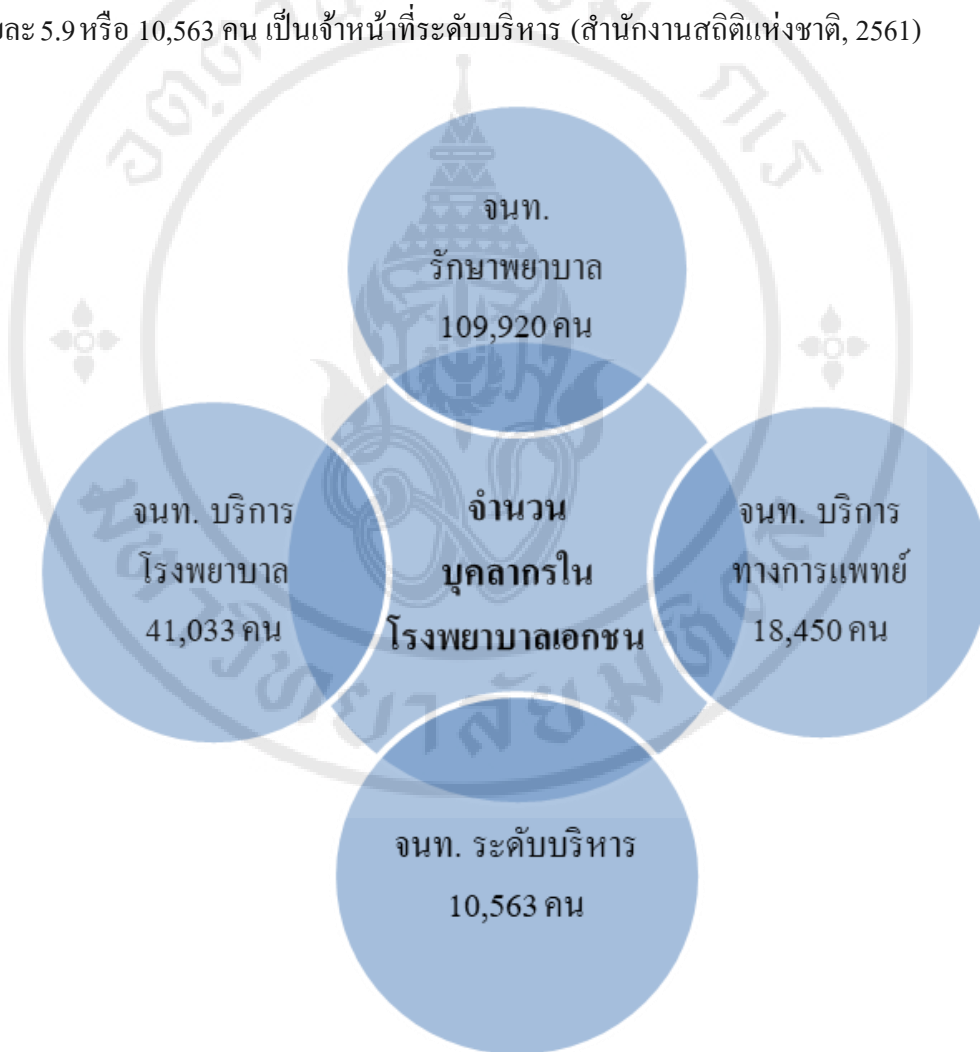
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

**2.7.4.2 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศ** ผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนทั้งสิ้น 4.23 ล้านราย เป็นผู้ป่วยนอกประมาณ 4.04 ล้านราย เป็นผู้ป่วยในประมาณ 186,741 ราย เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ผู้ป่วยชาวต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครมากที่สุด ประมาณ 1.93 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ ภาคกลาง ประมาณร้อยละ 34.5 ภาคเหนือและภาคใต้มีประมาณร้อยละ 8.5 และ 6.8 ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ป่วยชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการรักษาน้อยที่สุดคือ ประมาณ ร้อยละ 4.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

### 2.7.5 จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน

ในปี 2559 มีบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น 179,966 คน เป็นบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลาจำนวน 138,949 คน คิดเป็นร้อยละ 77.2 และทำงานเป็นบางเวลาจำนวน 41,016 คน คิดเป็นร้อยละ 22.8 โดยมีจำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อกิจการประมาณ 518 คน สามารถจำแนกบุคลากรเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 4 ประเภท คือ เจ้าหน้าที่ระดับบริหาร เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่บริการทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่บริการโรงพยาบาล โดยพบว่าประมาณร้อยละ 61.1 ของจำนวนบุคลากรทั้งหมด หรือจำนวน 109,920 คน เป็นเจ้าหน้าที่

รักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือพยาบาล ผดุงครรภ์ และพนักงานพยาบาลอื่นๆ ร้อยละ 22.8 หรือ 41,033 คน เป็นเจ้าหน้าที่บริการพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน พนักงานจ่ายยา พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัยฯลฯ ร้อยละ 10.2 หรือ 18,450 คน เป็นเจ้าหน้าที่บริการทางการแพทย์ ได้แก่ นักรังสีการแพทย์/เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร โภชนาการ พนักงานบริการทางการแพทย์อื่นๆ และเจ้าหน้าที่บริการโรงพยาบาล และ ร้อยละ 5.9 หรือ 10,563 คน เป็นเจ้าหน้าที่ระดับบริหาร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)



แผนภูมิ 2.5 จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทบุคลากร  
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

### 2.7.6 รายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลเอกชน

ในปี 2559 โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ มีรายรับมูลค่ารวมทั้งสิ้น 234,327.2 ล้านบาท มากกว่าครึ่งล้านหรือประมาณ 146,538.9 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 62.5 เป็นรายรับจากโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายรับน้อยที่สุดคือ ประมาณ 10,140.6 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของรายรับทั้งหมด โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศมีรายรับเฉลี่ยต่อกิจการประมาณ 675.3 ล้านบาทต่อปี โดยพบว่าโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครมีรายรับเฉลี่ยต่อกิจการสูงสุด คือ ประมาณ 1,395.6 ล้านบาทต่อปี รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชนในภาคใต้และภาคกลาง มีรายรับเฉลี่ยต่อกิจการประมาณ 424.8 และ 418.5 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับ โรงพยาบาลเอกชนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายรับเฉลี่ยต่อกิจการใกล้เคียงกันคือ ประมาณ ร้อยละ 281.9 และ 253.5 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับ สำหรับโครงสร้างรายรับของโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นรายรับที่ได้จากการรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 96.1 และเป็นรายรับอื่นๆ ร้อยละ 3.9 ของรายรับทั้งหมด โดยโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครมีรายรับที่ได้จากการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อกิจการสูงสุด คือประมาณ 1,330.3 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังมีเงินอุดหนุนและเงินบริจาคอีก 6,959.9 ล้านบาท หรือเฉลี่ยต่อกิจการ 20.1 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

การประกอบกิจการ โรงพยาบาลเอกชนในปี 2559 มีค่าใช้จ่ายขึ้นกลางทั่วประเทศรวมทั้งสิ้นประมาณ 134,900.2 ล้านบาท โดยโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายมากที่สุดประมาณ 88,159.8 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 65.4 ของค่าใช้จ่ายขึ้นกลางรวมทั้งสิ้น โรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดประมาณ 5,288.8 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศมีค่าใช้จ่ายขึ้นกลางเฉลี่ยต่อกิจการ 388.8 ล้านบาทต่อปี โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายขึ้นกลางเฉลี่ยต่อกิจการสูงสุดประมาณ 839.6 ล้านบาทต่อปี โรงพยาบาลเอกชนในภาคใต้และภาคกลางมีค่าใช้จ่ายขึ้นกลางเฉลี่ยต่อกิจการ 247.1 และ 222.9 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับ โรงพยาบาลเอกชนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายขึ้นกลางเฉลี่ยต่อกิจการใกล้เคียงกัน คือประมาณ 138.4 และ 132.2 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับ สำหรับโครงสร้างค่าใช้จ่ายขึ้นกลางของโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ พบว่า ประมาณร้อยละ 74.3 เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการดำเนินการประมาณร้อยละ 25.7 ส่วนมูลค่าเพิ่ม พบว่า มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 99,427.0 ล้านบาท โดยโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครมีมูลค่าเพิ่มมากที่สุด ประมาณ 58,379.1 ล้านบาท และน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 4,851.9 ล้านบาท โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศมีมูลค่าเพิ่มเฉลี่ยต่อกิจการ 286.5 ล้านบาทต่อปี โดยโรงพยาบาล

เอกชน ในกรุงเทพมหานครมีมูลค่าเพิ่มเฉลี่ยต่อกิจการสูงสุดประมาณ 556.0 ล้านบาทต่อปี โรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมูลค่าเพิ่มเฉลี่ยต่อกิจการน้อยที่สุดประมาณ 121.3 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

## 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.8.1 งานวิจัยในประเทศ

ทีปกา ชัยสุนทร (2556) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อสำหรับสถานพยาบาลประเภทสถานพยาบาลรับค้ำคืน ในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จ.ชลบุรี กรณีศึกษา: โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จ.ชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของขยะติดเชื้อ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ รวมถึงปัญหาและแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อของสถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้ำคืนในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลจำนวน 150 คน และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อเป็นระยะเวลา 0-5 ปี ซึ่งร้อยละ 76 ไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ โดยขยะติดเชื้อประเภทของมีคมและถุงมือยังพบมากที่สุด เจ้าของสถานพยาบาลควรสนับสนุนระบบการจัดการขยะติดเชื้อให้เพิ่มมากขึ้น เช่น จัดหาภาชนะที่แข็งแรงรองรับขยะติดเชื้อให้มีจำนวนเพียงพอ จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการจัดการขยะติดเชื้อ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง และเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ตนเองและสิ่งแวดล้อม

พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 350 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ คือ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับขยะติดเชื้อก่อให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ตามลำดับ ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อของ

บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล คือ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ ขาดความตระหนักในการจัดการขยะติดเชื้อ ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาครทุกระดับและทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเป็นประจำ ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อทางสื่อทุกประเภท โดยเฉพาะใบปลิวและสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ เช่น วารสารให้ความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ รวมถึงวิธีการจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกวิธีให้มีประจำทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือจัดกิจกรรมจูงใจให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

วรรณภา เกลยบุญ (2556) ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จำนวน 400 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติด้านการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดี และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ความรู้และทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีด้านการจัดการขยะมูลฝอยก็จะมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยสม่ำเสมอ

อังสุมาลี อากรสกุล (2556) ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อกับการจัดการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อของสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน : กรณีศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อของสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในจังหวัดนนทบุรีและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อกับการจัดการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อของสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในจังหวัดนนทบุรี ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 113 แห่ง ใช้แบบสอบถามและแบบสังเกตพฤติกรรมแบบมีโครงสร้างเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า ระดับคะแนนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่ออยู่ในระดับสูง ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อในสถานพยาบาลที่ไม่รับ

ผู้ป่วยไว้ค้างคืน ( $r = 0.369, p < 0.001$ ) ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ( $r = 0.492, p < 0.001$ ) ข้อเสนอแนะ คือควรมีมาตรการพัฒนาความรู้เรื่องการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อให้แก่พนักงาน และควรปรับเปลี่ยนช่วงเวลาในการเก็บมูลฝอยติดเชื้อให้เหมาะสม

เกียรติกุล ถวิล (2558) ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R (Reduce, Reuse, Recycle) ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี และเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะในรูปแบบ 3R ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 395 คน ผลการศึกษา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ รายได้ในครัวเรือนต่อเดือน และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการจัดการขยะมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และช่องทางในการรับข่าวสาร พบว่าไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ข้อเสนอแนะ คือ ควรเผยแพร่ความรู้และสนับสนุนให้ประชาชนร่วมมือลดการเกิดขยะมูลฝอย ควรปลูกฝังทัศนคตินำวัสดุเหลือใช้กลับมาใช้ซ้ำอีก และควรมีนโยบายส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับถังขยะและวิธีการกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง

มัตติกา ขงอยู่ (2559) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การกักเก็บและการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ; กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์การกักเก็บ และรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข พร้อมเสนอแนะแนวทางในการวางแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 โดยมีพื้นที่เป้าหมายคือเขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย จังหวัดนครปฐม ราชบุรี และสุพรรณบุรี แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) โดยทำการสุ่มสำรวจจำนวน 100 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า รพสต. 87 แห่งมีกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในขั้นตอนการคัดแยกและการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำสุด และพบว่าขั้นตอนการคัดแยก การเก็บรวบรวม และการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ขณะที่การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแตกต่างกันอย่างไม่มี

นัยสำคัญ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกักเก็บ และรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อทั้งระบบ พบว่า ขนาดสถานบริการสาธารณสุข (จำนวนเตียง) และกระบวนการคัดแยกและรวบรวม ณ จุดกำเนิด เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการกักเก็บ และรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ และพบว่า คนงานและพนักงานการพยาบาล มีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องมากกว่าตำแหน่งอื่นๆ

## 2.8.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Dasimah และคณะ (2012) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการของเสียในโรงพยาบาลชุมชน ตำบล Tumpat, ตำบล Batu Pahat และตำบล Taiping ในเมือง Johor รัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย โดยใช้การสังเกต แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า มีหลายกิจกรรมที่ก่อให้เกิดขยะมูลฝอยติดเชื้อขึ้นในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง และพบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อการบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะในขั้นตอนการคัดแยกขยะ

Raheelah และคณะ (2013) ศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล 15 แห่งในเมือง Peshawar ประเทศปากีสถาน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 80 มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.5 – 1 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน มีการคัดแยกขยะมูลฝอยออกเป็นขยะทั่วไปและขยะอันตราย ขยะทั่วไปร้อยละ 86.64 จะนำไปกำจัดโดยเทศบาล และอีกร้อยละ 13.36 จะนำไปเผาในที่โล่งแจ้ง ส่วนขยะอันตรายนำไปกำจัดด้วยวิธีการเผาและฝัง ซึ่งเป็นการเผาที่มีความเหมาะสมถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล มีเพียงร้อยละ 33.3 นอกจากนี้ยังพบว่าการคัดแยก การกักเก็บ การขนย้าย และการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

Vetrivel (2014) ศึกษาการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศอินเดียตอนใต้ ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลสร้างของเสียที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ หากไม่มีการบริหารจัดการอย่างถูกต้อง การคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่แหล่งกำเนิดในขั้นตอนแรกของการจัดการขยะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก การฝึกอบรมให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นต่อกระบวนการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายในกระบวนการกำจัดขยะได้

Mahbobeh และคณะ (2014) ศึกษาสาเหตุของการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล Nemazee ประเทศอิหร่าน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อ ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็นปัจจัยสำคัญต่อการ

จัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการวางแผนระบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ และควรให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในสถานพยาบาลและโรงพยาบาลส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญต่อการคัดแยกกับขยะติดเชื้อ ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการคัดแยกกับขยะติดเชื้อ และขาดการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ รวมถึงสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลมีวิธีการคัดแยกขยะติดเชื้อยังไม่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ โดยเฉพาะในขั้นตอนการคัดแยกขยะ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ เพื่อนำมาปรับใช้ในการบริหารจัดการการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ และศึกษาปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยได้ทำการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เป็นการวิจัยที่รวมกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน เพื่ออธิบายผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมครบถ้วนสมบูรณ์และตรงตามวัตถุประสงค์ ดังมีรายละเอียดดังนี้

### 3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงตัวเลข โดยใช้วิธีการควบคุมตัวแปรที่ต้องการศึกษาและใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1.1 ประชากรในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ได้แก่ องค์กรแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน (Ward 5, 6, 7, 8 และห้องเด็กอ่อน) แผนกผู้ป่วยหนัก แผนกห้องผ่าตัด (รวมห้องคลอด) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD1 และ OPD2) แผนกห้องฉุกเฉิน แผนกห้องชันสูตรโรค และแผนกรังสีวิทยา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการแบบสำมะโน (census) เนื่องจากขอบเขตของจำนวนประชากรมีขนาดเล็ก (กระทรวงศึกษาธิการ, 2552) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งหมด 297 คน ตามรายละเอียดในตาราง 3.1

**ตาราง 3.1 ประชากรในการวิจัย**

แผนก	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเทคนิค	ผู้ช่วยพยาบาล/ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่ห้อง ชันสูตรโรค	เจ้าหน้าที่ห้อง รังสีวิทยา	รวม
ผู้ป่วยนอก		11	46			57
ผู้ป่วยใน		31	50			81
ผู้ป่วยหนัก		7	6			13
ห้องผ่าตัด		2	10			12
ห้องฉุกเฉิน		10	7			17
ห้องชันสูตรโรค				8		8
รังสีวิทยา		1			8	9
องค์กรแพทย์	100					100
<b>รวม</b>						<b>297</b>

**3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยมีรายละเอียดแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยใช้คำถามเป็นแบบปลายปิด (Close-ended Questions) และแบบปลายเปิด (Open-ended Questions)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ, 2553)

- ตอบถูก ได้ 1 คะแนน
- ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ แบบอิงเกณฑ์ซึ่งประยุกต์จาก บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ (2553) ดังนี้

- 8 – 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง
- 4 – 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง

0-3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close-ended Questions) มี 3 ตัวเลือก มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3	1
เห็นด้วยปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1	3

โดยมีการแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับสูง

1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับต่ำ ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ (อุเทน ปัญญา, 2554)

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด

โดยมีการแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังนี้ (อุเทน ปัญญา, 2554)

4.50 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

3.50 – 4.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

2.50 – 3.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี

1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 1.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ (ปีทมา พวงขุนทด, 2554)

- 5 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง
- 4 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้งหรือประมาณ 75%
- 3 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นบางครั้งหรือประมาณ 50%
- 2 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้งหรือประมาณ 25%
- 1 หมายถึง ไม่เคยกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

โดยมีการแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ดังนี้ (ปีทมา พวงขุนทด, 2554)

- 4.50 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ต้องอยู่ในระดับดีมาก
- 3.50 – 4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ต้องอยู่ในระดับดี
- 2.50 – 3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ต้องอยู่ในระดับค่อนข้างดี
- 1.50 – 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง
- 1.00 – 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ต้องอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended Questions)

### 3.1.3 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เมื่อสร้างเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้อาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เพื่อให้แบบสอบถามมีความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษาและนำไปขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือเดียวกัน โดยมีลักษณะเป็น โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยค้างคืนและจำนวนเตียงใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยทำการเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ เมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว จึงนำมาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือและความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริงดังนี้

3.1.3.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเนื้อหา

3.1.3.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการดังนี้

1) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson (ประสพชัย พสุนนท์, 2553) ดังนี้

$$r_{KR-20} = \frac{k}{k-1} \frac{(1 - \sum pq)}{s^2}$$

เมื่อ  $r_{KR-20}$  แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

$k$  แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$p$  แทน สัดส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามถูกหารด้วยจำนวนคนตอบทั้งหมด

$q$  แทน สัดส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามผิดในแต่ละข้อ =  $1 - p$

$s^2$  แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ผลจากการทดสอบ พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรีเท่ากับ 0.72 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูง

2) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) (ประสพชัย พสุนนท์, 2553) ดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \frac{(1 - \sum s_i^2)}{s^2}$$

เมื่อ  $\alpha$  แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

$k$  แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$s^2_i$  แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$s^2$  แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ผลจากการทดสอบ พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เท่ากับ 0.73 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูง สามารถเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้

ผลจากการทดสอบ พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูง สามารถเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้

ผลจากการทดสอบ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เท่ากับ 0.74 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูง สามารถเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้

### 3.1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.4.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

3.1.4.2 รับหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากคณบดี คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ไปส่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

3.1.4.3 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

- ประชุมและทำความเข้าใจกับหัวหน้าแผนก เพื่อทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัยในทิศทางเดียวกัน

- ดำเนินการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม รวมระยะเวลา 2 เดือน

- นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ จึงนำไปลงรหัส เพื่อนำไปประมวลผล

### 3.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเอาแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้ว จำนวน 297 คน มาลงรหัสบันทึกข้อมูลและทำการประมวลผล รวมทั้งวิเคราะห์ผลการวิจัยดังนี้

3.1.5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงานวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage)

3.1.5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.1.5.3 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี วิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบ t-test และสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

### 3.1.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการกำหนดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออก ดังนี้

3.1.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.1.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถิติอนุมานหรือสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปร 2 กลุ่ม (t-test) และสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สำหรับตัวแปรที่มากกว่า 2 กลุ่ม

## 3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นการบรรยาย อธิบายหรือวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่เป็นตัวเลข มีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

### 3.2.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2542) โดยกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 14 คน เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการการดำเนินงานของโรงพยาบาล การสร้างระเบียบวินัย

ของเจ้าหน้าที่ แผนการอบรมและสื่อการให้ความรู้รวมถึงทราบถึงปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรม การคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเท่านั้น

### 3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) เกี่ยวกับพฤติกรรม การคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการคัดแยกขยะติดเชื้อ การวางมาตรการในการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการสร้างวินัยแก่เจ้าหน้าที่ในการจัดการขยะติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรม การคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

หลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จะทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยการนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบคำตอบเป็นรายข้อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งจะนำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึก

### 3.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

- นัดวันและเวลา เพื่อดำเนินการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- ระหว่างสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกเสียง ประกอบการจดบันทึกการสัมภาษณ์ เพื่อนำไปถอดคำสัมภาษณ์ภายหลัง
- ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการทวนสอบสาระสำคัญของข้อมูลที่ได้รับกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญในตอนสุดท้าย เพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้อง
- นำข้อมูลมาเรียบเรียงตามประเด็นที่กำหนดไว้

### 3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) อธิบายถึงนโยบายและมาตรการในการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ และทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 297 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค และเจ้าหน้าที่ห้องรังสีวิทยา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม และส่วนแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งเป็นผู้บริหารหรือหัวหน้าภายในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นการอธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ซึ่งเสนอข้อมูลโดยคำร้อยละ

4.2 ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

4.3 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

4.4 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ซึ่งเสนอข้อมูลโดยสถิติ t-test และ One-way ANOVA

4.5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

4.6 ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการอธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และตำแหน่งงาน พฤติกรรมการคัดแยกขยะ

ติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย นโยบายและมาตรการการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อ การสร้างระเบียบวินัยให้เจ้าหน้าที่ในการคัดแยกขยะติดเชื้อ แผนการอบรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ และสื่อการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล

#### 4.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 297 คน ได้ผลดังนี้ (ตาราง 4.1)

**เพศ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.8 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 17.2

**ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมาคือ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 33.3 และ 6-10 ปี ร้อยละ 13.8

**รายได้เฉลี่ยต่อเดือน** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 25,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 22.2 และ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 19.2

**ตำแหน่งงาน** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40.1 รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ 33.7 และ พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค ร้อยละ 20.9

**แผนกที่ปฏิบัติงาน** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่องค์กรแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 27.3 และแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 19.2

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 297)	ร้อยละ (100.0)
<b>เพศ</b>		
ชาย	51	17.2
หญิง	246	82.8
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	99	33.3
1 – 5 ปี	115	38.7
6 – 10 ปี	41	13.8
11 – 15 ปี	9	3.0
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	33	11.1
$\bar{x} = 5.71$ S.D. = 1.25 Max = 40 ปี Min = 2 เดือน		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	57	19.2
10,001 – 15,000 บาท	66	22.2
15,001 – 20,000 บาท	42	14.1
20,001 – 25,000 บาท	12	4.0
มากกว่า 25,000 บาทขึ้นไป	120	40.4
$\bar{x} = 37,742.92$ S.D. = 1.61 Max = 350,000 Min = 7,000		
<b>ตำแหน่งงาน</b>		
แพทย์	100	33.7
พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	62	20.9
ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	119	40.1
เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค	8	2.7
เจ้าหน้าที่ห้องรังสีวิทยา	8	2.7
<b>แผนกที่ปฏิบัติงาน</b>		
ผู้ป่วยนอก	57	19.2
ผู้ป่วยใน	81	27.3
ผู้ป่วยหนัก	13	4.4
ห้องผ่าตัด	12	4.0

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 297)	ร้อยละ (100.0)
แผนกที่ปฏิบัติงาน (ต่อ)		
ห้องฉุกเฉิน	17	5.7
ห้องชันสูตรโรค	8	2.7
รังสีวิทยา	9	3.0
องค์กรแพทย์	100	33.7

#### 4.2 ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลจากการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

##### 4.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 297 คน โดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ได้ผลการวิเคราะห์รายชื่อ ดังต่อไปนี้ (ตาราง 4.2)

ข้อที่ 1 “ขยะติดเชื้อ คือ ขยะที่เป็นผลมาจากขบวนการให้การรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 91.6 และตอบผิด ร้อยละ 8.4

ข้อที่ 2 “ขยะติดเชื้อ ได้แก่ เนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนอวัยวะ สารคัดหลั่งและสิ่งขับถ่ายเท่านั้น” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 53.9 และตอบผิด ร้อยละ 46.1

ข้อที่ 3 “หากมีการสัมผัสกับขยะติดเชื้อไม่จำเป็นต้องมีการดูแลป้องกันเป็นพิเศษ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 94.3 และตอบผิด ร้อยละ 5.7

ข้อที่ 4 “ขยะติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบ โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ และวัณโรค” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 86.9 และตอบผิด ร้อยละ 13.1

ข้อที่ 5 “ขยะติดเชื้อสามารถทิ้งรวมกับขยะทั่วไปได้” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 97.0 และตอบผิด ร้อยละ 3.0

ข้อที่ 6 “ขยะติดเชื่อควรคัดแยกและจัดเก็บในภาชนะเฉพาะ เช่น ถุงสีแดงหรือถังขยะติดเชื่อ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 93.9 และตอบผิด ร้อยละ 6.1

ข้อที่ 7 “ขยะติดเชื่อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา มีด ฯลฯ ต้องแยกทิ้งเฉพาะต่างหากจากขยะติดเชื่อประเภทอื่น” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 99.0 และตอบผิด ร้อยละ 1.0

ข้อที่ 8 “การทิ้งน้ำเลือด/สารคัดหลั่งต่าง ๆ จากร่างกายลงในท่อระบายน้ำรวมไม่ทำให้เกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อม เพราะมีปริมาณเพียงเล็กน้อย” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 91.6 และตอบผิด ร้อยละ 8.4

ข้อที่ 9 “ผ้าก๊อช สำลี ผ้าพันแผล ถุงมือที่ใช้แล้ว ถือว่าเป็นขยะติดเชื่อต้องทิ้งในถุงสีแดง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 97.6 และตอบผิด ร้อยละ 2.4

ข้อที่ 10 “เจ้าหน้าที่/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลควรมีความรู้เรื่องการคัดแยกขยะติดเชื่อ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 98.7 และตอบผิด ร้อยละ 1.3

#### ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่อ

ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่อ	N = 297 (100.0)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. ขยะติดเชื่อ คือ ขยะที่เป็นผลมาจากขบวนการให้การรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค	272 (91.6)	25 (8.4)
2. ขยะติดเชื่อ ได้แก่ เนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนอวัยวะ สารคัดหลั่งและสิ่งขับถ่ายเท่านั้น*	160 (53.9)	137 (46.1)
3. หากมีการสัมผัสกับขยะติดเชื่อไม่จำเป็นต้องมีการดูแล/ป้องกันเป็นพิเศษ*	280 (94.3)	17 (5.7)
4. ขยะติดเชื่อสามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ และวัณโรค	258 (86.9)	39 (13.1)
5. ขยะติดเชื่อสามารถทิ้งรวมกับขยะทั่วไปได้*	288 (97.0)	9 (3.0)
6. ขยะติดเชื่อควรคัดแยกและจัดเก็บในภาชนะเฉพาะ เช่น ถุงสีแดงหรือถังขยะติดเชื่อ	279 (93.9)	18 (6.1)
7. ขยะติดเชื่อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา มีด ฯลฯ ต้องแยกทิ้งเฉพาะต่างหากจากขยะติดเชื่อประเภทอื่น	294 (99.0)	3 (1.0)

ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ (ต่อ)

N = 297 (100.0)

ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	ตอบถูก	ตอบผิด
8. การทิ้งน้ำเลื้อด/สารคัดหลั่งต่างๆ จากร่างกายลงในท่อระบายน้ำรวม ไม่ทำให้เกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อม เพราะมีปริมาณเพียงเล็กน้อย*	272 (91.6)	25 (8.4)
9. ผ้าก๊อช สำลี ผ้าพันแผล ถุงมือที่ใช้แล้ว ถือเป็นขยะติดเชื้อต้องทิ้งใน ถุงสีแดง	290 (97.6)	7 (2.4)
10. เจ้าหน้าที่/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลควรมีความรู้ เรื่องการคัดแยกขยะติดเชื้อ	293 (98.7)	4 (1.3)

\* ข้อคำถามเชิงลบ

#### 4.2.2 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการศึกษาระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน  
โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี สามารถจำแนกระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

8 – 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ใน  
ระดับสูง

4 – 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ใน  
ระดับปานกลาง

0 – 3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ใน  
ระดับต่ำ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ  
อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.3 และมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ  
ติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐานเท่ากับ 1.01 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน

**ตาราง 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ**

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	274	92.3
ระดับความรู้ปานกลาง	23	7.7
รวม	297	100.0

$\bar{X} = 9.04$  S.D. = 1.01 Max = 10.00 Min = 5.00

#### 4.2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 297 คน โดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด มี 3 ตัวเลือก ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ได้ผลการวิเคราะห์รายข้อ ดังต่อไปนี้ (ตาราง 4.4)

ข้อ 1 “โรงพยาบาลควรมีการคัดแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะมูลฝอยปกติ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 3.4 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 0.7

ข้อ 2 “การคัดแยกขยะติดเชื้อเป็นวิธีการที่เสียเวลา” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 90.6 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 7.4 และเห็นด้วยมาก ร้อยละ 2.0

ข้อ 3 “การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้ง ณ แหล่งกำเนิดเป็นเรื่องยากลำบากในการปฏิบัติ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 87.9 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 7.1 และเห็นด้วยมาก ร้อยละ 5.1

ข้อ 4 “การทิ้งขยะติดเชื้อปะปนกับขยะทั่วไปไม่ทำให้เกิดผลเสียแต่อย่างใด” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 91.9 รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 5.1 และเห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 3.0

ข้อ 5 “การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะของโรงพยาบาลได้” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 84.5 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 12.8 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 2.7

ข้อ 6 “การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคน” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 97.0 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 2.4 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 0.7

ข้อ 7 “การปฏิบัติตามหลักการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องสามารถช่วยลดความเสี่ยง/อันตรายต่อสุขภาพและรักษาสิ่งแวดล้อมได้” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 95.6 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 3.7 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 0.7

ข้อ 8 “การคัดแยกขยะติดเชื้อต้องใช้ความระมัดระวังมากกว่าขยะประเภทอื่น” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 86.5 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 11.8 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 1.7

ข้อ 9 “ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดร่างกายหลังจากเสร็จสิ้นจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 88.6 รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 7.1 และเห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 4.4

ข้อ 10 “โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 90.6 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 8.1 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 1.3

**ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ**

N = 297 (100.0)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	ความเห็นด้วย		
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
1. โรงพยาบาลควรมีการคัดแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะมูลฝอยปกติ	285 (96.0)	10 (3.4)	2 (0.7)
2. การคัดแยกขยะติดเชื้อเป็นวิธีการที่เสียเวลา*	6 (2.0)	22 (7.4)	269 (90.6)
3. การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้ง ณ แหล่งกำเนิดเป็นเรื่องยากลำบากในการปฏิบัติ*	15 (5.1)	21 (7.1)	261 (87.9)
4. การทิ้งขยะติดเชื้อปะปนกับขยะทั่วไปไม่ทำให้เกิดผลเสียแต่อย่างใด*	15 (5.1)	9 (3.0)	273 (91.9)
5. การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะของโรงพยาบาลได้	251 (84.5)	38 (12.8)	8 (2.7)

#### ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ (ต่อ)

N = 297 (100.0)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
6. การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคน	288 (97.0)	7 (2.4)	2 (0.7)
7. การปฏิบัติตามหลักการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องสามารถช่วยลดความเสี่ยง/อันตรายต่อสุขภาพและรักษาสิ่งแวดล้อมได้	284 (95.6)	11 (3.7)	2 (0.7)
8. การคัดแยกขยะติดเชื้อต้องใช้ความระมัดระวังมากกว่าขยะประเภทอื่น	257 (86.5)	35 (11.8)	5 (1.7)
9. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดร่างกายหลังจากเสร็จสิ้นจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ*	21 (7.1)	13 (4.4)	263 (88.6)
10. โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล	269 (90.6)	24 (8.1)	4 (1.3)

\*ข้อความเชิงลบ

#### 4.2.4 ระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการศึกษาระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี สามารถจำแนกระดับความคิดเห็น ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับสูง

1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับต่ำ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่ออยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.0 และมีระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.20 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.00 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.90 คะแนน (ตาราง 4.5)

**ตาราง 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่อ**

ระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่อ	จำนวน	ร้อยละ
มีความคิดเห็นระดับสูง	285	96.0
มีความคิดเห็นระดับปานกลาง	12	4.0
รวม	297	100.0

$\bar{X} = 2.88$  S.D. = 0.20 Max = 3.00 Min = 1.90

#### 4.2.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 297 คน โดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ได้ผลการวิเคราะห์รายข้อ ดังต่อไปนี้ (ตาราง 4.6)

ข้อ 1 “ท่านทราบกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 50.8 รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 25.9 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 20.5 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 2.4 และเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 0.3

ข้อ 2 “ท่านให้ความสนใจใฝ่หาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 41.1 และเห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 17.5

ข้อ 3 “เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะปรึกษาแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 35.4 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 8.4 และเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 0.3

ข้อ 4 “ท่านสังเกตและทราบถึงความผิดปกติของร่างกายตนเอง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ เห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 38.4 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 9.4 เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 1.7 และเห็นด้วยน้อย ร้อยละ 1.3

ข้อ 5 “ท่านตรวจดูการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ เห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 39.4 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 14.5 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 3.4 และเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 1.0

ข้อ 6 “ท่านรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบ เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 27.9 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 26.6 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 2.7 และเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 0.3

ข้อ 7 “ท่านออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับตนเอง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบ เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 36.4 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 15.2 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 7.1 และเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 1.0

ข้อ 8 “ท่านหาโอกาสออกกำลังกาย เช่น เดินขึ้นบันได” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบ เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 26.6 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 24.2 และเห็นด้วยน้อย ร้อยละ 2.4

ข้อ 9 “เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 24.2 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 21.9 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 4.7 และเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 0.3

ข้อ 10 “ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 27.9 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 17.2 เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 1.3 และเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 0.7

ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่  
ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

N = 297 (100.0)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ท่านทราบกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ	77 (25.9)	151 (50.8)	61 (20.5)	7 (2.4)	1 (0.3)
2. ท่านให้ความสนใจใฝ่หาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	122 (41.1)	123 (41.4)	52 (17.5)	0	0
3. เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะปรึกษาแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	166 (55.9)	105 (35.4)	25 (8.4)	0	1 (0.3)
4. ท่านสังเกตและทราบถึงความผิดปกติของร่างกายตนเอง	146 (49.2)	114 (38.4)	28 (9.4)	4 (1.3)	5 (1.7)
5. ท่านตรวจดูการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง	124 (41.8)	117 (39.4)	43 (14.5)	10 (3.4)	3 (1.0)
6. ท่านรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์	79 (26.6)	126 (42.4)	83 (27.9)	8 (2.7)	1 (0.3)
7. ท่านออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับตนเอง	45 (15.2)	120 (40.4)	108 (36.4)	21 (7.1)	3 (1.0)
8. ท่านหาโอกาสออกกำลังกาย เช่น เดินขึ้นบันได	79 (26.6)	139 (46.8)	72 (24.2)	7 (2.4)	0
9. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ	72 (24.2)	145 (48.8)	65 (21.9)	14 (4.7)	1 (0.3)
10. ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	51 (17.2)	157 (52.9)	83 (27.9)	4 (1.3)	2 (0.7)

#### 4.2.6 ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี สามารถจำแนกระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

3.50 – 4.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

2.50 – 3.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี

1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 1.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.6 มีระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 23.9 และมีระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 17.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.80 คะแนน (ตาราง 4.7)

ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	71	23.9
ระดับดี	174	58.6
ระดับค่อนข้างดี	52	17.5
รวม	297	100.0

$$\bar{X} = 4.05 \quad S.D. = 0.53 \quad \text{Max} = 5.00 \quad \text{Min} = 2.80$$

#### 4.3 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 297 คน โดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ได้ผลการวิเคราะห์รายข้อ ดังต่อไปนี้ (ตาราง 4.8)

ข้อ 1 “ท่านสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายในระหว่างการคัดแยกขยะติดเชื้อ เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดปากปิดจมูก” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 30.6 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 3.7 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 1.7 และไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 0.7

ข้อ 2 “ท่านแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไป หลังให้การรักษาพยาบาล” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 83.8 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 13.5 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 1.7 และไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 1.0

ข้อ 3 “ท่านแยกขยะติดเชื้อประเภทของมีคมออกจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 88.2 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 10.8 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 0.3 และไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 0.7

ข้อ 4 “เมื่อมีขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลวตกบนพื้นขณะปฏิบัติงาน ท่านปล่อยให้แห้งเองตามธรรมชาติ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย คิดเป็นร้อยละ 85.9 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 4.0 ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 3.7 และปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 2.7

ข้อ 5 “ท่านสวมปลอกเข็มฉีดยา ก่อนทิ้งลงถังขยะติดเชื้อ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 68.7 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 19.2 ไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 8.1 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 2.4 และปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 1.7

ข้อ 6 “ท่านทิ้งขยะติดเชื้อประเภทของมีคมในภาชนะสำหรับบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุแล้วปิดฝาให้แน่น” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 68.7 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 23.6 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 4.7 ไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 2.4 และปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 0.7

ข้อ 7 “ท่านทิ้งขยะเชื้อลงในถุงขยะสีแดงหรือถังขยะติดเชื้อ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 89.9 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 8.4 ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 0.7 และปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 0.3

ข้อ 8 “ท่านเคยนำขยะติดเชื้อไปทิ้งในถังขยะอื่นๆ ที่ไม่ใช่ถังขยะติดเชื้อ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ไม่เคยปฏิบัติเลย คิดเป็นร้อยละ 66.3 รองลงมาคือ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 12.1 ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 8.8 ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 7.1 และปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 5.7

ข้อ 9 “ขยะติดเชื้อประเภทของมีคมต้องทิ้งในภาชนะที่มีความแข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คิดเป็นร้อยละ 89.6 รองลงมาคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 7.0 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 1.7 ไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 1.0 และปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 0.7

ข้อ 10 “ท่านใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือหยิบจับขยะติดเชื้อที่ตกหล่นหรือหยิบด้วยถุงมือยางหนา” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมา คือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 20.9 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 9.4 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 1.0 และไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 0.7

ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

N = 297 (100.0)

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ/ ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง/ ประมาณ 75%	บางครั้ง/ ประมาณ 50%	นานๆ ครั้ง/ ประมาณ 25%	ไม่เคย
1. ท่านสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายในระหว่าง การคัดแยกขยะติดเชื้อ เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดปากปิดจมูก	188 (63.3)	91 (30.6)	11 (3.7)	5 (1.7)	2 (0.7)
2. ท่านแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไปหลังให้การรักษาพยาบาล	249 (83.8)	40 (13.5)	5 (1.7)	0	3 (1.0)
3. ท่านแยกขยะติดเชื้อประเภทของมีคมออกจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น	262 (88.2)	32 (10.8)	1 (0.3)	0	2 (0.7)
4. เมื่อมีขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลวตกบนพื้นขณะปฏิบัติงาน ท่านปล่อยให้แห้งให้แห้งเองตามธรรมชาติ*	11 (3.7)	12 (4.0)	8 (2.7)	11 (3.7)	255 (85.9)
5. ท่านสวมปลอกเข็มชนิดยาก่อนทิ้งลงถังขยะติดเชื้อ	204 (68.7)	57 (19.2)	7 (2.4)	5 (1.7)	24 (8.1)
6. ท่านทิ้งขยะติดเชื้อประเภทของมีคมในภาชนะสำหรับบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุแล้วปิดฝาให้แน่น	204 (68.7)	70 (23.6)	14 (4.7)	2 (0.7)	7 (2.4)
7. ท่านทิ้งขยะติดเชื้อลงในถุงขยะสีแดงหรือถังขยะติดเชื้อ	267 (89.9)	25 (8.4)	2 (0.7)	1 (0.3)	2 (0.7)

ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ (ต่อ)

N = 297 (100.0)

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ/ ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง/ ประมาณ 75%	บางครั้ง/ ประมาณ 50%	นานๆ ครั้ง/ ประมาณ 25%	ไม่เคย
8. ท่านเคยนำขยะติดเชื้อไปทิ้งในถังขยะ อื่นๆ ที่ไม่ใช่ถังขยะติดเชื้อ*	21 (7.1)	26 (8.8)	17 (5.7)	36 (12.1)	197 (66.3)
9. ขยะติดเชื้อประเภทของมีคมต้องทิ้งใน ภาชนะที่มีความแข็งแรง ทนต่อการ แทงทะลุ	266 (89.6)	21 (7.0)	2 (0.7)	5 (1.7)	3 (1.0)
10. ท่านใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือหยิบจับ ขยะติดเชื้อที่ตกหล่นหรือหยิบด้วย ถุงมืออย่างหนา	202 (68.0)	62 (20.9)	28 (9.4)	3 (1.0)	2 (0.7)

\*ข้อคำถามเชิงลบ

### ระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการศึกษาระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน  
โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี สามารถจำแนกระดับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ  
ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก

3.50–4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี

2.50–3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับค่อนข้างดี

1.50–2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง

1.00–1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับไม่ดี

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ  
ที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมากมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.4 มีระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะ  
ติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี ร้อยละ 21.2 มีระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง  
อยู่ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 2.0 และมีระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.70 คะแนน (ตาราง 4.9)

ตาราง 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อที่ถูกต้อง

ระดับคะแนนพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อที่ถูกต้อง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	227	76.4
ระดับดี	63	21.2
ระดับค่อนข้างดี	6	2.0
ระดับปานกลาง	1	0.4
รวม	297	100.0

$\bar{X} = 4.62$  S.D. = 0.43 Max = 5.00 Min = 1.70

#### 4.4 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

##### 4.4.1 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 297 คน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติการทดสอบ t-test และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

##### 4.4.1.1 เพศ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ( $\bar{X} = 4.75$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ( $\bar{X} = 4.67$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อ ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 4.10)

**ตาราง 4.10 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามเพศ**

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
ชาย	51	4.67	0.52	-1.099	0.273
หญิง	246	4.75	0.50		

#### 4.4.1.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 11-15 ปี ( $\bar{X} = 5.00$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 16 ปีขึ้นไป ( $\bar{X} = 4.85$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี ( $\bar{X} = 4.78$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1-5 ปี ( $\bar{X} = 4.72$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี ( $\bar{X} = 4.68$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน (ตาราง 4.11)

**ตาราง 4.11 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน**

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
น้อยกว่า 1 ปี	99	4.68	0.60	1.476	0.210
1 - 5 ปี	115	4.72	0.49		
6 - 10 ปี	41	4.78	0.42		
11 - 15 ปี	9	5.00	0.00		
มากกว่า 16 ปีขึ้นไป	33	4.85	0.36		

#### 4.4.1.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ( $\bar{X} = 4.88$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท ( $\bar{X} = 4.76$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 25,001 บาทขึ้นไป ( $\bar{X} = 4.75$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 20,001 - 25,000 บาท ( $\bar{X} = 4.58$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ( $\bar{X} = 4.56$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 4.12)

ตาราง 4.12 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
น้อยกว่า 10,000 บาท	57	4.56	0.68	3.457	0.009*
10,001 – 15,000 บาท	66	4.88	0.37		
15,001 – 20,000 บาท	42	4.76	0.43		
20,001 – 25,000 บาท	12	4.58	0.67		
มากกว่า 25,001 บาทขึ้นไป	120	4.75	0.45		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4.4.1.4 ตำแหน่งงาน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ( $\bar{X} = 4.88$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ( $\bar{X} = 4.77$ ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ห้องรังสี ( $\bar{X} = 4.75$ ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ ( $\bar{X} = 4.73$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ช่วยพยาบาล ( $\bar{X} = 4.71$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน (ตาราง 4.13)

**ตาราง 4.13** การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามตำแหน่งงาน

ตำแหน่งงาน	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
แพทย์	100	4.73	0.47	0.297	0.880
พยาบาลวิชาชีพ	62	4.77	0.46		
ผู้ช่วยพยาบาล	119	4.71	0.57		
เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค	5	4.88	0.35		
เจ้าหน้าที่ห้องรังสีวิทยา	8	4.75	0.46		

#### 4.4.1.5 แผนกที่ปฏิบัติงาน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกห้องชันสูตรโรค ( $\bar{X} = 4.88$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน ( $\bar{X} = 4.81$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกรังสีวิทยา ( $\bar{X} = 4.78$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกองค์กรแพทย์ ( $\bar{X} = 4.73$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยหนัก ( $\bar{X} = 4.69$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก ( $\bar{X} = 4.68$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกห้องฉุกเฉิน ( $\bar{X} = 4.64$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกห้องผ่าตัด ( $\bar{X} = 4.58$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานแผนกแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 4.14)

**ตาราง 4.14** การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน

แผนกที่ปฏิบัติงาน	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
ผู้ป่วยนอก	57	4.68	0.66	0.705	0.668
ผู้ป่วยใน	81	4.81	0.42		
ผู้ป่วยหนัก	13	4.69	0.48		
ห้องผ่าตัด	12	4.58	0.51		
ห้องฉุกเฉิน	17	4.65	0.61		
ห้องชันสูตรโรค	8	4.88	0.35		
รังสีวิทยา	9	4.78	0.44		
องค์กรแพทย์	100	4.73	0.47		

#### 4.4.2 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 297 คน จำแนกตามปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

##### 4.4.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.79$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 4.13$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 4.15)

ตาราง 4.15 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ความรู้เกี่ยวกับ การคัดแยกขยะติดเชื้อ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
ระดับความรู้สูง	274	4.79	0.44	40.844	0.000*
ระดับความรู้ปานกลาง	23	4.13	0.81		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

##### 4.4.2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.79$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.75$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 4.16)

ตาราง 4.16 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
มีความคิดเห็นระดับสูง	285	4.79	0.44	56.795	0.000*
มีความคิดเห็นระดับปานกลาง	12	3.75	0.87		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4.4.2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.93$ ) มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 4.74$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ( $\bar{X} = 4.46$ )

เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 4.17)

ตาราง 4.17 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
ระดับดีมาก	71	4.93	0.26	14.036	0.000*
ระดับดี	174	4.74	0.48		
ระดับค่อนข้างดี	52	4.46	0.70		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุป ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี คือ ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

#### 4.5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

จากการรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด ผู้วิจัยสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

##### 4.5.1 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อ

- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทิ้งขยะติดเชื้อเกินปริมาณ 2 ใน 3 ส่วนของถังขยะติดเชื้อ
- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทิ้งขยะติดเชื้อรวมกับขยะทั่วไป
- วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อจากขยะติดเชื้อมีปริมาณไม่เพียงพอ
- การแยกประเภทถังขยะติดเชื้อยังไม่มี ความชัดเจน ทำให้เกิดการทิ้งขยะไม่ถูกประเภท
- ปริมาณถังขยะติดเชื้อมีไม่เพียงพอกับปริมาณขยะติดเชื้อ

##### 4.5.2 ข้อเสนอแนะในการจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อ

- จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลในเรื่องการคัดแยกขยะติดเชื้อให้ถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และย้ำเตือนความทรงจำให้แก่ผู้ปฏิบัติงานให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อให้ถูกประเภท
- ปลุกฝังจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตระหนักถึงโทษหรืออันตรายที่เกิดจากการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างไม่ถูกต้อง รวมถึงอันตรายต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อม
- เผยแพร่ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการคัดแยกขยะติดเชื้อ
- ควรจัดให้มีอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการเก็บขยะและคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างเพียงพอ

- รมรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อ
- ควรติดตั้งหรือวางถังขยะติดเชื้อคู่กันกับถังขยะทั่วไป
- ถังขยะติดเชื้อประเภทเข็มฉีดยาควรจัดให้มีที่แขวนหรือยึดติดกับผนัง เพื่อป้องกันการตกหล่นและความสะดวกรวดในการทิ้ง
- ควรสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทำการคัดแยกขยะติดเชื้อหลังจากการใช้งานทันที

#### 4.6 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

##### 4.6.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 14 คน ประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ดังนี้ ฝ่ายคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล แผนกควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก 1 ผู้ป่วยนอก 2 แผนกฉุกเฉิน แผนกหอผู้ป่วยหนัก แผนกห้องผ่าตัด แผนกหอผู้ป่วยใน 5 หอผู้ป่วยใน 6 หอผู้ป่วยใน 7 หอผู้ป่วยใน 8 แผนกชันสูตรโรค และแผนกรังสีวิทยา ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้ (ตาราง 4.18)

เพศ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.7 และเป็นเพศชายร้อยละ 14.3

อายุ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30-35 ปี ร้อยละ 28.6 อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.4 และอายุระหว่าง 40-45 ปี และ 46-50 ปี ร้อยละ 7.1

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 12 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมาคือ ระหว่าง 1-3 ปี และ 4-6 ปี ร้อยละ 21.4 และ 7-9 ปี ร้อยละ 7.1

ตาราง 4.18 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 14)	ร้อยละ (100.0)
1. เพศ		
ชาย	2	14.3
หญิง	12	85.7
2. อายุ		
30 – 35 ปี	3	21.4
36 – 40 ปี	6	42.9
41 – 45 ปี	1	7.1
46 – 50 ปี	1	7.1
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	3	21.4
3. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
1 – 3 ปี	3	21.4
4 – 6 ปี	3	21.4
7 – 9 ปี	1	7.1
10 – 12 ปี	2	14.3
มากกว่า 12 ปีขึ้นไป	5	35.7

#### 4.6.2 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 14 คน ผู้วิจัยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

##### 4.6.2.1 นโยบายในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันสอดคล้องกัน กล่าวคือ โรงพยาบาลได้มีการจัดตั้งแผนกควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการกำหนดแนวทางหรือนโยบายในการป้องกันการติดเชื้อ เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การแพร่กระจายของเชื้อโรคและการคัดแยกขยะติดเชื้อให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ดูแลการแยกจัดเก็บ ขนย้ายและจัดการมูลฝอยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลให้ถูกสุขลักษณะ รวมถึงควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติงานในการคัดแยกและทิ้งขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล โดยได้กำหนดประเภท

ของขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ขยะมูลฝอยทั่วไป ขยะมูลฝอยรีไซเคิล ขยะมูลฝอยมีพิษและขยะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งขยะแต่ละประเภทจะมีข้อกำหนดและขั้นตอนในการคัดแยกขยะแต่ละชนิดอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ในการจัดอบรม ฝึกอบรมและให้ความรู้ด้านการคัดแยกขยะให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคนอีกด้วย กำหนดให้มีตัวแทนผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับควบคุมการติดเชื้อแผนกละ 1 คน โดยตัวแทนหน่วยงานหรือแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลจะนำเอานโยบายหรือมาตรการต่างๆ เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกกำหนดโดยฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ไปถ่ายทอดและนำข้อมูลไปเผยแพร่ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแผนกให้ยึดถือปฏิบัติตาม เพื่อให้เกิดการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องและถูกประเภทของขยะแต่ละชนิด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญและปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับการคัดแยกขยะจากแผนกควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

“รับนโยบายจากฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลและผู้บริหารมาถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่ที่ทีมงาน”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 2, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“คัดแยกขยะตามนโยบายของฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลกำหนด ซึ่งจะเป็นผู้กำหนดเกี่ยวกับประเภทขยะ และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั้งหมด”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 3, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“ดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาล แยกขยะแต่ละประเภท ได้แก่ ขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะรีไซเคิล ขยะมีพิษ มีนโยบายหรือแนวทางที่ชัดเจน”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 7, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

#### 4.6.2.2 มาตรการในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ แต่ละแผนกในโรงพยาบาลจะมีการติดตาม ตรวจสอบ รวมถึงการสุ่มตรวจการทิ้งขยะให้ถูกประเภทในทุกเช้าหรือสัปดาห์ละครั้ง โดยจัดเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบการคัดแยกขยะหรือแม่บ้านพนักงานทำความสะอาดตรวจสอบการทิ้งขยะของเจ้าหน้าที่ในแผนก มีบางแผนกที่มีมาตรการในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อใน

โรงพยาบาลแตกต่างจากแผนกอื่น กล่าวคือ จัดให้มีการประชุมในแผนกเป็นรายเดือน เพื่อร่วมกันหาสาเหตุจากปัญหาที่เกิดจากการทิ้งขยะผิดประเภทและแนวทางแก้ไข รวมถึงทบทวนมาตรการและแนวทางในการปฏิบัติงานการคัดแยกขยะให้ถูกประเภทก่อนทิ้งลงถังขยะตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล โดยสรุป แต่ละแผนกจะมีมาตรการในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันออกไปเล็กน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะงานและการบริหารจัดการของหัวหน้าแผนก แต่ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการติดตาม ตรวจสอบ และการสุ่มตรวจการทิ้งขยะมูลฝอยของเจ้าหน้าที่ในแผนก เพื่อเป็นการป้องกันและลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคตั้งแต่ต้นกำเนิด

“ตรวจสอบการแยกขยะติดเชื้อ การทิ้งให้ถูกประเภท อาทิตย์ละครั้ง และสรุปผลเป็นรายเดือน เพื่อหาข้อสรุปและแนวทางแก้ไข มีประชุมภายในแผนก เน้นการทำความสะอาด และความสะอาดจากขยะติดเชื้อ และย้ำให้ทุกคนทิ้งขยะให้ถูกประเภท”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 1, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“ตั้งหน่วยควบคุมการติดเชื้อในแผนก รับนโยบายมาตรวจสอบการคัดแยกขยะหัวหน้าแผนกติดตาม สุ่มตรวจการทิ้งขยะเป็นระยะๆ ถ้าพบการทิ้งผิด จะสอบถาม วิเคราะห์ปัญหาและแนะนำให้ความรู้เพิ่มเติม”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 7, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“ฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลตรวจสอบการทิ้งในแผนก มีการประชุมการคัดแยกขยะในแผนกทุกเดือน หัวหน้าแผนกกำกับติดตามการทิ้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 11, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

#### 4.6.2.3 การสร้างระเบียบวินัยให้แก่เจ้าหน้าที่ในการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างระเบียบวินัยให้แก่เจ้าหน้าที่ในการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ แต่ละแผนกในโรงพยาบาลยังไม่มีกรสร้างกฎหรือข้อระเบียบวินัยเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะใช้การเฝ้าระวัง การสังเกตการณ์ และตรวจสอบการปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการสุ่มตรวจการทิ้งขยะของเจ้าหน้าที่ในแผนกด้วยหัวหน้าแผนก เจ้าหน้าที่ในแผนกหรือแม่บ้านพนักงานทำความสะอาด

สะอาด เมื่อพบว่าเกิดการทิ้งขยะไม่ถูกประเภทก็จะมีการตรวจสอบ และติดตามดูการทิ้งขยะมูลฝอย รวมถึงให้คำแนะนำ ว่ากล่าวตักเตือนและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยหัวหน้าแผนก และยังให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้วยกันช่วยสอดส่องดูแลตรวจสอบการทิ้งขยะภายในแผนกให้ถูกประเภท ถ้าเกิดอุบัติเหตุเจ้าหน้าที่ก็สามารถตักเตือนและบอกกล่าวระหว่างกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ายังไม่พบการทิ้งขยะผิดประเภท ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนจะได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะก่อนปฏิบัติงาน ยกเว้นขยะประเภทใหม่ๆ หรือวัสดุใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล และขยะประเภทใช้แล้วทิ้ง (single use) เจ้าหน้าที่อาจยังมีการสับสนทำให้เกิดการทิ้งขยะผิดประเภทอยู่บ้าง นอกจากนี้มีบางแผนกที่มีการสร้างระเบียบวินัยในการคัดแยกขยะติดเชื่อแตกต่างจากแผนกอื่น กล่าวคือ สร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่เกิดจิตสำนึกและให้ความสำคัญต่อการคัดแยกขยะติดเชื่อ

“ยังไม่มีระเบียบแน่นอน แต่ใช้การประชุมทุกเช้า ประเมินปัญหาที่พบจากการทิ้งขยะ เน้นให้ทุกคนปฏิบัติให้ถูกต้อง ที่ผ่านมามีการพบว่ามีกรทิ้งขยะผิดประเภท นอกจากขยะประเภทใหม่ๆ หรือวัสดุใหม่ๆ ที่นำมาใช้อาจมีทิ้งผิดอยู่บ้าง”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 1, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“ข้อตกลงภายในแผนก โดยใช้การว่ากล่าวตักเตือน โดยหัวหน้าผู้ควบคุมการติดเชื่อในแผนก”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 7, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“ใช้การสุ่มตรวจการทำงาน ว่ากล่าวตักเตือนระหว่างเจ้าหน้าที่ มีการปรับเงิน เมื่อทิ้งขยะผิด”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 10, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

#### 4.6.2.4 แผนการอบรมการคัดแยกขยะติดเชื่อให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และสื่อให้ความรู้การคัดแยกขยะติดเชื่อ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการอบรมและสื่อให้ความรู้การคัดแยกขยะติดเชื่อให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ฝ่ายควบคุมการติดเชื่อของโรงพยาบาลเป็นผู้จัดทำแผนหรือกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื่อให้กับเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปี ทั้งในเรื่องความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ

การคัดแยกขยะ การเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติภัยฉุกเฉิน และการกันพื้นที่สูงเสี่ยง หัวหน้าแผนกจะเป็นผู้จัดตั้งเจ้าหน้าที่ในแผนกเข้าร่วมอบรมทั้งบุคลากรเก่าและใหม่ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังจัดให้มีการปฐมนิเทศและอบรมให้ความรู้ในการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับบุคลากรใหม่ทุกคนก่อนเริ่มปฏิบัติงาน รวมทั้งยังมีการจัดกิจกรรมอบรมและจัดฐานกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและการคัดแยกขยะประจำสัปดาห์ เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ส่วนเรื่องสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ข้อมูลคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ในแผนกจะมีการติดสัญลักษณ์หรือป้ายกำกับบนถังขยะหรืออุปกรณ์รองรับขยะแต่ละชนิดไว้อย่างชัดเจนและทุกจุดที่รองรับขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลมีเพียงบางแผนกที่มีสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างไปจากแผนกอื่น กล่าวคือใช้บอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะประเภทต่างๆ มีการสร้างไลน์กลุ่มของแผนกเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับประเภทของขยะและการคัดแยกขยะให้กับเจ้าหน้าที่ในแผนกได้ทบทวนความรู้และติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย

“แผนกอบรมพนักงานประจำปี ในเรื่องความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ การคัดแยกขยะ การเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติภัยฉุกเฉิน การกันพื้นที่สูงเสี่ยง มีสื่อติดบอร์ด ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน มีสัญลักษณ์ติดถังขยะแยกประเภทขยะ ขยะรีไซเคิล ขยะติดเชื้อ ขยะทั่วไป ของมีคม เข็มฉีดยา”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 1, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“IC nurse และคณะกรรมการควบคุมและป้องกัน โรคติดเชื้อจะพัฒนาหัวข้ออบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในแต่ละปี รวมถึงการปฐมนิเทศให้ความรู้ในการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับบุคลากรใหม่ทุกคน มีการจัดกิจกรรม patient safety week ให้การอบรมและจัดฐานการเรียนรู้ โดยมีหัวข้อด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 4, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

“ฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลมีแผนอบรมรื้อยเปอร์เซ็นต์ แผนกจะจัดตั้งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรม มีการทำโปสเตอร์ติดประกาศ สร้างไลน์กลุ่มให้ความรู้เรื่องคัดแยกขยะ ฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลจะเดินตรวจสอบ มีสัญลักษณ์/ป้ายกำกับบนถังขยะแต่ละชนิด”

(ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 10, สัมภาษณ์ 4 พฤศจิกายน 2561)

โดยสรุป ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในประเด็นที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

1) การปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อจากแผนกควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ได้กำหนดข้อปฏิบัติไว้ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือและปฏิบัติเพื่อให้เกิดความถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด

2) โรงพยาบาลมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นประจำทุกปี และมีการปฐมนิเทศให้กับพนักงานใหม่ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการจัดฐานกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง

3) มีเจ้าหน้าที่ติดตาม ตรวจสอบ และเฝ้าระวังเกี่ยวกับการทิ้งขยะของเจ้าหน้าที่ให้ถูกประเภท โดยการจัดเจ้าหน้าที่เดินตรวจและสุ่มตรวจอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หากพบอุบัติการณ์ก็สามารถว่ากล่าว ตักเตือนระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเองได้ และหัวหน้าแผนกสามารถให้คำแนะนำหรือให้ความรู้เพิ่มเติมกับเจ้าหน้าที่เป็นรายบุคคลได้

4) ภาชนะหรืออุปกรณ์รองรับขยะติดเชื้อและขยะประเภทอื่นๆ ในโรงพยาบาลมีการติดสัญลักษณ์หรือป้ายกำกับไว้อย่างชัดเจน เพื่ออำนวยความสะดวกในการคัดแยกขยะของเจ้าหน้าที่ ส่วนประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ข้อมูลแตกต่างกัน มีดังนี้

1) การประชุมภายในแผนกเพื่อสำรวจ ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการทิ้งขยะและคัดแยกขยะ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะงาน ความเหมาะสม การบริหารจัดการของแต่ละแผนก และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายในแผนก

2) ความเหมาะสมของภาชนะรองรับขยะติดเชื้อและสถานที่เก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในแต่ละแผนก

3) ความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการคัดแยกขยะติดเชื้อ ขึ้นอยู่กับความรู้ จิตสำนึก และความคิดเห็นของแต่ละบุคคล

4) บอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ ซึ่งบางแผนกก็จะใช้บอร์ดในการสื่อสารให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ภายในแผนก ซึ่งขึ้นอยู่กับหัวหน้าแผนกที่อาจจะใช้วิธีการสื่อสารแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแต่ละแผนกในการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

5) การสร้างไลน์กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับขยะและการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ในแผนก ขึ้นอยู่กับความถนัด ความสนใจของบุคคล และการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

### 4.6.3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล

#### 4.6.3.1 ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่า โรงพยาบาลมีปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ ดังนี้

- เจ้าหน้าที่เกิดความหลงลืมและเกิดความสับสนในการคัดแยกขยะทั่วไปกับขยะติดเชื้อ เช่น เจ้าหน้าที่นำหน้ากากอนามัยหรือหมวกคลุมผมที่สวมใส่ขณะปฏิบัติงานทิ้งลงในถังขยะทั่วไป
- เจ้าหน้าที่บางคนมีความตระหนักถึงความสำคัญไม่เพียงพอ ทำให้ไม่เห็นถึงอันตรายของขยะติดเชื้อที่จะปนเปื้อนและแพร่กระจายจากการทิ้งขยะติดเชื้อไม่ถูกประเภท ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อม
- แม่บ้านบางคนเก็บรวบรวมขยะทุกประเภทรวมกัน ทั้งขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ
- แม่บ้านบางคนไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น ไม่สวมถุงมือผ้าปิดปากปิดจมูก
- การปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบทำให้เจ้าหน้าที่ทิ้งขยะผิดประเภท เช่น ทิ้งขยะทั่วไปลงในถังขยะติดเชื้อ
- ถังขยะติดเชื้อในบางแผนกหรือบางจุดมีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อ

#### 4.6.3.2 ข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ มีดังนี้

- ควรสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนเห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ได้แก่ ขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะมีพิษ และขยะรีไซเคิล
- ควรสร้างความตระหนักเพิ่มให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากการทิ้งขยะผิดประเภทอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองและผู้อื่นจากการปนเปื้อนของขยะติดเชื้อสู่สิ่งแวดล้อม
- ควรจัดอบรมทบทวนให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- ควรจัดให้มีจำนวนถังขยะติดเชื้อให้เพียงพอต่อปริมาณขยะ
- ควรมีการพัฒนาระบบหรือวิธีการกำกับ ติดตาม การเดินตรวจหรือสำรวจการคัดแยกขยะในหน่วยงานหรือแผนกต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ และทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

#### 5.1 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 76.4 แสดงให้เห็นถึงการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีแผนหรือนโยบายควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกแผนกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งยังมีการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลการทิ้งขยะให้ถูกประเภท สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับนโยบายในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล ซึ่งหน่วยงานหรือแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลได้นำนโยบายการคัดแยกขยะติดเชื้อจากฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลไปถ่ายทอดหรือสร้างความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแผนกให้ยึดถือปฏิบัติ และเป็นแนวทางในการคัดแยกขยะให้ถูกประเภทได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กุหลาบ แผ่นทอง (2543) ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพะเยา พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.40 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่มีความรู้และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ จึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีระดับ

พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง และจากแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (GREEN&CLEAN Hospital) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอันตรายในโรงพยาบาล โดยการส่งเสริมให้บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการบริหารจัดการขยะ ตั้งแต่การคัดแยกที่แหล่งกำเนิด การรวบรวมขนย้ายไปรอกำจัดที่เรือนพักมูลฝอยติดเชื้อ รวมไปถึงการมีระบบรวบรวมขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องได้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงหรืออันตรายของมูลฝอยติดเชื้อ และผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการปนเปื้อนหรือแพร่กระจายของเชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไปสู่ชุมชน (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2559) ซึ่งโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรีที่ทำการศึกษานี้ได้มีแผนควบคุมการติดเชื้อมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายของเชื้อโรค รวมไปถึงการคัดแยกขยะติดเชื้อให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อที่ต้องอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ จอมจันทร์ นทีวัฒนา (2555) ทำการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐ พบว่า กลุ่มงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อติดเชื้อในโรงพยาบาลมีบทบาทในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ การบริการและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับขยะมูลฝอยติดเชื้อ

## 5.2 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยกระตุ้น

**สมมติฐานข้อที่ 1** เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน

**5.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน

เพศ กับพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ คณิศร เทียนทอง (2552) ทำการศึกษาพฤติกรรม

จัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมา พวงขุนทด (2554) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อของพนักงานโรงพยาบาลศิริราช พบว่า เพศไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้ออย่างชัดเจน รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรมความรู้ด้านการคัดแยกขยะ ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

**ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน** กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคนจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อจากแผนกควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลก่อนปฏิบัติงาน ตั้งแต่กระบวนการคัดแยกขยะติดเชื้อ การรวบรวม การขนย้าย และการกำจัด นอกจากนี้ยังมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยจะเน้นให้ความสำคัญในกระบวนการคัดแยกขยะติดเชื้อ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ใหม่ที่เพิ่งเข้ามาปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่เก่าซึ่งปฏิบัติงานอยู่ก่อนแล้วก็จะได้รับความรู้และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้ออยู่ตลอดเวลา จึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกณิศร เทียนทอง (2552) พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐมที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งได้มาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อเช่นเดียวกัน

**รายได้เฉลี่ยต่อเดือน** กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) พบว่า บุคลากรและเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกนรินทร์ กลิ่นหอม (2553) ทำการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัด

เชิงรายน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาและรายได้ที่แตกต่างกันมีทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ที่มีรายได้ต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มของผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการคัดแยกขยะติดเชื้อเป็นประจำ ในการปฏิบัติเป็นประจำเกิดการเรียนรู้ ทำให้มีคะแนนพฤติกรรมที่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นควรมีการอบรมและการฝึกปฏิบัติในการคัดแยกขยะติดเชื้อเป็นประจำ เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานเกิดความชำนาญ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

**ตำแหน่งงานกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ คณิศร เทียนทอง (2552) พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐมที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกัน คือ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานทำความสะอาดมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในโรงพยาบาลมีหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อ มีหน้าที่ในการกำหนดแนวทางในการคัดแยกขยะติดเชื้อให้เป็นไปอย่างถูกต้องในทิศทางเดียวกันและมีมาตรฐาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนต้องยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่เป็นไปในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน

**แผนกที่ปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในแผนกแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และผลการศึกษามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) พบว่า บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาครที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงมีการควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดแยกและทิ้งขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและเป็นมาตรฐาน ซึ่งแต่ละแผนกในโรงพยาบาลน่านโยบายการคัดแยกขยะติดเชื้อที่โรงพยาบาลกำหนดไปปฏิบัติ โดยการสร้างความรู้ ทบทวนความรู้ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ในแผนก อีกทั้งยังมีการตรวจสอบการคัดแยกขยะติดเชื้อในแผนกด้วย จึงส่งผลให้แต่ละแผนกในโรงพยาบาลมีวิธีการปฏิบัติและพฤติกรรมในการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ไม่แตกต่างกัน

**สมมติฐานข้อที่ 2** เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีปัจจัยกระตุ้นแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน

**5.2.2 ปัจจัยกระตุ้น** ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

**ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.3 และจากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชือกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) และคณิศร เทียนทอง (2552) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จอมจันทร์ นทีวัฒนา (2555) พบว่า เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลของรัฐมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ ร้อยละ 89.4 ทั้งนี้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการขยะติดเชื้อ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กุหลาบ แผ่นทอง (2543) พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพะเยาส່วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในระดับสูง ร้อยละ 56.3 และเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อต่างกัน มีพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อจากการฝึกอบรม และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับขยะติดเชื้อและการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้ออยู่เป็นประจำ ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดการรับรู้และการเรียนรู้จนเกิดเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อได้ (ปัทมา พวงขุนทด, 2554) นอกจากนี้ประสพการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อทำให้เจ้าหน้าที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในระดับสูงได้เช่นกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมา พวงขุนทด (2554) พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลศิริราชมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในระดับสูง และความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อและการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ ซึ่งความรู้ของแต่ละบุคคลเกิดจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ประสพการณ์ที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด การปฏิบัติ และการรับรู้ รวมทั้งการจดจำของบุคคล เป็นความสามารถในการระลึกข้อมูลหรือสิ่งต่างๆ สามารถจำแนกประเภท จัดหมวดหมู่ของสิ่งของหรือเหตุการณ์ได้ โดยอาศัยข้อเท็จจริงหรือหลักการเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจหรือวินิจฉัยสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ตามแนวปฏิบัติหรือเทคนิควิธีการจากการที่บุคคลได้เคยรับรู้มา ซึ่งกระบวนการสร้างความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีของ Bloom ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ประกอบด้วยการจดจำ เป็นความสามารถในการระลึกได้ ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการแปลความหมายหรือตีความ

การประยุกต์ใช้ เป็นความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ แก้ไขปัญหาต่างๆ การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการอธิบาย เปรียบเทียบสิ่งต่างๆ การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตรวจสอบ การตัดสินใจ และความคิดสร้างสรรค์ เป็นความสามารถในการวางแผนหรือออกแบบแนวคิดและวิธีการใหม่ (Bloom, et al., 1971) ดังนั้นโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ ควรจัดอบรมความรู้บ่อยครั้งมากขึ้น เน้นความรู้เกี่ยวกับประเภทขยะติดเชื้อ โดยเฉพาะวัสดุ เวชภัณฑ์ใหม่ ที่นำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการตรวจสอบพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดแนวทางการตรวจสอบอย่างชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมในการคัดแยกขยะติดเชื้อ ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.0 และจากการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อมีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันมีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิปกา ชัยสุนทร (2556) ทำการศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อสำหรับสถานพยาบาลประเภทสถานพยาบาลรับค้ำคืนในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี กรณีศึกษา: โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่มีอิทธิพลต่อการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูงและความตระหนักของเจ้าหน้าที่รวมถึงความรับผิดชอบในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีอิทธิพลต่อการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาครมีทัศนคติในการจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกัน มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี จะมีการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ คณิศร เทียนทอง (2552) พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐมมีทัศนคติในการจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกัน มีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน กลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจะมีพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องมากกว่า ซึ่งความคิดเห็นนั้นเป็นการแสดงออกของบุคคลตามความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วตีความหรือแปลความหมายโดยอาศัยความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความคิดเห็นนี้สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา (ธารินี แก้วจันทร์, 2556) และเนื่องจากการแสดงออกทางความคิดเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคล บุคคลจึงแสดงออกมาทางพฤติกรรม ทั้งทางการพูด การเขียนและการประพฤติปฏิบัติ

ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความคิดเห็นและเจตคติของบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ การศึกษา ซึ่งการศึกษามีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางด้านความคิดและการศึกษาจะทำให้บุคคลมีความรู้ในเรื่องต่างๆ มากขึ้น และคนที่มีความรู้มากมักจะมีความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุมีผล ปัจจัยด้านครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวส่งผลต่อความคิด การตอบสนอง การเลียนแบบของบุคคลและสิ่งสมเป็นประสบการณ์ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นและเจตคติของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะสื่อสารสนเทศต่างๆ บุคคลจะมีความคิดเห็นและมีความรู้สึกต่างๆ ไปตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา อันได้แก่ ความรู้สึก ความเชื่อ ประสบการณ์ ก็มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลเช่นกัน (ราช สิริวัฒน์, 2560) เมื่อบุคคลมีความรู้และประเมินค่าหรือประเมินผลสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยใช้อารมณ์และความรู้สึก บุคคลก็จะมีความคิดเห็นถึงคุณประโยชน์หรือโทษของสิ่งนั้น อันนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมหรือการกระทำทั้งในทางบวกและทางลบ (อนุชิต ดงกาง, 2557) ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการประชาสัมพันธ์หรือการกำหนดการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน ได้แก่ สร้างไลน์กลุ่ม IC บอร์ดแต่ละแผนก รวมทั้งให้ทราบถึงผลกระทบต่อการปนเปื้อนของขยะติดเชื้อต่อสุขภาพตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อม รวมถึงบทลงโทษต่างๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความตระหนักมากขึ้น เกิดจิตสำนึกและความรับผิดชอบต่อสังคม (เกียรติกุล ฉวิล, 2558)

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ**จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.6 และจากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการวิจัยของ ยุทธนา คำนิล (2551) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย คุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุขในชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนของรัฐ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของงานที่ทำที่ต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการบริการด้านสาธารณสุข ส่งผลให้เจ้าหน้าที่เกิดความตระหนักรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองและสามารถประเมินสุขภาพของตนเองได้ และจากการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิต ผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายสูง จะเป็นผู้ที่มีความสุขในชีวิตเท่ากับคนปกติหรือมากกว่าคนปกติและสอดคล้องกับงานวิจัยของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาครมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมจัดการขยะ

คิดเชื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองดี จึงมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ดี เนื่องจากสามารถรับรู้และประเมินผลกระทบหรือผลเสียที่เกิดจากการปนเปื้อนและแพร่กระจายของเชื้อโรคจากขยะติดเชื้อได้ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองนั้น เป็นการประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเอง มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีอันจะนำไปสู่ความสุขในชีวิต จากแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคลเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโรค และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะเกิดการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการรักษาโรคแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อส่วนบุคคลต่อโรคและการรักษา ประสบการณ์จากการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษา และสภาวะการเจ็บป่วย หากเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะเกิดการรับรู้ต่อการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสมจะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเป็นการรับรู้และเชื่อมั่นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา คุณภาพของยา ตลอดจนความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองและเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดสภาวะการเจ็บป่วย การรับรู้ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคของตนเองเมื่อต้องปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งก็คือความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าด้านสุขภาพ แต่ละบุคคลก็จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพแตกต่างกันไป ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคนในการดำรงชีวิตให้เป็นอย่างดีมีความสุข ผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีจะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่รับรู้ว่าคุณภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองดีย่อมส่งผลให้มีความสุขและดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2553)

### 5.3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ได้ข้อมูลดังนี้

### ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

#### 1) เจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในการคัดแยกขยะติดเชื้อกับขยะทั่วไป

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลยังมีการทิ้งขยะทั่วไปปะปนกับขยะติดเชื้ออยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากความหลงลืมหรือความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้มีวัสดุ เวชภัณฑ์ใหม่ๆ ที่นำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการคัดแยกประเภทของขยะ และทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดแยกขยะ ดังนั้นจะเห็นได้จากข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ข้อที่ 2 (ขยะติดเชื้อ ได้แก่ เนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนอวัยวะ สารคัดหลั่งและสิ่งขับถ่ายเท่านั้น) พบว่า เจ้าหน้าที่ตอบคำถามเกี่ยวกับคำนิยามหรือความหมายของขยะติดเชื้อผิด คิดเป็นร้อยละ 46.1

#### ข้อเสนอแนะ

ควรจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อและการคัดแยกขยะติดเชื้อ เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ตั้งแต่กำหนดคำนิยามและประเภทของขยะติดเชื้อ โดยเน้นวัสดุ เวชภัณฑ์ใหม่ๆ ที่นำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล รวมถึงการจัดการกับขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนได้รับทราบนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ควรเพิ่มการสื่อสารการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับขยะติดเชื้อไปยังช่องทางต่างๆ ให้กว้างและหลากหลายมากขึ้น เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ เอกสาร สร้างไลน์กลุ่ม IC แผ่นป้าย เป็นต้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกขยะติดเชื้อสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว

#### 2) เจ้าหน้าที่บางคนมีความตระหนักและจิตสำนึกในการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลยังบางคนให้ความสำคัญกับการคัดแยกขยะติดเชื้อน้อย เนื่องจากเจ้าหน้าที่บางคนไม่เห็นถึงอันตรายขยะติดเชื้อปนเปื้อน และแพร่กระจายจากการทิ้งขยะติดเชื้อไม่ถูกประเภท ส่งผลกระทบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจะเห็นได้จากข้อคำถามพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อ ข้อที่ 8 (ท่านเคยนำขยะติดเชื้อไปทิ้งในถังขยะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ถังขยะติดเชื้อ) พบว่า เจ้าหน้าที่นำขยะติดเชื้อไปทิ้งในถังขยะอื่นๆ ที่ไม่ใช่ถังขยะติดเชื้อ โดยปฏิบัติเกือบทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.8 และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 7.1

นอกจากนี้ยังพบว่า แม่บ้านพนักงานทำความสะอาดเก็บรวบรวมขยะทุกประเภทรวมกัน ทั้งขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อและบางคนไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน

### ข้อเสนอแนะ

ควรจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อตั้งแต่ต้นกำเนิด และมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการคัดแยกขยะติดเชื้อ และเพิ่มการปลูกฝังสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตระหนักถึงโทษหรืออันตรายที่เกิดจากการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างไม่ถูกต้อง รวมถึงอันตรายหรือผลกระทบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้โรงพยาบาลควรเผยแพร่ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดจากขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบ ได้ช่วยกันลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากขยะติดเชื้อได้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึก

### 3) อุปกรณ์รองรับขยะติดเชื้อมีจำนวน ไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อ

จำนวนถังขยะติดเชื้อมีไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นและถังขยะติดเชื้อมีขนาดและลักษณะไม่เหมาะสมในบางแผนก เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและในปัจจุบันโรงพยาบาลได้นำวัสดุ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ประเภทใช้แล้วทิ้งเข้ามาใช้ในกระบวนการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ขยะติดเชื้อมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ควรจัดให้มีจำนวนถังขยะติดเชื้อให้เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อ และจัดถังขยะติดเชื้อที่มีขนาด ลักษณะที่มีความเหมาะสมต่อลักษณะการใช้งานและประเภทของขยะติดเชื้อในแต่ละแผนกควรมีการวางแผนร่วมกันกับแผนกแม่บ้านช่วงที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ให้กำหนดช่วงเวลาการเก็บขยะบ่อยขึ้น หรือกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่ แต่ละหน่วยงานในการแจ้งกลับไปยังแผนกแม่บ้าน เมื่อพบว่าปริมาณขยะมากขึ้น ควรมีการติดป้ายชื่อและสัญลักษณ์บ่งบอกขยะแต่ละประเภทให้ชัดเจน

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรีมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อและมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อและการรับรู้สุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ซึ่งโรงพยาบาลมีนโยบายและมาตรการในการบริหารจัดการและคัดแยกขยะติดเชื้อได้อย่างมีมาตรฐาน มีหน่วยงานที่คอยควบคุมดูแล ตรวจสอบติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้มารับบริการ ทั้งนี้ยังมีการอบรมให้ความรู้

เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลและพนักงานใหม่ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดอบรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะวัสดุ เวชภัณฑ์ใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ไม่หลงลืมและป้องกันไม่ให้เกิดความสับสนในการคัดแยกขยะติดเชื้อ และควรเสริมสร้างความตระหนักและปลูกฝังจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนเล็งเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากการทิ้งขยะติดเชื้อประเภทอย่างเป็นรูปธรรม



## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ และศึกษาปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยรวมกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบสำมะโน (census) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งหมด 297 คน ด้วยแบบสอบถาม และการวิจัยเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) เป็นเครื่องมือการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารหรือหัวหน้าในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปร 2 กลุ่ม (t-test) และสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 6.1 สรุปผลการวิจัย

##### 6.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.8 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40.1 และปฏิบัติงานที่องค์กรแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 33.7

### 6.1.2 ปัจจัยกระตุ้น

ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา มีด ฯลฯ ต้องแยกทิ้งเฉพาะต่างหากจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น โดยตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 99.0 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลควรมีความรู้เรื่องการคัดแยกขยะติดเชื้อ โดยตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 98.7 และมีความรู้เกี่ยวกับผ้าก๊อช สำลี ผ้าพันแผล ถุงมือที่ใช้แล้ว ถือว่าเป็นขยะติดเชื้อต้องทิ้งในถุงสีแดง โดยตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97.6 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.3

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคน คิดเป็นร้อยละ 97.0 รองลงมาคือ เห็นด้วยกับ โรงพยาบาลควรมีการคัดแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะมูลฝอยปกติ คิดเป็นร้อยละ 96.0 และเห็นด้วยกับการปฏิบัติตามหลักการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องสามารถช่วยลดความเสี่ยง/อันตรายต่อสุขภาพและรักษาสิ่งแวดล้อมได้ คิดเป็นร้อยละ 95.6 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.0

การรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะปัญหาสุขภาพของตนเอง โดยจะปรึกษาแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้การสังเกตและทราบถึงผิดปกติของร่างกายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 49.2 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้วิธีการตรวจดูการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 41.8 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.6

### 6.1.3 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

การศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี สามารถสรุปผลได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ โดยทำการทิ้งขยะติดเชื้อลงในถุงขยะสีแดงหรือถังขยะติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 89.9 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อประเภทของมีคมจะทิ้งในภาชนะที่มีความแข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุ คิดเป็นร้อยละ 89.6 และมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อประเภทของมีคม โดยจะทำการทิ้งแยกออกจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น คิดเป็นร้อยละ 88.2 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 76.4

#### 6.1.4 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

การวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

2) ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 6.1.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

ผู้วิจัยสามารถสรุปรวบรวมข้อปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรีได้ ดังนี้

##### 6.1.5.1 ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

1) เจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในการคัดแยกขยะติดเชื้อมีขยะทั่วไป เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลยังมีการทิ้งขยะทั่วไปปะปนกับขยะติดเชื้ออยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากความหลงลืมหรือความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้มีวัสดุ เวชภัณฑ์ใหม่ๆ ที่นำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการคัดแยกประเภทของขยะและทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดแยกขยะ โดยการนำขยะทั่วไปทิ้งลงในถังขยะติดเชื้อ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความสิ้นเปลืองด้านค่าใช้จ่ายในการนำขยะติดเชื้อไปกำจัด และอาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากขยะติดเชื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน

2) เจ้าหน้าที่บางคนมีความตระหนักและจิตสำนึกในการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลบางคนยังให้ความสำคัญและใส่ใจกับการคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งลงในภาชนะไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่บางคนไม่เห็นถึงอันตรายหรือผลกระทบที่เกิดจากการปนเปื้อนของขยะติดเชื้อสู่สาธารณะและสิ่งแวดล้อม รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองและคนในสังคม

3) อุปกรณ์รองรับขยะติดเชื้อมีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อ จำนวนอุปกรณ์ในการรองรับขยะติดเชื้อมีไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นและอุปกรณ์ในการรองรับขยะติดเชื้อมีขนาดและลักษณะไม่เหมาะสมในบางแผนก ทำให้มีขยะล้นออกมาจากถังขยะติดเชื้อ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเพิ่มจำนวนมากขึ้นของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปัจจุบัน โรงพยาบาลได้นำวัสดุ เวชภัณฑ์ใหม่ๆ ประเภทใช้แล้วทิ้งเข้ามาใช้ในกระบวนการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ขยะติดเชื้อมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น

#### 6.1.5.2 ข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

1) ควรจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับขยะติดเชื้อให้เข้าใจอย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่การกำหนดค่านิยามหรือการให้ความหมายของขยะติดเชื้อ ประเภทหรือชนิดของขยะติดเชื้อ การคัดแยก การเก็บรวบรวม และการกำจัด โดยให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และเน้นย้ำให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง

2) ควรสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะทุกประเภทที่เกิดมีขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะมีพิษ ขยะรีไซเคิล และสารเคมีต่างๆ

3) ควรสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากการทิ้งขยะผิดประเภท การทิ้งขยะทั่วไปลงในถังขยะติดเชื้อ และการทิ้งขยะติดเชื้อลงในถังขยะทั่วไปอย่างเป็นรูปธรรม

4) ควรจัดหาและเพิ่มอุปกรณ์รองรับขยะในโรงพยาบาลให้เพียงพอและมีความเหมาะสมกับลักษณะการใช้งานและปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น

## 6.2 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 1) ควรมีการพัฒนากระบวนการตรวจสอบ กำกับ ติดตาม การเดินตรวจหรือสำรวจการคัดแยกขยะในหน่วยงานหรือแผนกต่างๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- 2) ควรมีมาตรการ กฏระเบียบ หรือบทลงโทษที่เข้มงวดและชัดเจนเกี่ยวกับการแยกทิ้งขยะผิดประเภท เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความใส่ใจ รอบคอบและระมัดระวังเรื่องการทิ้งขยะติดเชื้อ
- 3) ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงได้รับทราบถึงสถานะหรือผลการดำเนินงานบริหารจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะติดเชื้อ และการประเมินผลกระทบของขยะติดเชื้อต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม

## 6.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น แม่บ้าน พนักงานทำความสะอาด หรือผู้ที่มีหน้าที่เก็บรวบรวมขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น
- 2) ควรศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน/สัมผัสขยะติดเชื้อ

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

INFECTIOUS WASTE SORT OUT BEHAVIOR OF STAFF IN PRIVATE HOSPITAL IN RATCHABURI PROVINCE

บุษรา กวยเนียม 5937919 SHSS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วณิชพล มหาอาษา, Ph.D., เสรี วรพงษ์, Ed.D.,  
ชนันนา รอดสุทธิ, Ds.C.

## บทสรุปแบบสมบูรณ

### 1. บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการขยายตัวของสังคมเมือง ตลอดจนการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมและการบริการทางด้านสาธารณสุข ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรไทย ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนกว่า 65 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ส่งผลให้ประเทศประสบปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย อาทิเช่น ปัญหาชุมชนแออัด ปัญหาขยะติดเชื้อ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการจราจร ปัญหามลภาวะทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะมูลฝอย โดยเฉพาะปัญหาขยะมูลฝอย ซึ่งจากข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี และอัตราการเกิดขยะมูลฝอยของประเทศก็มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2560)

ขยะมูลฝอยที่เกิดจากการบริการด้านสาธารณสุขเป็นขยะมูลฝอยที่แตกต่างจากครัวเรือนหรือชุมชน เนื่องจากการบริการด้านสาธารณสุขนั้นมีกิจกรรมที่ค่อนข้างหลากหลาย โดยเฉพาะสถานบริการการสาธารณสุขประเภทโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน มีแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยประเภทต่างๆ ที่มาจากตึกผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องทำคลอด ตลอดจนอาคารบ้านพักของเจ้าหน้าที่ ลักษณะของขยะมูลฝอยจึงหลากหลายชนิด มีทั้งขยะมูลฝอยทั่วไป ขยะมูลฝอยอันตราย ขยะมูลฝอยรีไซเคิล ขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะขยะมูลฝอยติดเชื้อต้องใช้ความระมัดระวังในการ

จัดการมากกว่าขยะมูลฝอยในชุมชนทั่วไป หากมีการจัดการไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลในขั้นตอนของการเก็บรวบรวม การคัดแยก การขน/เคลื่อนย้าย และการกำจัดแล้ว จะทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงานอาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากเชื้อโรคที่ปะปนมาในขยะมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วไป ชุมชนและสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรค อาทิเช่น โรคไข้หวัดนก วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี ฯลฯ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และกระแสเลือด นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงและสัตว์นำโรคได้ เช่น หนู แมลงสาบ แมลงวัน เป็นต้น และยังเกิดการปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำและอากาศได้อีกด้วย ขยะมูลฝอยติดเชื้อนั้นสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ตั้งแต่แหล่งกำเนิด การเก็บขนย้าย และการกำจัด ซึ่งในปัจจุบันจะพบได้ว่ามีโรคอุบัติใหม่ๆ เกิดขึ้นมากมาย เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส โรคท้องร่วงจากไวรัสโรต้า ไข้ซิกา ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก เป็นต้น และมีโรคที่กลับมาที่มีความชุกและอุบัติการณ์สูงขึ้นอีกหลายชนิด เช่น วัณโรค กาฬโรค เป็นต้น ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรคมีอยู่หลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม มาตรฐานความเป็นอยู่ลดลง นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการคมนาคมและการขนส่งทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้อย่างกว้างไกลและรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อเชื้อโรคที่ปะปนอยู่ในขยะมูลฝอยติดเชื้อด้วย และประกอบกับประเทศไทยประสบปัญหาด้านการจัดการกำจัดขยะมูลฝอย ทั้งด้านการเก็บรวบรวม การคัดแยก การเคลื่อนย้าย/การขนส่ง และการกำจัด ซึ่งส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล จึงนำไปสู่การแพร่กระจายของเชื้อโรคและโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ (กรมอนามัย, 2557)

สถานการณ์ปัจจุบันมีการขยายตัวของธุรกิจทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลจำนวนมากขึ้น จึงส่งผลให้มีปริมาณขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ปัญหาขยะติดเชื้อเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อม หากมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งที่เป็นพิษหรือมีอันตรายโดยตรง ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง ซึ่งได้แก่ การเก็บรวบรวม การคัดแยก การขนส่ง และการกำจัด โดยเฉพาะในขั้นตอนของการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้ไม่เป็นอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ดังนั้นจึงต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทุกคน เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากขยะมูลฝอยติดเชื้อ และทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย

จากการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีจำนวน 3 แห่ง ที่เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ ประกอบด้วย ในอำเภอเมือง จำนวน 2 แห่ง อำเภอบ้านโป่ง จำนวน 1 แห่ง ซึ่งได้ศึกษาวิจัยโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่อยู่ในอำเภอเมือง เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่สุดในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า มีจำนวนเตียง 100 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 311 คนต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย 89 คนต่อวัน และพบว่า มีปริมาณขยะติดเชื้อค่อนข้างสูง ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ มีหลักการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและมีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโดยตรง ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลไม่ได้จัดสร้างเตาเผาขยะขึ้นใช้เอง แต่ใช้วิธีการกำจัดขยะโดยการจ้างเหมาบริการจากบริษัทเอกชน ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็นจำนวนเงินค่อนข้างมากในแต่ละปี ประกอบกับโรงพยาบาลมีนโยบายให้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยโดยเฉพาะงานป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ให้ถูกต้องตามหลักมาตรฐาน และสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น ซึ่งจากเดิมนำวัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ผ่านการใช้งานแล้วไปทำการฆ่าเชื้อโรคด้วยกระบวนการผ่านความร้อนแล้วนำกลับมาใช้ใหม่แต่ในปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็นการใช้วัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ประเภทใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและควรให้ความร่วมมือในการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อเหล่านี้ก่อนทิ้งและจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากขยะมูลฝอยติดเชื้อไปสู่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนทั่วไป อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคไปสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อมด้วย

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยเฉพาะการคัดแยกขยะ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการลดปริมาณขยะและลดอัตราการติดเชื้อโรค รวมไปถึงป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคจากขยะมูลฝอยติดเชื้อสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลยังเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัด การวิจัยในครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยปัญหาและอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อมาปรับใช้ในการบริหารจัดการการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้และโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ต่อไป

## 2. บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อและทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยรวมกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบสำมะโน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 297 คน ด้วยแบบสอบถามและการวิจัยเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นเครื่องมือการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 14 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปร 2 กลุ่ม (t-test) และสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล คือ 1) เจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในการคัดแยกขยะติดเชือกับขยะทั่วไป 2) เจ้าหน้าที่บางคนมีความตระหนักและจิตสำนึกในการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ และ 3) อุปกรณ์รองรับขยะติดเชื้อมีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับขยะติดเชื้อให้เข้าใจอย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน ควรสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ควรสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากการทิ้งขยะผิดประเภท การทิ้งขยะทั่วไปลงในถังขยะติดเชื้อ และการทิ้งขยะติดเชื้อลงในถังขยะทั่วไปอย่างเป็นรูปธรรม และควรจัดหาและเพิ่มอุปกรณ์รองรับขยะในโรงพยาบาลให้เพียงพอและมีความเหมาะสมกับลักษณะการใช้งานและปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น

### 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

3.2 เพื่อทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

3.3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

### 4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) รวมกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน เพื่ออธิบายผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมครบถ้วนสมบูรณ์และตรงตามวัตถุประสงค์ โดยการวิจัยเชิงปริมาณทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค และเจ้าหน้าที่รังสีวิทยา จำนวน 297 คน การวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 14 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในโรงพยาบาล จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการการดำเนินงานของโรงพยาบาล การสร้างระเบียบวินัยของเจ้าหน้าที่ แผนการอบรมและสื่อการให้ความรู้รวมถึงทราบถึงปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

### 5. สมมติฐานในการวิจัย

5.1 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน

5.2 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี มีปัจจัยกระตุ้นแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน

## 6. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแบบเชิงปริมาณจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งหมด 297 คน โดยใช้วิธีการแบบสำมะโน (census) และใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) เป็นเครื่องมือการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแบบเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 14 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดสอบกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อ และใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

หลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จะทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยการนำแบบ สัมภาษณ์มาตรวจสอบคำตอบเป็นรายชื่อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ซึ่งจะนำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึก

## 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ ปฏิบัติงานวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ ดิจเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและพฤติกรรม การคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการ ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี วิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบ t-test และสถิติความ แปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

## 8. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.8 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.7 มีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือ ผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40.1 และปฏิบัติงานที่องค์กรแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 33.7

จากการศึกษาปัจจัยกระตุ้นด้านความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา มีด ฯลฯ ต้องแยกทิ้ง เฉพาะต่างหากจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น โดยตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 99.0 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่/ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลควรมีความรู้เรื่องการคัดแยกขยะติดเชื้อ โดยตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 98.7 และมีความรู้เกี่ยวกับผ้าก๊อซ สำลี ผ้าพันแผล ถุงมือที่ใช้แล้ว ถือว่าเป็นขยะ ติดเชื้อต้องทิ้งในถุงสีแดง โดยตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 97.6 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.3

จากการศึกษาปัจจัยกระตุ้นด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 97.0 รองลงมาคือ เห็นด้วยกับ โรงพยาบาลควรมีการคัดแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะมูลฝอยปกติ คิดเป็นร้อยละ 96.0 และเห็นด้วยกับการปฏิบัติตามหลักการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องสามารถช่วยลดความเสี่ยง/อันตรายต่อสุขภาพและรักษาสิ่งแวดล้อมได้ คิดเป็นร้อยละ 95.6 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.0

จากการศึกษาปัจจัยกระตุ้นด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะปัญหาสุขภาพของตนเอง โดยจะปรึกษาแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้การสังเกตและทราบถึงความผิดปกติของร่างกายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 49.2 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้วิธีการตรวจดูการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 41.8 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.6

จากการศึกษาพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อ โดยทำการทิ้งขยะติดเชื้อลงในถุงขยะสีแดงหรือถังขยะติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 89.9 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อ ประเภทของมีคมจะทิ้งในภาชนะที่มีความแข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุ คิดเป็นร้อยละ 89.6 และมีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อประเภทของมีคม โดยจะทำการทิ้งแยกออกจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น คิดเป็นร้อยละ 88.2 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 76.4

#### ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง

พฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	227	76.4
ระดับดี	63	21.2
ระดับค่อนข้างดี	6	2.0
ระดับปานกลาง	1	0.4
รวม	297	100.0

จากการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

จากการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อด้านความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตาราง 2 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ**

ความรู้เกี่ยวกับ การคัดแยกขยะติดเชื้อ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
ระดับความรู้สูง	274	4.79	0.44	40.844	0.000*
ระดับความรู้ปานกลาง	23	4.13	0.81		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตาราง 3 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ**

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การคัดแยกขยะติดเชื้อ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
มีความคิดเห็นระดับสูง	285	4.79	0.44	56.795	0.000*
มีความคิดเห็นระดับปานกลาง	12	3.75	0.87		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
ระดับดีมาก	71	4.93	0.26	14.036	0.000*
ระดับดี	174	4.74	0.48		
ระดับค่อนข้างดี	52	4.46	0.70		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี พบว่าเจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในการคัดแยกขยะติดเชื้อกับขยะทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากความหลงลืมหรือความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้มีวัสดุเวชภัณฑ์ใหม่ๆ ที่นำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการคัดแยกประเภทของขยะและทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดแยกขยะ เจ้าหน้าที่บางคนมีความตระหนักและจิตสำนึกในการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่บางคนไม่เห็นถึงอันตรายหรือผลกระทบที่เกิดจากการปนเปื้อนของขยะติดเชื้อสู่สาธารณะและสิ่งแวดล้อม รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองและคนในสังคม อุปกรณ์รองรับขยะติดเชื้อมีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นและอุปกรณ์ในการรองรับขยะติดเชื้อมีขนาดและลักษณะไม่เหมาะสมในบางแผนก จึงควรจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับขยะติดเชื้อให้เข้าใจอย่างถูกต้อง เป็นแนวทางเดียวกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และเน้นย้ำให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง ควรสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และควรจัดหาและเพิ่มอุปกรณ์รองรับขยะในโรงพยาบาลให้เพียงพอและมีความเหมาะสมกับลักษณะการใช้งานและปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น

## 9. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 76.4 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีแผนหรือนโยบายควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกแผนกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งยังมีการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการทิ้งขยะให้ถูกประเภท นอกจากนี้ในโรงพยาบาลมีฝ่ายควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดแนวทางหรือนโยบายในการป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายของเชื้อโรค รวมไปถึงการคัดแยกขยะติดเชื้อให้เป็นไปอย่างถูกต้องในทิศทางเดียวกันและมีมาตรฐาน และยังมีหน้าที่ในการจัดอบรมหรือให้ความรู้ด้านการคัดแยกขยะให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคน รวมถึงควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติงานในการคัดแยกและทิ้งขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล และหน่วยงานหรือแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลได้นำนโยบายการคัดแยกขยะติดเชื้อจากฝ่ายควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลไปถ่ายทอดหรือสร้างความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแผนกเพื่อให้ยึดถือปฏิบัติตาม และใช้เป็นแนวทางในการคัดแยกขยะให้ถูกประเภทได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ต้นกำเนิด ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อนั้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งสะสมมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ อันจะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมในแต่ละบุคคล และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ซึ่งทัศนคตินั้นเป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด การเรียนรู้ หรือการประเมินค่าของบุคคลแล้วแสดงพฤติกรรมได้ตอบต่อเป้าหมายบุคคลที่มีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีก็จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้นในทางที่ดี การที่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อและได้รับการอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อทางช่องทางสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น วารสาร สิ่งพิมพ์ จะเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกๆ หน่วยงานเห็นความสำคัญของการจัดการขยะติดเชื้อ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมในการจัดการและคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง

จากการศึกษาปัจจัยส่วนกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการขยะติดเชื้อ จึงจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อจากการฝึกอบรมและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ และการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้ออยู่เป็นประจำ ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดการรับรู้และการเรียนรู้จนเกิดเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อจะทำให้เจ้าหน้าที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในอยู่ระดับสูง ในด้านความคิดเห็นนั้นเป็นการแสดงออกของบุคคลตามความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วตีความหรือแปลความหมายโดยอาศัยความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคล บุคคลจึงแสดงออกมาทางพฤติกรรมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติต่อการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี จะมีการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ที่ดีด้วย ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองนั้น เป็นการประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเอง มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีอันจะนำไปสู่ความสุขในชีวิต แต่ละบุคคลก็จะมีกรอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพแตกต่างกันไป ผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีจะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่รับรู้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองดีย่อมส่งผลให้มีความสุขและดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 10. ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

### 10.1 ปัญหาที่ได้จากการศึกษา

- 1) เจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในการคัดแยกขยะติดเชื้อมีขยะทั่วไปพบว่า ยังมีการทิ้งขยะทั่วไปปะปนกับขยะติดเชื้ออยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากความหลงลืมหรือความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้มีวัสดุ เวชภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่นำเข้ามาใช้ ในโรงพยาบาล ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการคัดแยกประเภทของขยะและทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดแยกขยะ
- 2) เจ้าหน้าที่บางคนมีความตระหนักและจิตสำนึกในการคัดแยกขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่บางคนไม่เห็นถึงอันตรายขยะติดเชื้อปนเปื้อน และแพร่กระจายจากการทิ้งขยะติดเชื้อไม่ถูกประเภท ส่งผลกระทบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

3) อุปกรณ์รองรับขยะติดเชื่อมีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะติดเชื่อที่เกิดขึ้นและถึงขยะติดเชื่อมีขนาดและลักษณะไม่เหมาะสมในบางแผนก เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ที่เข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและในปัจจุบันโรงพยาบาลได้นำวัสดุ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ประเภทใช้แล้วทิ้งเข้ามาใช้ในกระบวนการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ขยะติดเชื่อมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น

#### 10.2 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1) ควรจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับขยะติดเชื่อให้เข้าใจอย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่การกำหนดคำนิยามหรือการให้ความหมายของขยะติดเชื่อ ประเภทหรือชนิดของขยะติดเชื่อ การคัดแยก การเก็บรวบรวม และการกำจัด โดยให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และเน้นย้ำให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่ออย่างถูกต้อง

2) ควรสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งขยะทั่วไป ขยะติดเชื่อ ขยะมีพิษ ขยะรีไซเคิล และสารเคมีต่างๆ

3) ควรสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากการทิ้งขยะผิดประเภท การทิ้งขยะทั่วไปลงในถังขยะติดเชื่อ และการทิ้งขยะติดเชื่อลงในถังขยะทั่วไปอย่างเป็นรูปธรรม

4) ควรจัดหาและเพิ่มอุปกรณ์รองรับขยะในโรงพยาบาลให้เพียงพอและมีความเหมาะสมกับลักษณะการใช้งานและปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น

### 11. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

11.1 ควรศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื่อในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น แม่บ้าน พนักงานทำความสะอาดหรือผู้ที่มีหน้าที่เก็บรวบรวมขยะติดเชื่อในโรงพยาบาล เป็นต้น

11.2 ควรศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื่อขณะปฏิบัติงาน/สัมผัสขยะติดเชื่อ

**INFECTIOUS WASTE SORT OUT BEHAVIOR OF STAFF IN PRIVATE HOSPITAL  
IN RATCHABURI PROVINCE**

BUSSARA KUAYNIEM 5937919 SHSS/M

M.A. (ENVIRONMENTAL SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WANIPPOL MAHAARCHA, Ph.D.,  
SEREE WORAPHONG, Ed.D., SHANANA RODSOODTHI, Ds.C.**EXTENDED SUMMARY****1. Introduction**

The advanced development of technologies, the expansion of urban society, the expansion of industrial factories and medical services, partaking with the increasing of Thai population with more than 65 million people (The National Statistical Office, 2017) are causing many issues in Thailand: slum issue, drugs issue, crime issue, traffic issue, pollution issue, solid waste issue. The solid waste issue is the major problem which is enlarging. The research shows that the amounts of solid waste are increasing in every year all over the country, also the rate of solid waste producing all over Thailand is increasing every year (The Pollution Control Department, 2017)

The solid wastes from the public health services are different from household waste or community waste due to the fact that public health services cover many operations, especially the public health services at hospitals, both government hospital and private hospital. Solid waste comes from wards, operating rooms, labor rooms and also the residences of hospital staff. There are many types of solid waste such as general waste, hazardous waste, recyclable waste and infectious waste. The infectious waste is needed to take specific safety precautions when handling. If the waste management is not under the sanitization of collecting, sorting, transferring and disposal, there will be effects of health and sanitation of staff who might be at risk for

infection and contamination from the infectious waste. It also has an effect on people, community and environment. The infectious waste can be the origin of the germination diseases such as Bird flu, Tuberculosis, Hepatitis, etc. and also its spread, which can cause the infection in Respiratory system, Gastrointestinal system and Cardiovascular System. Moreover, the infectious waste can be the breeding ground for insects and carriers of disease; rats, cockroaches, flies, etc. and it can cause the contamination of air and water. The infectious waste can spread the infection since its producing, collecting, transferring and disposal. At the present, new diseases have occurred: Bird flu, SARS, Acute watery diarrhea from Rotavirus, Zika virus, Influenza A (H1N1) and also the rising of well-known diseases such as Tuberculosis, Plague, etc. The cause of the rising relates to many factors: Environmental changes, Climate changes, Global warming, Social changes, And Lower Standard of Living. The advancement of transportation and logistics is another factor that spreads diseases widely and rapidly. The mentioned factors affect contaminated germs in infectious waste. Thailand is facing solid waste management problem, starting from collecting, sorting, transferring and disposal. The procedures are unhealthy so it can cause the germ spreading and infectious diseases. (The Department of Health, 2014)

Nowadays, the expansion of medical services and public health services are rising, and so the numbers of hospitals and clinics. The expansion is relevant to amounts of infectious waste which affect the public sanitation and environment in case of inappropriate waste management. Hospital employees and staff are in the high-risk group of the population due to their duties that involve infectious waste directly. This is the core reason for them to gain the knowledge of infectious waste management in every procedure: from collecting, sorting, transferring and disposal, especially the sorting to prevent the hazard that might occur in the hospital. This leads to the cooperation of hospital employees and staff to prevent the infection a collecting, sorting, transferring and disposal to diminish the risk of disease relating to infectious waste for their own safety.

The survey bases on the study at 3 medium size and large size private hospitals, 2 from Mueang Ratchaburi District (Amphoe Mueang) and the other from Ban Pong District (Amphoe Ban Pong). The large size private hospital is in Mueang Ratchaburi District. It is the largest hospital in Mueang Ratchaburi District with 100

beds, the average of out-patients is 311 per day and the average of in-patients is 89 per day. The survey shows that the amounts of infectious waste are at high level. The large size private hospital operates with its protocol to control the amounts of infectious waste and to prevent the infection. The hospital does not have waste incinerator. They are hiring outsource service at a very high price. The policy reinforces quality development to meet the safety standard, especially to Department of Infection Prevention at the hospital. At the moment, all medical apparatuses, handled under the medical protocols, are convenient to use. The protocol has been changed from reusing pasteurized medical apparatuses to disposable apparatuses. Notwithstanding, this is causing large amounts of infectious waste. Hospital staff should place importance on infectious waste sort out before disposal. They must gain the knowledge of infectious waste sort out under the sanitary safety protocol to prevent the spread of germs and contamination to communities and the environment and also prevent the infection of hospital staff and public.

The above-mentioned reasons are advertent to study infectious waste sort out behaviors of staff in private hospital in Ratchaburi province. The study focuses on infectious waste sort out, the main procedure that can reduce waste amount and germs producing rate. It also prevents the contamination from spreading germs to communities and environment. The hospital staff is also the main group who involve with infectious waste sort out before disposal. The study can bring the results, problems and obstacles and suggestions to apply on infectious waste sort out management in the hospital and other hospitals.

## **2. Abstract**

This research aims to study infectious waste sort out behaviors and to test differences among factors affecting infectious sort out behaviors. The research also focused on problems, difficulties of infectious waste sort out behaviors and also suggestions from staff IN private hospitals in Ratchaburi province. This mixed method research combined quantitative and qualitative methods. For quantitative method, the research used census method to collect data from questionnaires responded by all 297 hospital staff who are responsible for infectious waste sort out. The data are analyzed

by SPSS, using Mean, Percentage, Standard Deviation, t-Test and One-way ANOVA. For qualitative research, the research tool is in-depth interview, using purposive sampling by interviewing 14 hospital administrators and content analysis for analyzing the data.

The results showed that the infectious waste sort out behaviors of the sample were in excellent level. Their knowledge is in high level. Their health awareness is in good level. Individual factors and precipitating factors on infectious waste sort out behaviors are average monthly wage, knowledge of infectious waste sort out and opinions on health awareness. These factors affected on infectious waste sort out behaviors showed statistical significance of 0.05 respectively. Problems, difficulties of infectious waste sort out behaviors were 1) Lacking of knowledge and understanding of new types of infectious waste in hospital. 2) Lacking of awareness and moral traits of infectious waste sort out. 3) Having insufficient equipment for infectious waste in hospital.

This study further suggests to provide staff training regularly and continuously, bombard infectious waste sort out awareness for all staff in every hospital, encourage all staff to participate in infectious waste sort out, cultivate moral traits, educate how damage and hazardous inappropriate infectious waste sort out is, and provide sufficient infectious waste bins with suitable size and shape for usages and types of infectious waste.

### **3. Objectives**

3.1 To study infectious waste sort out behaviors of staff in a private hospital in Ratchaburi province.

3.2 To test variations of among factors infectious waste sort out behaviors of staff in private hospital in Ratchaburi province.

3.3 To study problems, difficulties of infectious waste sort out behaviors and also suggestions from staff in a private hospital in Ratchaburi province.

#### **4. Delimitation**

The research combines quantitative and qualitative methods. For quantitative method, the research uses the census method to collect data from questionnaires responded by all 297 hospital staffs who are responsible for infectious waste sort out. Data for quantitative have been collected from 297 samples who work in hospital: doctors, nurses, practical nurses, assistants, laboratorians and radiologists. For qualitative research, the research tool is in-depth interview, using purposive sampling by interviewing 14 hospital administrators who clarify policies, safety standards, codes of conduct, training plans and communication plans to communicate and educate hospital staff to aware of problems and difficulties of infectious waste sort out behaviors of staff in the hospital.

#### **5. Hypotheses**

5.1 Staff in private hospital in Ratchaburi province has a variation of personal factors and variation of behaviors.

5.2 Staff in private hospital in Ratchaburi province has a variation of trigger factors and variation of behaviors.

#### **6. Methodologies**

This research uses mixed method research which combines quantitative and qualitative methods. For quantitative method, the research uses census method to collect data from questionnaires responded by all 297 hospital staffs who are responsible for infectious waste sort out. For qualitative research, the research tool is in-depth interview, using purposive sampling by interviewing 14 hospital administrators.

The research tools of this research are questionnaires and in-depth interview questions based on a study on concepts, theories and related local and global researches. Research tools consist of the 6 following parts:

Part 1 General information of sample: gender, duration of employment, average gross income per month, job position and department.

Part 2 Knowledge of infectious waste sort out

Part 3 Opinions on infectious waste sort out

Part 4 Awareness of health and sanitation

Part 5 Infectious waste sort out behaviors

Part 6 Problems, difficulties and suggestions for infectious waste sort out

The research tools have been examined and tested by the thesis advisor and qualified experts for content. The tools are also approved by Institutional Review Board. The tools have been tailored by recommendation from thesis advisor and qualified experts and then used to pilot test with 30 hospital staff at a private hospital in Nakhon Pathom province to find reliability analysis of the questionnaires on knowledge of infectious waste sort out by Kuder–Richardson (KR-20). Afterward, Cronbach Alpha Coefficient has been used to analyses the reliability of the questionnaires on opinions on infectious waste sort out, awareness of health and sanitation and Infectious waste sort out behaviors.

In–depth interview questions consist of 3 following parts:

Part 1 Personal information of the interviewees.

Part 2 Infectious waste sort out behaviors at a private hospital in Ratchaburi province

Part 3 Problems and difficulties of infectious waste sort out

After the data have been collected, it has been examined in order, one question to one question to harvest the information based on questions and research objectives along with the next data collection and observation and recording.

## **7. Analysis**

The data are analyzed by Statistical Package for the Social Sciences to analyze gender, duration of employment, average gross income per month, job position and department by using percentage. Information about knowledge of infectious waste sort out, opinions on infectious waste sort out, awareness of health and sanitation, infectious waste sort out behaviors of staff in a private hospital in Ratchaburi province is analyzed by using Mean, Percentage and Standard Deviation. One-way ANOVA has been used to analyze the variation among the factors.

## 8. Results

The study shows personal factors collecting from the sample. 82.8% of sampling units are female. 38.7% of sampling units have a duration of employment 1 – 5 years. 40.4% of sampling units earn average gross income per month more than 25,000 Baht. 40.1% of them are practical nurses and assistants. 33.7% of them work in medical organization.

The study on trigger factors of infectious waste sort out shows that the sample has knowledge of infectious waste sort out; hypodermic syringe, knife, etc. They comprehend that this infectious waste has to be separated from other waste to be disposed of properly. 99% of practical nurses and assistants can answer the questionnaire correctly. 98.7% of medical staff and employees can answer the questionnaire correctly. 97.6 of the sample aware that used gauze, used bandage and used latex glove have to be disposed in the red plastic bag. Overall, the sample has knowledge of infectious waste sort out at high level at 92.3%.

The study on the trigger factor of opinions on infectious waste sort out finds that 97.0% of them agree that infectious waste sort out is the responsibility of hospital staff. 96.0% of them agree that staff should separate infectious waste from general waste before the disposal. 95.6 of them agree that proper infectious waste sort out can reduce the risk of their work and their health and keep the environment clean and healthy. Overall, the sample agrees that infectious waste sort out is agreeable at high level 96.0%.

The study on the trigger factor of awareness of health and sanitation finds that the sample aware of their health condition. 55.9% of them will consult doctors or medical staff or public health staff. 49.2% of them can notice and aware of their physical abnormal condition. 41.8% of them do their own health check to find their physical abnormal condition. Overall, the sample awares of health and sanitation at a good level at 58.6%.

The study on infectious waste sort out behaviors of staff in a private hospital in Ratchaburi province shows that 89.9% of them dispose of infectious waste in the provided red plastic bag or the infectious waste bin. 89.6% of them dispose of sharp medical apparatuses in the durable and un-impaled waste bin. 88.2% of them separate infectious waste from general waste before the disposal. Overall, the sample shows their positive behaviors at a very good level at 76.4%.

**Table 1 Numbers and Percentages of Sample classified by level of behaviors of infectious waste sort out scores**

Positive behaviors of infectious waste sort out	Numbers	Percentage
Very good level	227	76.4
Good level	63	21.2
Fair-good level	6	2.0
Fair level	1	0.4
Total	297	100.0

The variation analysis test of personal factors and infectious waste sort out behaviors shows that average gross income per month is the factor affecting infectious waste sort out behaviors with statistical significance at 0.05. Nonetheless, other factors: gender, duration of work gender, duration of employment, job position and department, has no effect on infectious waste sort out behaviors.

The variation analysis test of trigger factors and infectious waste sort out behaviors shows as follow:

The variation of knowledge of infectious waste sort out affects infectious waste sort out behaviors with statistical significance at 0.05.

**Table 2 Discrimination test on variations of trigger factors of infectious waste sort out behaviors of staff in private hospital in Ratchaburi province classified by knowledge of infectious waste sort out**

Knowledge of infectious waste sort out	Numbers	$\bar{x}$	S.D.	F	Sig.
High level	274	4.79	0.44	40.844	0.000*
Standard level	23	4.13	0.81		

\* Statistical significance at 0.05

The variation of opinions on infectious waste sort out affects infectious waste sort out behaviors with statistical significance at 0.05.

**Table 3 Discrimination test on variations of trigger factors of infectious waste sort out behaviors of staff in private hospital in Ratchaburi province classified by opinion on infectious waste sort out**

<b>Opinions on infectious waste sort out</b>	<b>Numbers</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>S.D.</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
High level	285	4.79	0.44	56.795	0.000*
Standard level	12	3.75	0.87		

\* Statistical significance at 0.05

The variation of awareness of health and sanitation affects infectious waste sort out behaviors with statistical significance at 0.05.

**Table 4 Discrimination test on variations of trigger factors of infectious waste sort out behaviors of staff in private hospital in Ratchaburi province classified by awareness of health and sanitation**

<b>Awareness of health and sanitation</b>	<b>Numbers</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>S.D.</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Very good level	71	4.93	0.26	14.036	0.000*
Good level	174	4.74	0.48		
Fair-good level	52	4.46	0.70		

\* Statistical significance at 0.05

The results of problems and obstacles and suggestions of infectious waste sort out behaviors of staff in a private hospital in Ratchaburi province study shows that the staff is facing problems of the confusion on infections waste sort out due to their forgetting and hastiness at work. Moreover, there are many new types of medical apparatuses using in the hospital. These reason cause confusion and mistakes on infections waste sort out. Some hospital staff have moral traits and aware of the importance of infections waste sort out while some of them do not have and do not aware of danger and risk of infections waste if it contaminates and effects on

communities and the environment. They also do not aware of the effects on their own sanitary and public sanitary. In addition, insufficiencies and unsuitable size and shape of infectious waste bins are also the problems. These lead to the suggestion that the hospital should provide staff trainings regularly and continuously at least twice a year to direct their knowledge and understandings. The staff trainings will remind and enforce positive behaviors of infections waste sort out and cultivate moral traits for staff to aware of the importance of infections waste sort out and also other wastes. The hospital should provide sufficient infectious waste bins with suitable size and shape that match with usages.

## 9. Discussion

The study on infectious waste sort out behaviors of staff in a private hospital in Ratchaburi province shows that most of the sampling units sort out infectious waste correctly at 76.4%. The high percentage indicates that the hospital can operate infections waste sort out under effective strategies and policies along with training for new staff and also training to enforce positive behaviors of infections waste sort out behavior for all staff. The hospital monitors, trace and evaluates on waste sort out of all staff. In addition, the hospital assigns the Infection Control Department to set the direction and policies to prevent the infection and its spread and control infections waste sort out to meet the required standard. The department is responsible for organizing staff training and educating all hospital staff on waste sort out. The department is the center that controls and monitors waste sort out and disposal in the hospital. All units and departments carry infections waste sort out policy to communicate and educate staff to follow the policy that would be the guideline for proper waste sort out. These strategies influence positive behaviors of infections waste sort out for all staff at a very good level.

The study shows the variation of personal factors and variation of behaviors that average gross income per month factor effects on behaviors of infections waste sort out with statistical significance at 0.05. Nonetheless, other factors: gender, duration of work gender, duration of employment, job position and department, has no effect on infectious waste sort out behaviors. Many factors affect

infections waste sort; knowledge, attitude and individual perception built from learning and experiences, leads to behaviors of each staff. Attitude relates to behaviors. Attitude is built on belief, thoughts, learning and assessment, leading to reactions. If one has a positive attitude with something, one will show positive behaviors on it. The hospital that trains, educates staff, organizes activities about infectious waste and communicates to staff using media such as journals and printing media can encourage staff and employees at the hospital to show positive behavior of infectious waste sort out and management.

The study on trigger factors shows that knowledge, opinions on infectious waste sort out and awareness of health and sanitation has effects on infectious waste sort out behaviors with statistical significance at 0.05. Hospital staff directly relates to infectious waste management. They need to be educated of infectious waste management from staff training and information from the hospital. Their work regularly relates to infectious waste management. It creates perception and learning, encouraging the staff to modelize concepts of infectious waste management. Moreover, their daily life at work will keep their knowledge of infectious waste management at high level. For opinions which express thoughts and emotions on something by translating and interpreting using individual knowledge, belief and experiences. These cause individual behavior based on personal background. If staff has positive attitude on waste sort out, they will show positive behavior at good level. For awareness of health and sanitation, self-assessment which, affect on healthy behavior to keep their physical and mental health that leads to happiness in their lives. Each person will react to each factor differently. People with healthy mind and healthy body can perform their work efficiently. Awareness of health and sanitation creates happiness and fulfilled way of living.

## **10. Problems and Suggestions**

### 10.1 Problems

1) Confusion on infectious waste sort out due to their forgetting and hastiness at work and many new types of medical apparatuses using in the hospital, cause the inappropriate waste sort out.

2) Some staff lack of awareness and moral traits of infectious waste sort out. They do not aware of the danger from contaminated infectious waste which affects themselves, communities and the environment.

3) Having insufficient waste bins for infectious waste in a hospital. Quantity and size are not suitable for large amounts of infectious waste due to disposal of medical apparatuses which can use only one time.

#### 10.2 Suggestions

1) The hospital should organize staff training and activities that lead to education of infectious waste, prepare staff to work in the same direction, educate the definition of each type of waste from collecting, sorting, transferring and disposal regularly at least twice a year to remind and enforce positive behaviors of infections waste sort.

2) Cultivate moral traits for staff to aware of the importance of infections waste sort out and also other wastes: general waste, hazardous waste, recycling waste and chemicals.

3) Build awareness for staff to understand that inappropriate waste disposal, general waste in infectious waste bins or infectious waste in general bins, can lead to danger.

4) Provide sufficient infectious waste bins with suitable size and shape that match with usages.

### **11. Suggestion for Further Work**

11.1 Study on infectious behaviors of other samples such as housemaid, cleaners or other hospital staff who relates to waste collecting.

11.2 Study on effects on not using protection equipment at work or contaminate with infectious waste.

## บรรณานุกรม

- กรมควบคุมมลพิษ. (2548). **แนวทางและข้อกำหนดเบื้องต้น การลดและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- กรมควบคุมมลพิษ. (2560). **รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2559**. กรุงเทพมหานคร: ส่วนขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- กรมอนามัย. (2557). **คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ**. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองแผนและงบประมาณ ฝ่ายนโยบายและแผน. (2553). **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารัฐ (พ.ศ. 2554 – 2558)**. ราชบุรี: องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี.
- กุหลาบ แผ่นทอง. (2543). “พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพะเยา.” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กู่เกียรติ ก้อนแก้ว, เกษม ศิริมา และจักริน กุมา. (2551). “การจัดการขยะติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในจังหวัดตาก.” การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2542). **การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.
- เกียรติกุล ถวิล. (2558). “พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในรูปแบบ 3R (Reduce, Reuse, Recycle) ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี”. งานนิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คณิศร เทียนทอง. (2552). “พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนครปฐม”. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จूरรัตน์ ปิ่นถาวรสวัสดิ์. (2552). “การจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลเกาะสีชัง อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี”. ปัญหาพิเศษหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จอมจันทร์ นทีวัฒนา. (2555). ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล ภาครัฐ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 5(3): 47–56.
- ชลลดา ชูฉนิชชานนท์. (2559). หน่วยที่ 1 แนวคิดพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา GEH2201 การพัฒนาตน มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ทีปกาศ ชัยสุนทร. (2556). “การศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อสำหรับสถานพยาบาลประเภทสถานพยาบาลรับค้ำคืน ในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จ.ชลบุรี กรณีศึกษา: โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จ.ชลบุรี”. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเทคโนโลยีในอาคาร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- ธารินี แก้วจันทร์. (2556). “ความพึงพอใจของลูกค้าต่อการให้บริการของธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) สาขารัชดาภิเษก (ท่าพระ- ดากสิน)”. สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจระหว่างประเทศ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม.
- ธัญรดี จิรสินธิปก. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์.
- นภาพรณัฏ แวงโสธรณ. (2553). “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนกับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย กรณีศึกษา เทศบาลตำบลบ้านแพ้ว”. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์การพิมพ์,
- บุษกร ชีวะธรรมมานนท์. (2552). “ความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะในครัวเรือนของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีประทุม วิทยาเขตชลบุรี”. ปัญหาพิเศษปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุษรา เกษิสม. (2552). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นที่เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ตำบลบ้านส้อง อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี”. ปริญญาวิทยาศาสตร

บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา  
ในโครงการรับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาเข้าสมทบกับมหาวิทยาลัย  
ราชภัฏยะลา.

บุรชัย ศิริมหาสาคร. (2550). **จัดการความรู้ ผู้รู้ผู้มีความเป็นเลิศ**. กรุงเทพฯ: แสงดาว.

บุรชัย ศิริมหาสาคร และพัชรา กวางทอง. (2552). **สรรพวิธีจัดการความรู้สู่องค์กรอัจฉริยะ**.  
กรุงเทพฯ: แสงดาว.

ปณิดา นิสสัยสุข. (2552). “ความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในพื้นที่  
เทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี”. ปัญหาพิเศษ  
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ วิทยาลัยการบริ  
หารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปถมพร พันธุ์อุบล. (2553). “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี”. สารนิพนธ์ปริญญา  
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ.

ประพนธ์ ผาสุยชัย. (2550). **การจัดการความรู้ (KM) ฉบับขับเคลื่อน LO**. กรุงเทพฯ: ไยใหม่.

ประสพชัย พสุนนท์. (2553). **สถิติธุรกิจ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ที่อุป.

ปัทมา พวงขุนทด. (2554). “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานด้านการ  
จัดการขยะติดเชื้อของพนักงานโรงพยาบาลศิริราช”. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจ  
มหาบัณฑิตมหาบัณฑิต สาขาวิชาการประกอบการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
ศิลปากร.

พรพรรณ เกตุทอง. (2554). “ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อการรับรู้  
ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ศูนย์บริการสาธารณสุข 66 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

พรรณี สวนเพลง. (2552). **เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมสำหรับการจัดการความรู้**.  
กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

พูนพนิต โอเอี่ยม. (2556). พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ใน  
โรงพยาบาลสมุทรสาคร. *วารสารวิทยบริการ*, 24(4): 126-134.

- พระวิฑูรย์ ฐานเมธี (บุญพร้อม). (2554). “การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการบริหารกิจการคณะสงฆ์ในจังหวัดหนองบัวลำภู”. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- มัตติกา ขงอยู่. (2559). “การกักเก็บ และการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 5; กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี”. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ยุทธนา คำนิล. (2551). “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย คุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุขในชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนของรัฐ จังหวัดสมุทรปราการ”. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมสังคมวิทยาอังกฤษ-ไทย**. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- วิจิตรา ฤทธิ์ประภา. (2551). “การจัดเก็บขยะติดเชื้อของพนักงานรักษาความสะอาดในโรงพยาบาลราชบุรี”. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- วีระชัย สิทธิปิยะสกุล. (2557). **ขยะติดเชื้อ ใคร?...รับผิดชอบ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เกวลีพรีนติ้ง.
- วชิรกร สุวรรณมณี. (2554). “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวการผ่าตัดในเด็กวัยเรียน”. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณภา เฉลยบุญ. (2556). “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี”. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศรีสุคนธ์ หลักดี. (2551). “การศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเอกชน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี”. การค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์และการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สุวคนธ์ กุรัตน, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, พัชรี ภาระโช และสกวรัตน์ ไกรจันทร์. (2553). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีมหาสารคาม**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2559). แนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สมรรถชัย คันธมาทน์. (2556). “ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนการสอนตามหลักสูตรของสถาบันการพลศึกษาในเขตภาคใต้ ปีการศึกษา 2555”. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อนันต์ ศิริพงษ์วัฒนา. (2552). “ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่แก้ว อำเภอบางบึง จังหวัดชลบุรี”. ปัญหาพิเศษปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อารีย์ สุพรรณ. (2552). “ความรู้และความต้องการคัดแยกขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดของเทศบาลตำบลบ้านแหลม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี”. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุเทน ปัญโญ. (2554). สถิติสำหรับการวิจัย. เอกสารประกอบการสอน วิชาโภชนศาสตร์ศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (อัดสำเนา).
- เอกนรินทร์ กลิ่นหอม. (2553). “การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- อังสุมาลี อากรสกุล. (2556). “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อกับการจัดการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อของสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน : กรณีศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- Becker, M. H. (1974). **The Health Belief Model and Personal Health Behavior.** New Jersey: Charles, B.Slack.
- Berman, Audrey, Snyder Shirlee, Frandsen Geralyn, Levett-Jones Tracy, Dwyer Trudy, Hales Majella, Harvey Nichole, Langtree Tanya, Moxham Lorna,

- Parker Barbara, Reid-Searl Kerry, and Stanley David. (2017). **Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing**. 4<sup>th</sup> ed. Australia: Pearson.
- Bloom, Benjamin S., Hastings John T., and Madaus George F. (1971). **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: McGraw-Hill.
- Dasimah, Omar, Siti Nurshahida Nazli, and Subramaniam A/L Karuppanan. (2012). Clinical Waste Management in District Hospitals of Tumpat, Batu Pahat and Taiping. **Social and Behavioral Sciences**, **68**: 134-145.
- Mahbobeh, Oroei, Mohsen Momeni, Charles John Palenik, and Mehrdad Askarian. (2014). A qualitative study of the causes of improper segregation of infectious waste at Nemazee Hospital, Shiraz, Iran. **Journal of Infection and Public Health**, **7**(3): 192-198.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. 3<sup>rd</sup> ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Raheelah Amin, Rubina Gul, and Amina Mehrab (2013). Hospital Waste Management; Practices in different hospitals of Distt. Peshawar. **Professional Medical Journal**, **20**(6): 988-994.
- Vetrivel, Chezian. (2014). Segregation of biomedical waste in an South Indian tertiary care hospital. **Journal National Science, Biology and Medicine**, **5**(2): 378-382.

## ออนไลน์

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2552). ประเภทของการวิจัย. เข้าถึงเมื่อ 19 เมษายน 2561. เข้าถึงได้จาก [www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=13186&Key=news\\_research](http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=13186&Key=news_research)
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2556). การจัดการมูลฝอย. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก [http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/region57/?module=!&file=ip7\\_waste.php](http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/region57/?module=!&file=ip7_waste.php)
- ธีรชัย ใจดี. (2557). ประเภทมาตรการวัดเจตคติ. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561. เข้าถึงได้จาก <https://thirachai.wordpress.com/2014/07/02/ประเภทมาตรการวัดเจตคติ/>

- ธนาภรณ์ จามร. (2554). **แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัว**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก <https://sites.google.com/.../2-naewthang-kar-pramein-sukhpaph-khxng-tnxeng-laea->.
- ประโชติ กราบกราน. (2559). **การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก [envhealthcluster.anamai.moph.go.th/.../3.ชี้แจงแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ...](http://envhealthcluster.anamai.moph.go.th/.../3.ชี้แจงแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ...)
- พุดสุข นิลกิจสรานนท์. (2560). **แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม ปี 2561-63: ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน**. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561. เข้าถึงได้จาก [https://www.krungsri.com/bank/getmedia/.../IO\\_Private\\_Hospital\\_2017\\_TH.aspx](https://www.krungsri.com/bank/getmedia/.../IO_Private_Hospital_2017_TH.aspx).
- ยุงยุทธ พนิตอังกูร. (2554). **กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ**. เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2561. เข้าถึงได้จาก [http://km.reo15.net/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=7:environmental-laws&id=66:2011-04-07-04-06-10](http://km.reo15.net/index.php?option=com_content&view=article&catid=7:environmental-laws&id=66:2011-04-07-04-06-10).
- ราช ศิริวัฒน์. (2560). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค**. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561. เข้าถึงได้จาก <https://doctemple.wordpress.com/2017/01/25/ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ/>
- โรงพยาบาลน้ำโสม. (2555). **ประเภทขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลน้ำโสม**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก [http://icthammasat.blogspot.com/2013/07/blog-post\\_12.html](http://icthammasat.blogspot.com/2013/07/blog-post_12.html)
- โรงพยาบาลเส้าไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา. (2558). **แนวคิดเกี่ยวกับความรู้**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก [http://www.saohaihospital.com/saohai\\_www/data\\_office/doc29.pdf](http://www.saohaihospital.com/saohai_www/data_office/doc29.pdf).
- วรรัตน์ ตั้งบรรเจิดกุล. (2558). **SECI Model**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก <http://ywararat.blogspot.com/2015/10/seci-model-tacit-knowledge-explicit.html>.
- ศูนย์สัตว์ทดลองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (ม.ป.ป.). **กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก <https://nelac.kku.ac.th/laws.php>.
- สุบิน ยุระรัช. (2550). **ทฤษฎีการวัดทัศนคติ (Theory of Attitude Measurement)**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก [https://www.bloggang.com/mainblog.php?id=in\\_the\\_dark&month=27-062007&group=2&gblog=27](https://www.bloggang.com/mainblog.php?id=in_the_dark&month=27-062007&group=2&gblog=27).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560 กรมควบคุมมลพิษ). **จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัด พ.ศ. 2559**. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.

- อนุชิต ดงกาง. (2557). การสร้างแนวความคิดและเจตคติ. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561. เข้าถึงได้จาก [http://anuchitsopmah.blogspot.com/2014/01/blog-post\\_4415.html](http://anuchitsopmah.blogspot.com/2014/01/blog-post_4415.html).
- อานนท์ ภาคมาลี. (2555). หมออนามัย นวัตกรรม การจัดการขยะติดเชื้อ. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/490765>.
- ฤทธิไกร ไชยงาม. (2560). ทฤษฎี “ภูเขาน้ำแข็ง”. เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2561. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/635154>.





ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วณิชพล มหาอาชา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสรี วรพงษ์
3. อาจารย์ ดร. ชนนนา รอดสุทธิ



**ภาคผนวก ข**  
**แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย**

**แบบสอบถาม**

**เรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อและศึกษาปัญหาอุปสรรครวมถึงข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ
- ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ
- ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ
- ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการสำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้นและจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ดังนั้นจึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงตามความเป็นจริงหรือใกล้เคียงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยความตั้งใจและครบถ้วนทุกข้อ

.....

Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

นักศึกษานิพนธ์โท สาขาสิ่งแวดล้อม  
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำอธิบาย โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน .....ปี

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน .....บาท

4. ตำแหน่งงาน .....

5. แผนกที่ปฏิบัติงาน .....

### ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างสำหรับข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง

ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	ใช่	ไม่ใช่
1. ขยะติดเชื้อ คือ ขยะที่เป็นผลมาจากขบวนการให้การรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค		
2. ขยะติดเชื้อ ได้แก่ เนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนอวัยวะ สารคัดหลั่งและสิ่งขับถ่าย เท่านั้น*		
3. หากมีการสัมผัสกับขยะติดเชื้อไม่จำเป็นต้องมีการดูแล/ป้องกันเป็นพิเศษ*		
4. ขยะติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ และวัณโรค		
5. ขยะติดเชื้อสามารถทิ้งรวมกับขยะทั่วไปได้*		
6. ขยะติดเชื้อควรคัดแยกและจัดเก็บในภาชนะเฉพาะ เช่น ถุงสีแดงหรือถังขยะติดเชื้อ		
7. ขยะติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา มีด ฯลฯ ต้องแยกทิ้งเฉพาะต่างหากจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น		

ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	ใช่	ไม่ใช่
8. การทิ้งน้ำเลือด/สารคัดหลั่งต่าง ๆ จากร่างกายลงในท่อระบายน้ำรวม ไม่ทำให้เกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อม เพราะมีปริมาณเพียงเล็กน้อย*		
9. ผ้าก๊อช สำลี ผ้าพันแผล ถุงมือที่ใช้แล้ว ถือว่าเป็นขยะติดเชื้อต้องทิ้งใน ถุงสีแดง		
10. เจ้าหน้าที่/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลควรมีความรู้ เรื่องการคัดแยกขยะติดเชื้อ		

\* ข้อคำถามเชิงลบ

### ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างสำหรับท่านมีความเห็นต่อข้อความด้านล่างเพียงใด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย
1. โรงพยาบาลควรมีการคัดแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะ มูลฝอยปกติ			
2. การคัดแยกขยะติดเชื้อเป็นวิธีการที่เสียเวลา*			
3. การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้ง ณ แหล่งกำเนิดเป็นเรื่อง ยากลำบากในการปฏิบัติ*			
4. การทิ้งขยะติดเชื้อปะปนกับขยะทั่วไปไม่ทำให้เกิด ผลเสียแต่อย่างใด*			
5. การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย ในการกำจัดขยะของโรงพยาบาลได้			
6. การคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนทิ้งเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลทุกคน			
7. การปฏิบัติตามหลักการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง สามารถช่วยลดความเสี่ยง/อันตรายต่อสุขภาพและรักษา สิ่งแวดล้อมได้			

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกขยะติดเชื้อ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย
8. การคัดแยกขยะติดเชื้อต้องใช้ความระมัดระวังมากกว่า ขยะประเภทอื่น			
9. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดร่างกายหลังจาก เสร็จสิ้นจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ ติดเชื้อ*			
10. โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการคัดแยกขยะ ติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล			

\* ข้อคำถามเชิงลบ

#### ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างสำหรับข้อความที่ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด  
โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	5	4	3	2	1
1. ท่านทราบกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและสร้าง เสริมสุขภาพ					
2. ท่านให้ความสนใจใฝ่หาความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพ					
3. เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะปรึกษาแพทย์/ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข					
4. ท่านสังเกตและทราบถึงความผิดปกติของ ร่างกายตนเอง					

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	5	4	3	2	1
5. ท่านตรวจดูการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง					
6. ท่านรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์					
7. ท่านออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับตนเอง					
8. ท่านหาโอกาสออกกำลังกาย เช่น เดินขึ้นบันได					
9. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ					
10. ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม					

#### ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างสำหรับข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

- 5 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง
- 4 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้งหรือประมาณ 75%
- 3 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นบางครั้งหรือประมาณ 50%
- 2 หมายถึง มีการกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้งหรือประมาณ 25%
- 1 หมายถึง ไม่เคยกระทำ/ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อ	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายในระหว่างการคัดแยกขยะติดเชื้อ เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดปากปิดจมูก					
2. ท่านแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไป หลังให้การรักษาพยาบาล					
3. ท่านแยกขยะติดเชื้อประเภทของมีคมออกจากขยะติดเชื้อประเภทอื่น					

พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
4. เมื่อมีขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลวตกบนพื้นขณะปฏิบัติงาน ท่านปล่อยให้ทิ้งไว้ให้แห้งเองตามธรรมชาติ*					
5. ท่านสวมปลอกเข็มฉีดยาก่อนทิ้งลงถังขยะติดเชื้อ					
6. ท่านทิ้งขยะติดเชื้อประเภทของมีคมในภาชนะสำหรับบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุแล้วปิดฝาให้แน่น					
7. ท่านทิ้งขยะติดเชื้อลงในถุงขยะสีแดงหรือถังขยะติดเชื้อ					
8. ท่านไม่นำขยะติดเชื้อไปทิ้งในถังขยะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ถังขยะติดเชื้อ*					
9. ขยะติดเชื้อประเภทของมีคมต้องทิ้งในภาชนะที่มีความแข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุ					
10. ท่านใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือหยิบจับขยะติดเชื้อที่ตกลงพื้นหรือหยิบด้วยถุงมืออย่างหนา					

\* ข้อคำถามเชิงลบ

**ส่วนที่ 7 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อ**

คำอธิบาย โปรดเติมข้อความในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่าน

1. ท่านประสบปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมีข้อเสนอแนะในการจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค  
แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์นี้เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ และศึกษาปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะในการคัดแยกขยะติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี โดยแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

1. เพศ .....
2. อายุ .....ปี
3. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ..... ปี
4. ตำแหน่งงาน .....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดราชบุรี

1. ท่านมีนโยบายในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมีมาตรการในการบริหารจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านมีการสร้างระเบียบวินัยให้แก่เจ้าหน้าที่ในการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. แผนของโรงพยาบาลมีการอบรมการคัดแยกขยะติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่อย่างไร และใช้สื่อในการให้ความรู้อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ**

1. ท่านประสบปัญหาหรืออุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมีข้อเสนอแนะในการจัดการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลของท่านอย่างไร

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ง

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน




*Certificate of MUSSIRB Approval*

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Certificate of Approval No.:	2018/167.1707
MUSSIRB No.:	2018/193 (B1)
ID-Student:	5937919 SHSS/M
Title of Project:	INFECTIONS WASTE SORT OUT BEHAVIOR OF STAFF IN PRIVATE HOSPITALS IN RATCHABURI PROVINCE
Principal Investigator:	MRS.BUSSARA KUAYNIEM
Major Advisor:	ASST.PROF.DR. WANIPPOL MAHAARCHA
Name of Institution:	FACULTY OF SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES
Approval includes:	1) MUSSIRB Submission Form version received date 28 June 2018 2) Participant Information sheet version date 28 June 2018 3) Informed Consent Form version date 28 June 2018

The Committee for Research Ethics (Social Sciences) is in full compliance with International Guidelines of Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, and CIOMS Guidelines.

Date of Approval:	July 17, 2018
Date of Expiration:	July 16, 2019

Chairman	Head of the Institute
	
(Emeritus Professor Dr.Santhat Sermsri)	(Assoc.Prof.Dr.Luechai Sri-Ngernyuang) Dean of Faculty of Social Sciences and Humanities

Office of The Committee for Research Ethics (Social Sciences), Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University  
Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel.(662) 441 9180 Fax.(662) 441 9181  
Website: www.mussirb.com ; e-mail: mussirb310@gmail.com

Copyright by Mahidol University

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางบุษรา กวยเนียม
วัน เดือน ปีเกิด	16 พฤษภาคม พ.ศ. 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2538–2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2559–2562 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม)
ที่อยู่ปัจจุบัน	145/342 หมู่ 9 ตำบลอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โทรศัพท์ 089-919-4956 Email : bussavut@gmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกรุงเทพเมืองราช จังหวัดราชบุรี