



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

FACTORS INFLUENCING INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG COMMUNITY CAREGIVERS IN KANTHARAWICHAI DISTRICT, THAILAND

Received: February 23, 2025

Revised: June 23, 2025

Accepted: June 28, 2025

ชไมพร แพงโท^{1*}, นิรุวรรณ เทิร์นโบล¹, จินดาวลัย วิบูลย์อุทัย¹, ฤชากร คงมัน²

Chamaiphon Phaengtho^{1*}, Niruwan Turnbull¹, Jindawan Wibuloutai¹,

Ruchakron Kongmant²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 145 คน เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ Point-Biserial Correlation สถิติ Eta Correlation Coefficient และสถิติ Pearson's Correlation

ผลการวิจัย พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.17 อายุ 30-59 ปี ร้อยละ 74.47 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.45 เคยจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยการทิ้งรวมไปกับมูลฝอยชุมชน ร้อยละ 21.46 กำจัดด้วยการเผา ร้อยละ 17.56 และขุดหลุมฝังกลบ ร้อยละ 18.05 มีความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อดี (mean = 15.53, S.D. = 2.53) มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อดี (mean = 3.90, S.D. = 0.49) และมีเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อปานกลาง (mean = 3.62, S.D. = 0.51) การทดสอบความสัมพันธ์พบว่า อาชีพ ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรู้ ($r = 0.247$, $p\text{-value} < 0.01$) และเจตคติ ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เพิ่มการสื่อสารเชิงบวก เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง

คำสำคัญ: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, ผู้ช่วยเหลือดูแล, ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรม

¹ สาขาวิชาเทคโนโลยีทางสุขภาพและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Health and Safety Technology Program, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² ศูนย์วิจัยเฉพาะทางด้านนโยบายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Public Health and Environmental Policy in Southeast Asia Research Cluster: PHEP-SEA, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: Chamaiphon.pha@gmail.com



Abstract

This study aimed to examine the factors associated with infectious waste management behaviors among caregivers in Kantharawichai District, Maha Sarakham Province, Thailand. A cross-sectional descriptive research design was employed. A total of 145 participants were selected using purposive sampling. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Point-Biserial Correlation, Eta Correlation Coefficient, and Pearson's Correlation.

The results showed that the majority of participants were female (95.17%) and aged between 30 and 59 years (74.47%). Most were farmers (63.45%). In terms of waste management practices, 21.46% disposed of infectious waste along with general household waste, 17.56% used burning methods, and 18.05% buried the waste. Participants had a good level of knowledge (mean = 15.53, S.D. = 2.53), good management behavior (mean = 3.90, S.D. = 0.49), and a moderate attitude toward infectious waste management (mean = 3.62, S.D. = 0.51).

The statistical analysis revealed significant positive correlations between occupation ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$), knowledge ($r = 0.247$, $p\text{-value} < 0.01$) and attitude ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.01$) and the behaviors related to infectious waste management. These findings highlight the need for targeted educational programs and effective communication strategies to enhance awareness and improve proper infectious waste management among community caregivers, thereby reducing health and environmental risks.

Keywords: Infectious waste management, Caregivers, Knowledge, Attitudes, Behavior



บทนำ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นประเด็นสำคัญในระบบสาธารณสุข เนื่องจากมูลฝอยติดเชื้อเป็นของเสียที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งหากไม่มีการจัดการที่ถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ ในประเทศไทย มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ยปีละ 1.5 แสนตัน ซึ่งกว่าร้อยละ 20 มาจากบริการสุขภาพระดับชุมชน มีแหล่งกำเนิดหลายแห่ง เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกเอกชน⁽²⁾ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งมักมีผู้ดูแล เป็นผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อหลัก อย่างไรก็ตาม การจัดการที่ไม่ถูกต้องหรือขาดความรู้ที่เพียงพออาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อและอันตรายต่อสุขภาพ⁽³⁾ ปัญหาจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับครัวเรือนและชุมชนนั้น มีให้เห็นอยู่เสมอๆ โดยเฉพาะการทิ้งรวมกับมูลฝอยชุมชนประเภทอื่นๆ เนื่องจากยังไม่มีระบบการจัดการที่อำนวยความสะดวกที่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน⁽⁴⁾ สาเหตุสำคัญอีกประการ คือ ประชาชนยังมีองค์ความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่มากพอ จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน จังหวัดราชบุรี ในปี 2558 พบว่า ประชาชนมีระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 64.50 และ 69.70 ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องในระดับต่ำ ร้อยละ 53.50⁽⁵⁾ และการศึกษาศักยภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของชุมชนของ ประจวบ แสงดาว⁽⁶⁾ จากกลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับตำบลของเขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2565 พบว่า ชุมชนมีศักยภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับต่ำ

ผู้ช่วยเหลือดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและครัวเรือน และเป็นผู้ที่สัมผัสโดยตรงกับของเสียที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค การศึกษาของ ชีร์คณีย์ ชาวป่า และคณะ⁽⁷⁾ ในจังหวัดพิษณุโลก ปี 2565 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชนมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนการเข้ารับการอบรมในระดับต่ำ และการศึกษาของ พิรฮาน ดาเลหมัน และคณะ⁽⁸⁾ ในจังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2566 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยในครัวเรือนระดับต่ำ (เฉลี่ย 2.27, S.D. = 0.50) เนื่องจากขาดองค์ความรู้และความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง แม้ว่าจะมีนโยบายและแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับประเทศ แต่การนำไปปฏิบัติในชุมชนยังคงมีความท้าทาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลที่ปฏิบัติงานนอกสถานพยาบาล การศึกษาของกรมอนามัย⁽⁹⁾ พบว่า ในปี 2567 ผู้ช่วยเหลือดูแลเพียงร้อยละ 42.50 มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการแยกประเภทและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เนื่องจากยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง นอกจากนี้ Thobile Zikhathile และ Harrison Atagana⁽¹⁰⁾ พบว่า ในปี 2018 ผู้ช่วยเหลือดูแลในชุมชนของประเทศแอฟริกาใต้ ประสบปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมาก เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และทรัพยากรที่จำเป็น และมีภาระงานหนัก โดยดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3-4 ครัวเรือน



ต่อวัน ซึ่งสร้างมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 2.3 กิโลกรัมต่อวัน และกว่าร้อยละ 55 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่จัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม สาเหตุสำคัญมาจากการขาดความรู้และการสนับสนุน

จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแลในประเทศไทยจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติและสามารถนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนการอบรม การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา

อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะชุมชนเมืองและชุมชนชนบทผสมผสานกัน มีลักษณะการอยู่อาศัยที่หลากหลาย และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการพักรักษาตัวค่อนข้างมาก ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจนตาม แต่ในระดับครัวเรือนกลับพบว่า ญาติและผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ยังไม่มีงานวิจัยในระดับพื้นที่ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนในท้องถิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ช่วยเหลือดูแล (caregivers) ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวนทั้งหมด 204 คน⁽¹¹⁾ กำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan⁽¹²⁾ ดังสมการ

$$n = [\chi^2 Np(1-p)] / [(e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p))]$$

โดยที่ N = จำนวนประชากร



χ^2 = ค่า Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 3.841

p = สัดส่วนของประชากร (กำหนดที่ 0.5)

e = ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่า } n = [(3.841 \times 204 \times 0.5 \times 0.5)] / [(0.05)^2 \times (204 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5]$$

$$n = 195.89 / 1.47$$

$$n = 134 \text{ คน}$$

ได้จำนวน 134 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 11 คน ร้อยละ 8 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด 145 คน จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย มีความสามารถในการอ่าน การเขียน และการใช้โทรศัพท์มือถือระดับดี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ และไม่สามารถใช้โทรศัพท์มือถือได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยคือ แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานการณ์เข้าร่วม ลักษณะที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ประเภทและปริมาณของมูลฝอยติดเชื่อที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ โดยในแต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบว่า ถูกหรือผิด กำหนดเกณฑ์คะแนน คือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹³⁾ คือ คะแนน 0-11 หมายถึง มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อระดับไม่ดี, คะแนน 12-15 หมายถึง มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อระดับปานกลาง และคะแนน 16-20 หมายถึง มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อระดับดี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ มีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำถามเป็นลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีตัวเลือก 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แบ่งพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อออกเป็น 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับไม่ดี, คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ประกอบด้วยตัวเลือก 5 ระดับ แบ่งเจตคติที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย



ติดเชื่อ ออกเป็น 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีเจตคติระดับไม่ดี, คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง มีเจตคติระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง มีเจตคติระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขชุมชน จำนวน 3 ท่าน โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.95 และปรับแก้แบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ช่วยเหลือดูแลตำบลลาด อำเภอมืองมหาสารคาม จำนวน 32 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ Cronbach เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบจุด-สองส่วน (point-biserial correlation) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation Coefficient) และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของสถานบริการสาธารณสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 663-385/2567 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.17 มีอายุ 30-59 ปี ร้อยละ 74.48 (mean = 54.44 ปี, S.D. = 8.03) แต่งานแล้ว ร้อยละ 66.21 จบการศึกษาระดับชั้น ม.ปลาย ร้อยละ 51.03 ด้านการอยู่อาศัย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 66.90 ด้านการประกอบอาชีพ และรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.45 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.76 (mean = 6,214.28, S.D. = 6,510.98) ทำให้ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 86.89 และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน ร้อยละ 46.90 ด้านการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ร้อยละ 97.93 มีจำนวนผู้ป่วยในการดูแลน้อยกว่า 5 คน ร้อยละ 53.10 (mean = 4.35, S.D. = 2.89) และพบว่าเคยจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยการทิ้งรวมไปกับมูลฝอยชุมชน ร้อยละ 21.46 กำจัดด้วยตนเองด้วยการเผา ร้อยละ 17.56 และขุดหลุมฝังกลบ ร้อยละ 18.05 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยเหลือดูแล (n = 145)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	7	4.83
- หญิง	138	95.17
2. อายุ		
- น้อยกว่า 30 ปี	1	0.69
- 30-59 ปี	108	74.48
- 60 ปี ขึ้นไป	36	24.83
(mean = 54.44, S.D. = 8.03, max = 78, min = 19)		
3. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	1	0.69
- ประถมศึกษา	20	13.79
- มัธยมศึกษาตอนต้น	21	14.48
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	74	51.03
- ปวช./ปวส.	23	15.86
-ปริญญาตรี	6	4.14
4. อาชีพหลัก		
- เกษตรกร	92	63.45
- ลูกจ้างของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.38
- ธุรกิจส่วนตัว	12	8.28
- รับจ้างทั่วไป	34	23.44
-ว่างงาน	5	3.45
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- น้อยกว่า 5,000 บาท	91	62.76
- ตั้งแต่ 5,000 บาท ขึ้นไป	54	37.24
(mean = 6,124.28, S.D. = 6,510.98, max = 70,000, min = 600)		
7. ความเพียงพอของรายได้		
- เพียงพอ	77	53.10
- ไม่เพียงพอ	68	46.90



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
8. ภาระหนี้สิน		
- ไม่มีหนี้สิน	19	13.10
- มีหนี้สิน	126	86.90
9. สถานะการจ้างงาน		
- Caregiver: CG	142	97.93
- Care Community: CC	3	2.07
10. จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล		
- น้อยกว่า 5 คน	77	53.10
- 5-10 คน	66	45.52
- มากกว่า 10 คน	2	1.38
(mean = 4.35, S.D. = 2.89, max = 11, min = 0)		
11. วิธีการจัดการมูลฝอยที่เคยใช้		
- ทิ้งร่วมกับมูลฝอยชุมชน	44	21.46
- รวบรวมและนำไปทิ้งที่ รพ.สต./สอน.	88	42.93
- กำจัดเอง (การเผา)	36	17.56
- กำจัดเอง (ขุดหลุมฝัง)	37	18.05

จากการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.62 (mean = 15.53, S.D. = 2.53) ระดับเจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.93 (mean = 3.62, S.D. = 0.49) และพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.48 (mean = 3.90, S.D. = 0.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล (n = 145)

ระดับ	mean	S.D.	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	15.53	2.53	ระดับดี
เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	3.62	0.49	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	3.90	0.51	ระดับดี



การทดสอบความสัมพันธ์ตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า อาชีพหลัก ($r = 0.102$, $p\text{-value} = 0.015$) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($r = 0.247$, $p\text{-value} = 0.003$) และ เจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($n = 145$)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	
	r	p-value
เพศ	0.068 (r_{PB})	0.417
อายุ	- 0.020 (r_{PC})	0.808
ระดับการศึกษา	0.091 (Eta)	0.422
อาชีพหลัก	0.102 (Eta)	0.015*
รายได้	0.082 (r_{PC})	0.327
ความเพียงพอของรายได้	- 0.093 (Eta)	0.490
ภาระหนี้สิน	- 0.010 (Eta)	0.974
สถานะการจ้างงาน	0.144 (r_{PB})	0.083
จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล	0.115 (r_{PC})	0.169
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.247 (r_{PC})	0.003**
เจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.427 (r_{PC})	<0.001**

* $p\text{-value} < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.01$, r_{PC} = Pearson's Correlation, r_{PB} = Point Biserial Correlation Coefficient, Eta = Eta Correlation Coefficient

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแลในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 145 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์ ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.17 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-59 ปี ร้อยละ 74.48 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 51.03 อาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.45 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.76 และส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 86.89



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อพบว่า มีบางส่วนที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้อง เช่น ทั้งรวมกับมูลฝอยชุมชน ร้อยละ 21.46 หรือการกำจัดเองโดยการเผา ร้อยละ 17.56 และชุดคลุมฝังกลบ ร้อยละ 18.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.62, ค่าเฉลี่ย = 15.53, S.D. = 2.53) เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.93, ค่าเฉลี่ย = 3.62, S.D. = 0.49) และพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี (ร้อยละ 74.48, ค่าเฉลี่ย = 3.90, S.D. = 0.51)

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ($r = 0.247$, $p\text{-value} < 0.01$) เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.01$) และปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ สถานะการจ้างงาน ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแลในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการ ได้แก่ อาชีพ ความรู้ และเจตคติ ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.427$, $p\text{-value} = 0.000$) สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมเจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่า เจตคติที่ดีจะนำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในที่สุด การที่ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น การเห็นความสำคัญของการคัดแยกมูลฝอยหรือการใช้ภาชนะที่ปลอดภัย ย่อมทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง และปลอดภัยมากขึ้น

ข้อมูลจากการวิจัยนี้ พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้และการฝึกอบรมที่เพียงพอ ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีร์คนัย ชาวป่า และสร้อยญา ถีป้อม⁽⁷⁾ ที่ระบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นเกษตรกรรมมักจะขาดความตระหนักในการคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนการอบรมเพื่อพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) โดยองค์การ



อนามัยโลก⁽¹⁶⁾ ที่ระบุว่าสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น อาชีพ มักจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม โดยผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ที่มีความรู้ระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ (r = 0.247, p-value < 0.01) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประชุมพร กวีกรรม และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่าการเพิ่มพูนความรู้สามารถลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการวิจัยยังอธิบายได้ว่า เจตคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างชัดเจนต่อพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสม (r = 0.427, p-value < 0.01) ซึ่งเจตคติที่ดีเกิดจากความรู้ที่ถูกต้อง และการรับรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ผลการศึกษาของ Kultida Bunjongsiri และคณะ⁽¹⁷⁾ ยังยืนยันว่า ในช่วงการระบาดของ COVID-19 การส่งเสริมเจตคติผ่านการให้ข้อมูลที่ถูกต้องช่วยปรับปรุงพฤติกรรมจัดการมูลฝอยได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นไปตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดย Nancy K. Janz⁽¹⁸⁾ ที่เสนอว่า ความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ (perceived severity) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี

อุปสรรคที่สำคัญต่อการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่มีขนาดการฝึกอบรมที่เหมาะสม และขาดอุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับการเน้นย้ำในรายงานของ Thobile Zikhathile และ Harrison Atagana⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลในชุมชนต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักและทรัพยากรที่จำกัด ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด

จากข้อมูลดังกล่าว การจัดการองค์ความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อควบคู่กับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ที่เพียงพอ จะสามารถปรับปรุงพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง
2. ควรใช้การสื่อสารเชิงบวกและการณรงค์ผ่านชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง



3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาและสนับสนุนการเข้าถึงอุปกรณ์ให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างเพียงพอ และควรมีจุดรวบรวมและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ที่สะดวกและปลอดภัย ลดปัญหาการเผาหรือฝังกลบมูลฝอยติดเชื้อเอง

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการตรวจสอบและประเมินผล เพื่อให้แน่ใจว่าการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน และควรมีการกำหนดแนวทางมาตรฐานสำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับชุมชน เพื่อให้ทุกคนสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิคือ รองศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ จันทร์ม่วง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัชชลิลา ยุคะลัง และอาจารย์ปาริชาติ ปกิระณะ ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยเหลือดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการให้ข้อมูลอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย จากเงินรายได้ ปีงบประมาณ 2568 จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health-care waste. [Internet]. 2024 [cited 15 Feb 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>
2. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท เอพี คอนเน็กซ์ จำกัด; 2566.
3. อนุ เอี่ยมทอง และเสน่ห์ แสงเงิน. การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2541; 2(2): 1-12.
4. ประชุมพร กวีกรรม, นารถฤดี กุลวิเศษณ์ และอำนาจ เหมลา. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(4): 703-728.
5. รติรส ตะโกพร. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
6. ประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภูจินดา. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเขตสุขภาพที่ 4. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2565; 9(2): 193-207.



7. ชีร์คนัย ชาวป่า และสร้อยญา ถีป้อม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อในครัวเรือนของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ภายใต้นำบลบึงกอก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารควบคุมโรค 2565; 48(4): 912-921.
8. พิรชาน ดาแลหมัน, มาริณี เจ๊ะหามะ, อโณชา หลายปัญญา, ประเสริฐ ประสมรักษ์ และกรกวรรณ คารุณิก. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากอานามัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเบ็ดเสร็จ ในชุมชนบ้านโลกเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566; 15(2): 14-27.
9. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. Thobile Zikhathile and Harrison Atagana. Challenges Facing Home-Based Caregivers in the Management of Health Care Risk Waste. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018; 15(12): 2700.
11. กรมอนามัย. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/reportzonenum>
12. Krejcie, R. & Morgan, D. Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30: 607-610.
13. BLOOM, Benjamin S. Human characteristics and school learning. McGraw-Hill; 1976.
14. LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*; 1932.
15. AJZEN, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50.2: 179-211.
16. WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization; 2008.
17. Kultida Bunjongsiri, Pathanin Sangaroon, Araya Prasertchai, Anunya Pradidthaprecha, Worrawit Nakpan, Saruda Jiratkulthana and Pokkamol Laoraksawong. Knowledge, Attitude, and Practice for Managing Infectious Waste Management during COVID-19 Pandemic: A Survey in Thailand. *Naresuan University Journal: Science and Technology* 2023; 31(2): 56-68.
18. JANZ, Nancy K.; BECKER, Marshall H. The health belief model: A decade later. *Health education quarterly* 1984; 11.1: 1-47.