การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์

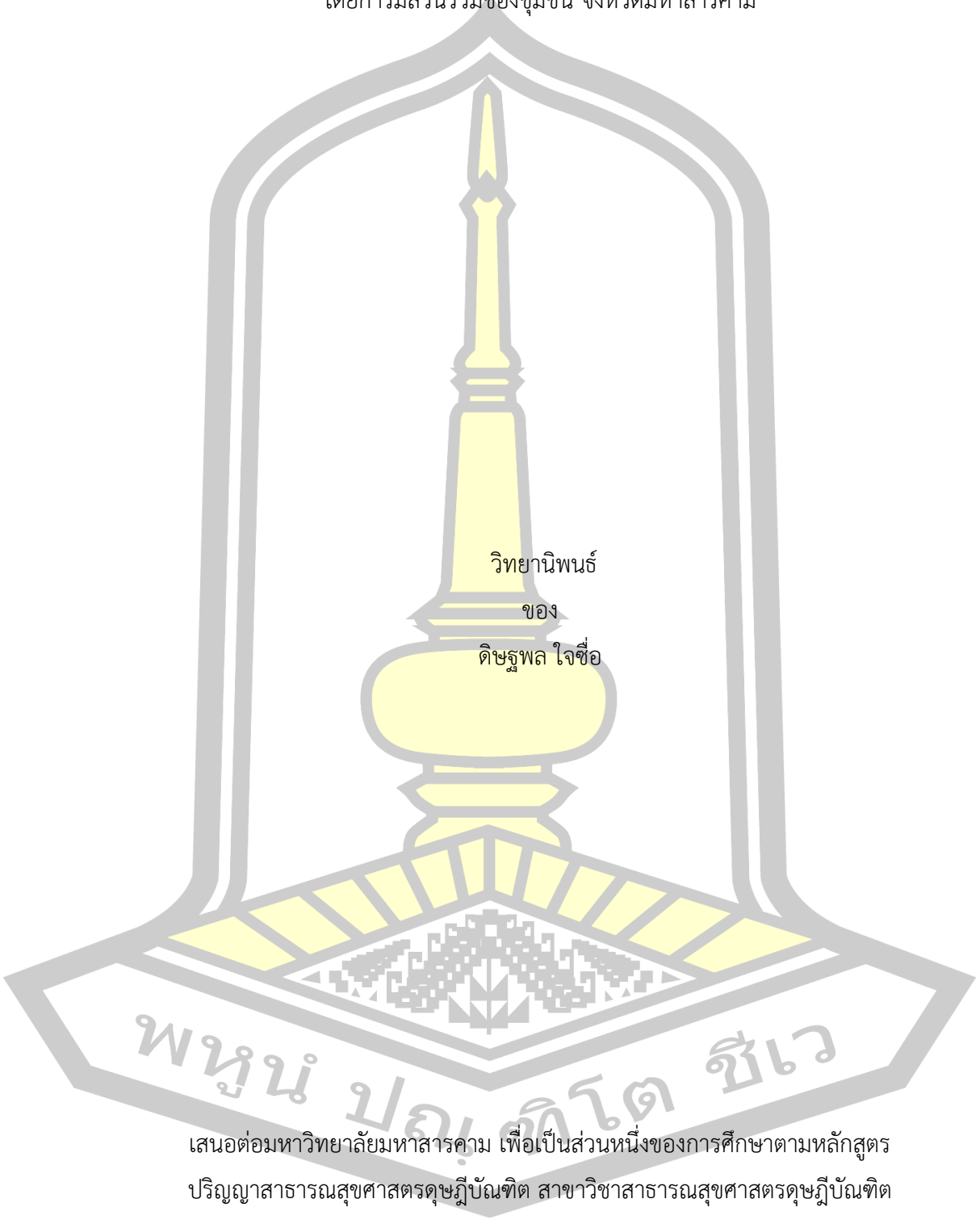
ของ

ดิษฐพล ใจซื่อ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม



วิทยานิพนธ์

ของ

ดิษฐพล ใจซื่อ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of a Model for Managing Infectious Waste and By-products from Long-Term Care of Dependent Elderly Individuals with Community Involvement in Maha Sarakham Province

Dittaphol Jaisue

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

January 2025

Copyright of Mahasarakham University

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายดิษฐพล ใจซื่อ แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. จำนงค์ ธนะภพ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผศ. ดร. ณัชชลิดา ยุคะลัง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....กรรมการ
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ
(ผศ. ดร. จารุวรรณ วิโรจน์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผศ. ดร. คมสันต์ ธงชัย)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....	.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)	(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัย ดิษฐพล ใจซื่อ

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัชชลิดา ยุคะลัง
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎี **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
บัณฑิต

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาบริบทสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย 2) ระยะพัฒนารูปแบบและประเมินผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระยะที่ 1 ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 429 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 429 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 60 คน ระยะที่ 2 ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 70 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 70 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามวัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม และแนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Binary logistic regression และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านสถานการณ์พบมูลฝอยติดเชื้อและของเสียมีแนวโน้มสูงขึ้นตามจำนวน ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ประเภทที่พบมากที่สุด คือ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ถุงปัสสาวะ ถุงน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง และเวชภัณฑ์ยาเสื่อมสภาพ ด้านการจัดการพบปัญหาความรู้ความเข้าใจและการสนับสนุนทรัพยากรไม่เพียงพอ ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามหลักวิชาการทั้งการคัดแยก เก็บรวบรวม ขนย้าย การพักเก็บ และการกำจัด 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ การผ่านการอบรม ระดับความรู้และเจตคติ และปัจจัย

ด้านผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป 3) กระบวนการในการพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ การคืนข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ การจัดลำดับความสำคัญและการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์ การติดตาม สะท้อนผล ประเมินผลและถอดบทเรียน 4) ผลการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.007$, $p<0.001$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) 5) รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) ด้านกระบวนการ คือ (1) กระบวนการพัฒนา ได้แก่ “มอง คิด ทำ นำสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง” และ (2) กระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ได้แก่ คู่มือการเรียนรู้และแนวปฏิบัติการคัดแยก เก็บรวมรวม ขนย้าย พักเก็บ และการกำจัด และ3) ด้านการเรียนรู้และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ 11 ด้าน คือ HCWM : PATTANA

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานท้องถิ่น 1) ควรกำหนดนโยบายหรือมาตรการควบคุมกำกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการกำจัดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 2) ควรยกระดับศักยภาพชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียร่วมกัน และพัฒนาระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับประเภท ปริมาณ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 3) ควรกำหนดเนื้อหาหรือกิจกรรมในการฝึกอบรมการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน พร้อมทั้งการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

พหุน ปณฺฑิโต ชีเว

TITLE Development of a Model for Managing Infectious Waste and By-products from Long-Term Care of Dependent Elderly Individuals with Community Involvement in Maha Sarakham Province

AUTHOR Dittaphol Jaisue

ADVISORS Assistant Professor Nachalida Yukalang , Ph.D.

Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.

DEGREE Doctor of Public Health **MAJOR** Doctor of Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2025

ABSTRACT

This mixed-methods research aimed to develop a model for managing infectious waste and By-products from long-term care of dependent elderly through community participation in Maha Sarakham Province. The study was conducted in two phases: 1) investigating the context, situation, and factors associated with infectious waste and healthcare waste management, and 2) developing and evaluating a community-participatory waste management model. The first phase included 429 dependent elderly individuals, 429 caregivers, and 60 stakeholders. The second phase comprised 70 dependent elderly individuals, 70 caregivers, and 42 stakeholders. Data collection tools included quantitative measures (questionnaires assessing knowledge, attitudes, and practices) and qualitative instruments (in-depth interviews, focus group discussion guidelines, and participatory observation protocols). Qualitative data underwent content analysis, while quantitative data was analyzed using descriptive statistics, Binary logistic regression, and paired t-tests.

Key findings revealed that 1) Infectious waste and healthcare waste volumes increased proportionally with the number of health problems and care needs of the elderly, with adult diapers, urinary catheters, peritoneal dialysis bags, and expired medical supplies being the most common types. Management issues included insufficient knowledge, inadequate resource support, lack of clear guidelines, and

improper handling practices in segregation, collection, transportation, storage, and disposal. 2) Significant factors associated with waste management included age, training experience, knowledge and attitude levels, and elderly patients with three or more chronic conditions. 3) The development process emphasized participation at all stages, including situation awareness, priority setting, planning, implementation, monitoring, reflection, evaluation, and lesson learning. 4) Post-intervention results showed significantly higher mean scores in knowledge, attitudes, and practices ($p<0.007$, $p<0.001$, and $p<0.001$, respectively). 5) The developed management model consisted of three components: multi-stakeholder participation, procedural aspects ("observe, think, do, continue"), and learning factors summarized as "HCWM: PATTANA".

Recommendations for government agencies and local authorities include 1) establishing strict policies for community-based infectious waste management, particularly regarding proper disposal methods, 2) enhancing community capacity for collaborative waste management and developing continuous monitoring systems for waste types, quantities, and management practices, and 3) incorporating infectious waste management content into elderly care training programs with systematic evaluation protocols.

Keyword : Infectious Waste and By-products, Long-Term Care of Dependent Elderly, community Involvement

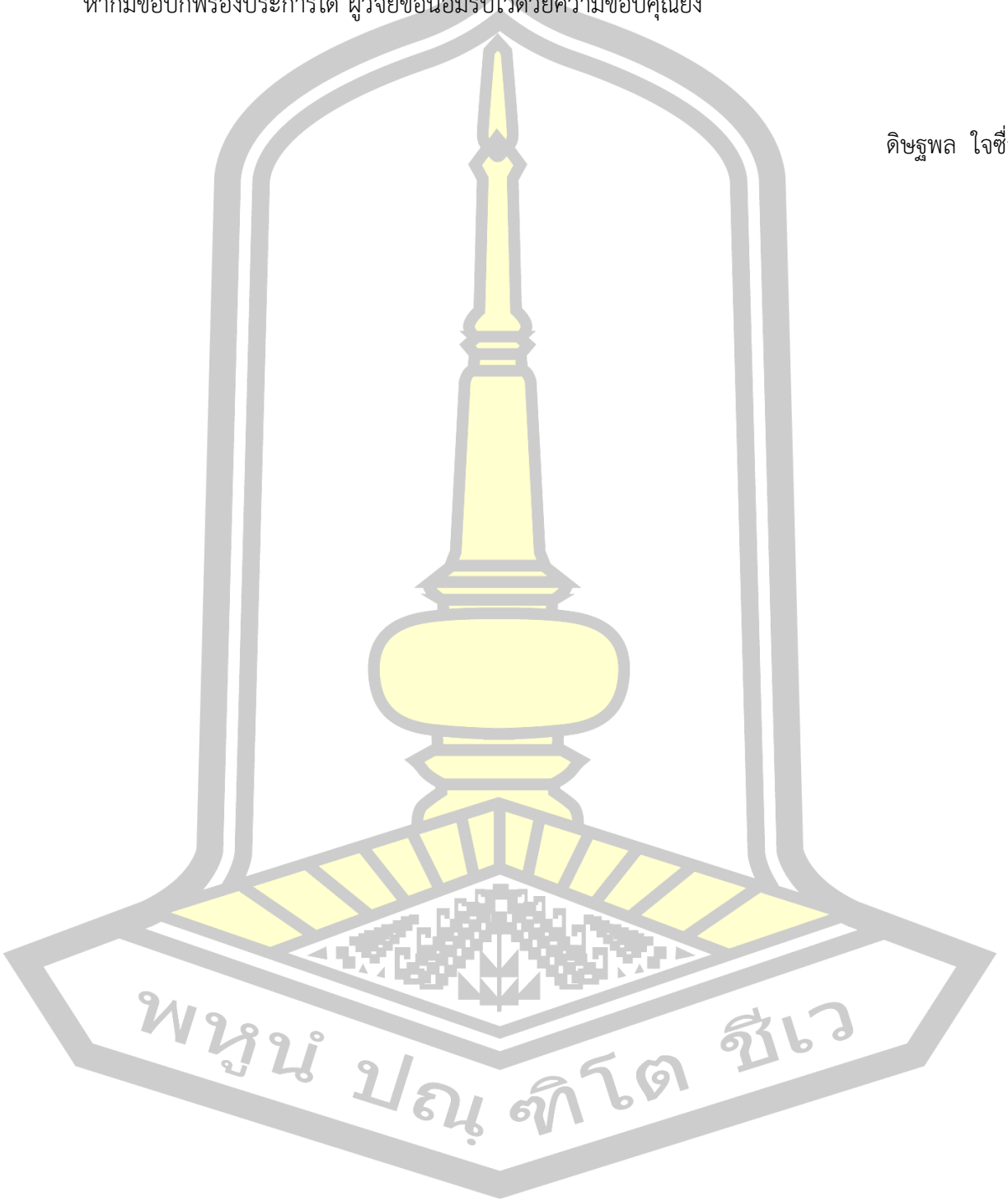
กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัชชลิดา ยุคะลัง และรองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการศึกษาครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จำนงค์ ธนะภพ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ วิโรจน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้บริหาร คณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้กรุณาอบรม สั่งสอน ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีค่า สร้างความพร้อมให้นิสิตมีคุณสมบัติของผู้ที่จะเป็นดุษฎีบัณฑิต ตลอดจนให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการในพื้นที่ทุกคนที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาทุกประการ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิราณี อิ่มน้ำขาว ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อาจารย์ณฐพร คำศิริรักษ์ อาจารย์วีระชัย อิ่มน้ำขาว อาจารย์ ดร.กำทร ดานา อาจารย์อนุชา ไทยวงษ์ อาจารย์กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร อาจารย์ชนิดาภา วงศ์รักษา และอาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชนทุกท่าน ที่สนับสนุนและช่วยเหลือในการศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อดำริห์ ใจซื่อ คุณแม่ประภา ใจซื่อ และพี่น้องครอบครัวใจซื่อทุกคน ที่อบรมเลี้ยงดู สนับสนุนการศึกษาและการทำงานทุกอย่างของลูก ขอบคุณคุณวัชรชัย ใจมีพร ที่คอยดูแลให้กำลังใจในการศึกษาและการพัฒนาวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อน พี่ น้อง นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ ดูแลช่วยเหลือและให้คำปรึกษาด้วยดีเสมอมาจนประสบความสำเร็จ

สุดท้ายผลอันจะเป็นประโยชน์ ความดีความงามทั้งปวงที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บิดา มารดา ครูอาจารย์ ผู้มีพระคุณ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนทุกท่าน และหากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

ดิษฐพล ใจซื่อ



สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ซ

สารบัญ ..... ญ

สารบัญตาราง ..... ฐ

สารบัญภาพประกอบ ..... ฒ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 หลักการและเหตุผล 1

1.2 คำถามการวิจัย 7

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย 7

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 8

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 9

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ 13

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล 14

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 14

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง 32

2.3 การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) 57

2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 62

2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วม 67

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 71

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย 89
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ 91
3.1 รูปแบบการวิจัย 91
3.2 พื้นที่ในการวิจัย 92
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย 92
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 97
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 100
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล 108
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย 108
3.8 จริยธรรมในการวิจัย 110
บทที่ 4 ผลการวิจัย 111
4.1 ผลการศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 111
4.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 139
4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 149
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 211
5.1 สรุปผล 211
5.2 อภิปรายผล 220
5.3 ข้อเสนอแนะ 245
5.4 ข้อจำกัดของการศึกษา 247
บรรณานุกรม 249
ภาคผนวก 262
ภาคผนวก ก แผนปฏิบัติกิจกรรม (Action Plan) 263

ภาคผนวก ข สื่อการเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 275
ภาคผนวก ค ภาพการดำเนินการและผลการเปลี่ยนแปลงภายหลังการดำเนินการ 315
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 322
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 329
ประวัติผู้เขียน 349

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 429)..... 113

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 429)..... 115

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน (n= 429)..... 122

ตารางที่ 4 ขั้นตอน สถานการณ์ การจัดการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน..... 132

ตารางที่ 5 แสดงระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=429)..... 140

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ (n=429)..... 141

ตารางที่ 7 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อ (n=429)..... 143

ตารางที่ 8 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อ (n=437)..... 145

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=429)..... 147

ตารางที่ 10 บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน..... 160

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา..... 171

ตารางที่ 12 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 70)..... 178

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70).... 181

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70) 184

ตารางที่ 15 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ (n=70) 185

ตารางที่ 16 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ (n=70) 187

ตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70) 190

ตารางที่ 18 การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 201

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพที่ 1 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12 แบบแผน 60

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย 89

ภาพที่ 3 ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง 94

ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 177

ภาพที่ 5 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน 209

ภาพที่ 6 รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มี 210

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรโลก โดยในปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน มีผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2019) ในปี 2021 ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20.0 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35.0 อิตาลี ร้อยละ 30.0 และโปรตุเกสร้อยละ 30.0 ในภูมิภาคอาเซียนมีประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ ที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10.0 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22.0) ไทย (ร้อยละ 19.0) เวียดนาม (ร้อยละ 13.0) มาเลเซีย (ร้อยละ 11.0) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10.0) เมียนมาร์ (ร้อยละ 10.0) และบรูไน (ร้อยละ 10.0) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565 และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7.0 ต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) และคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสูงสุด (Super-Aged Society) เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่นที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 28.0 ในปี พ.ศ. 2574 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566)

ในการรองรับการเปลี่ยนแปลงและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย มีการกำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์และการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long–term care) ที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้าน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) โดยหนึ่งในมาตรฐานสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ได้กำหนดมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ต้องมีระบบการกำจัดมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะ มีการจัดการที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดมลพิษ และความเดือดร้อนรำคาญต่อชุมชน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยครอบคลุมถึงนิยามมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ มูลฝอยทางการแพทย์ (Medical Waste) ของเสียจากการดูแลสุขภาพ (Health-care Waste) ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ที่บ้าน การรักษาพยาบาล การบำบัด ฟื้นฟูและการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ การจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพและสิ่งปฏิกูล การส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม ซึ่งนอกจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว ผู้สูงอายุมักมีภาวะทุพพลภาพตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย กลายเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด (ประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ, 2565) โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (ณปภา ประยูรวงษ์, 2565) โดยข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียง มีร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนกลุ่มติดเตียงและติดบ้านมากกว่าผู้ชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ในส่วนพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,327,010 คน ผลการคัดกรอง ADL ดำเนินการได้ จำนวน 1,101,418 คนหรือร้อยละ 83 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,072,781 คน หรือร้อยละ 97.4 และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 28,636 คน หรือ ร้อยละ 2.6 (Health Data Center (HDC), 2565) จังหวัดมหาสารคาม ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุตามลำดับ ดังนี้ ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 131,732 คน ร้อยละ 13.67 ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 136,035 คน ร้อยละ 14.13 ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 140,198 คน ร้อยละ 14.57 ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 146,526 คน ร้อยละ 15.22 ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 171,556 คน ร้อยละ 17.98 และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 181,522 คน ร้อยละ 18.26 และจากการประเมิน ADL พบว่า ปี พ.ศ. 2560-2565 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.96, 3.49, 3.4, 3.93, 3.96 และ3.99 ตามลำดับ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ0.49, 0.63, 0.53, 0.54, 0.55 และ 0.58 ตามลำดับ (Health Data Center (HDC), 2565)

จากแนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงและความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรในการดูแลเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (Arunodaya et al., 2021) เช่น ทรัพยากรด้านบุคคลที่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ทรัพยากรด้านงบประมาณที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาสุขภาพ รวมไปถึงทรัพยากรด้านยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ตรวจวินิจฉัย รักษาหรือดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน และของใช้ส่วนตัวในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป กระดาษชำระ แผ่นรองซับ ด้วยเหตุผลดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหามูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่ต้องได้รับการดูแล

สุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เช่น มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้อง ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่ต้องรักษาตัวที่บ้าน (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2562) รวมถึงมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้นจากการได้รับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือกในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 โดยสนับสนุนจำนวนไม่เกิน 3 ชิ้นต่อคนต่อวัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ถึงแม้ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลรายงานปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการได้รับสนับสนุนตามประกาศดังกล่าวอย่างชัดเจน แต่จากข้อมูลจำนวนผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในโครงการนี้มีประมาณ 53,356 ราย (ดุสิต ศรีโคตร, 2565) เมื่อนำมาคำนวนปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่จะเกิดขึ้นประมาณ 160,068 ชิ้นต่อวัน 4,802,040 ชิ้นต่อเดือน และ 57,624,480 ชิ้นต่อปี

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทยในช่วงระยะเวลาระหว่าง พ.ศ. 2559 – 2564 พบว่า มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสะสมที่เกิดขึ้นในปริมาณ 47,962 ตัน มีมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องในปริมาณ 47,440 ตัน คิดเป็นร้อยละ 98.91 (กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ, 2564) ข้อมูลปริมาณขยะติดเชื้อจำแนกตามเขตบริการสุขภาพ พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีปริมาณขยะติดเชื้อ ระหว่างปี 2562 – 2565 ตามลำดับดังนี้ 702.27, 833.50, 1,049.30 และ1,405.78 ตันต่อปี ในส่วนปริมาณขยะติดเชื้อของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2562 – 2565 พบว่า มีปริมาณตามลำดับ ดังนี้ 172.43, 173.21, 184.40 และ193.41 ตันต่อปี (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2565) ปริมาณขยะติดเชื้อจำแนกตามหน่วยบริการระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีปริมาณขยะติดเชื้อ ระหว่างปี 2560 – 2562 ตามลำดับดังนี้ 311, 1,022, 2,556 กิโลกรัม/ปี (กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ, 2564) อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากแหล่งกำเนิดหลักในสถานบริการสุขภาพที่มีการบันทึกและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากแหล่งกำเนิดรองจากการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือในชุมชนยังไม่พบการบันทึกและการรายงานในฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีเพียงข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน (สุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์, 2561; ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และคณะ, 2562; Hangulu L, Akintola O., 2017; ธิดารัตน์ สุตะโคตร, 2564) ซึ่งพบว่ามูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 46.5 ผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 29.1 และ ผู้ป่วยล้างไตเอง ร้อยละ 24.4 ด้านการจัดเก็บขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า 1) มูลฝอย

ติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเตียงจัดการโดยเก็บใส่ถุงแล้วนำส่งที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 42.0 ทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของท้องถิ่น ร้อยละ 40.0 และเผาเองพร้อมขยะทั่วไป ร้อยละ 18.0 2) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยล้างไตเองจัดการโดยเทน้ำถุงล้างไตลงโถส้วม ร้อยละ 78.6 เทน้ำถุงล้างไตลงพื้นดิน ร้อยละ 18.8 และเทน้ำถุงล้างไตลงท่อระบายน้ำ ร้อยละ 2.6 ส่วนการกำจัดถุงล้างไต นำส่งถุงล้างไตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 46.7 นำไปขาย ร้อยละ 37.6 ทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของท้องถิ่น ร้อยละ 10.4 และกำจัดโดยเผาเอง ร้อยละ 5.3 3) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยเบาหวานจัดการโดยนำเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วใส่ปลอกเข็ม แล้วใส่ในภาชนะเก็บสะสมไว้ส่งคืนที่โรงพยาบาล ร้อยละ 54.8 ส่งคืนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 37.0 และทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของ ท้องถิ่น ร้อยละ 8.2 การศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ที่ใช้ในครัวเรือน (Lydia et al, 2017; Udofia, E.A. et al., 2017; Zikhathile T, Atagana H., 2018) พบว่า มีการทิ้งยาที่ไม่ต้องการและทิ้งของมีคมรวมกับขยะในครัวเรือนร้อยละ 80 และ ร้อยละ 89 ตามลำดับ ทิ้งลงถังขยะรองรับ ร้อยละ 23 และทิ้งลงในพื้นที่ไม่มีถังขยะรองรับ ร้อยละ 35 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นเมื่อพิจารณาตามแหล่งกำเนิด พบว่าส่วนใหญ่เป็นมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมีระบบและมาตรฐานในการจัดการมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพอยู่แล้ว แต่มูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นนั้น ยังไม่มีระบบการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีการจัดการเองที่บ้านโดยการเผา การฝัง รวมถึงการทิ้งรวบกันกับมูลฝอยทั่วไป

มูลฝอยติดเชื้อถือเป็นมูลฝอยอันตราย หากมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมได้ (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ, 2563, Ellie, West et al., 2020) โดยเฉพาะในขั้นตอนระหว่างการรวบรวม การจัดการ การขนส่ง การกำจัดของเสีย ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคบิด ไทฟอยด์ ไวรัสตับอักเสบ มาลาเรีย อหิวาตกโรค เชื้อโรคเอดส์ ปรสิตและหนอนพยาธิ (Eassa SM et al., 2016; Mengiste DA et al., 2021; Kenny C, Priyadarshini A., 2021) นอกจากนั้นมูลฝอยติดเชื้อและขยะทางการแพทย์มีจุลินทรีย์ที่อาจเป็นอันตราย ซึ่งสามารถแพร่เชื้อให้กับประชาชนทั่วไปได้ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นอื่น ๆ อาจรวมถึงจุลินทรีย์ดื้อยาซึ่งแพร่กระจายสู่สิ่งแวดล้อม การบาดเจ็บจากของมีคม การได้รับสารพิษจากผลิตภัณฑ์ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะและยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ที่ปล่อยสู่สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการกำจัดของเสียด้านการดูแลสุขภาพด้วยสารเคมีฆ่าเชื้อและการกำจัดโดยไม่ผ่านการบำบัดในหลุมฝังกลบที่ได้มาตรฐาน สามารถนำไปสู่การปนเปื้อนของน้ำดื่ม น้ำผิวดิน และน้ำใต้ดิน และอาจเกิดการปล่อยสารเคมีออกสู่สิ่งแวดล้อมได้ (WHO/UNICEF, 2015; WHO (World Health Organization), 2018) นอกจากนั้นมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่มีการกำจัดอย่างไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรคที่สามารถแพร่กระจายโรคต่อไปได้ ซึ่งปัจจุบันการบริหาร

จัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดและปัญหาหลาย ๆ ด้าน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียให้ได้รับการจัดการที่ถูกต้องโดยเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดจากแหล่งกำเนิดขนาดเล็ก เช่น มูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งยังไม่มีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (สำนักสิ่งแวดล้อม, 2565) นอกจากนั้นกลุ่มผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งปัจจุบันมีแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับนโยบาย เช่น การดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การดูแลและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเสียและสิ่งปฏิกูล การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับพื้นที่ต่าง ๆ โดยมีลักษณะการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (ณปภา ประยูรวงษ์, 2565)

ข้อมูลจากการศึกษาและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชาด อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม รวมถึงข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และข้อมูลจากสรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2564 (ลัดดาวัลย์ นามภักดิ์, 2564) และข้อมูลจากรายงานการตรวจราชการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม , 2564) ได้รายงานการดำเนินการที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนในทิศทางที่สอดคล้องกันว่าการดำเนินการยังพบปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงในการควบคุมดูแลเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูล มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน ยังไม่สามารถดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างครอบคลุมซึ่งการดำเนินการในปัจจุบันยังคงอาศัยความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเครือข่าย เป็นผู้ดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงขาดความรู้ความเข้าใจที่ดีและการให้ความสำคัญในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยพบว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียโดยการเผา การฝัง ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อปะปนกับมูลฝอยทั่วไป รวมทั้งยังพบการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในที่สาธารณะ (ดิษฐพล ใจซื่อ, สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2565) 3) เกิดช่องว่างของระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งรูปแบบการจัดการในพื้นที่ ได้มีการมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ดูแล ญาติ หรือ อสม. ที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้คัดแยก จัดเก็บ รวบรวม และขนส่งมูลฝอยติดเชื้อแล้วนำมารวมกันที่ศูนย์รวมมูลฝอยติดเชื้อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่การปฏิบัติในสภาพการจริงยังพบปัญหาอุปสรรคในการจัดเก็บ รวบรวม และขนส่งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน

นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและข้อจำกัดในพื้นที่ ได้แก่ 1) ยังไม่มีระบบการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดในชุมชน เช่น บ้านเรือนที่มีการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home) (กรมควบคุมมลพิษ, 2564) 2) ในด้านการดำเนินงานยังขาดระบบกลไกการบริหารและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย, 2563) 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีศักยภาพไม่เพียงพอและขาดความพร้อมในการให้บริการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (Moreira AM, Günther WM., 2016; ประชุมพร กวีกรณ์ และคณะ, 2560; ศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ, 2565) 3) สภาพปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบปัญหาการคัดแยก เก็บรวบรวม ขนส่งและกำจัด เช่น การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดยังไม่ได้ประสิทธิภาพ ทิ้งมูลฝอยทั่วไปปะปนกับมูลฝอยติดเชื้อ การเก็บรวมรวมและการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อยังไม่มีรถในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะ การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อยังมีสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และขาดการพัฒนาระบบ Digital ที่นำเข้ามาใช้ในการการเก็บขนและการขนส่งไปกำจัดเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผลในทุกองค์กร (อัจฉราวรรณ พงศาวลี, 2562; กรมอนามัย, 2565; ธนชีพ พีระธรณิศร์, 2565, O., J. et al, 2022) ส่วนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) ยังพบช่องว่างในการบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเอนเอียงไปทางบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการด้านสังคมอื่น ๆ แต่การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งของเสียจากการให้บริการสุขภาพที่บ้านยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่พบว่ายังมีมูลฝอยติดเชื้อปะปนรวมกันกับมูลฝอยทั่วไป การกำจัดที่ยังพบว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของแต่ละครัวเรือนในการกำจัดเอง รวมไปถึงระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการที่ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในบ้านเรือนยังขาดความรู้และวิธีปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (รติรส ตะโกพร, 2558; สกุลรัตน์ โทนมและคณะ, 2564)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่งผลให้เกิดมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หากไม่มีระบบการจัดการที่เหมาะสม จะส่งผลกระทบโดยตรงทั้งต่อด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ประกอบกับแนวนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ (พ.ศ. 2565 – 2570)) (กรมควบคุมมลพิษ, 2564) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดมูลฝอยติดเชื้อ ได้กำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติการในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิด ทั้งจากบ้านเรือนและชุมชน ให้มี

มาตรฐานการปฏิบัติงานแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกแหล่งกำเนิด และประชาชนให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งเร่งส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ อาทิ ผู้ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพและในชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบการจัดการเกี่ยวกับปัญหามูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อมุ่งหวังให้เกิดระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่รวมทั้งเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืนต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ควรเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long–term care) ประเภท ปริมาณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างความตระหนักรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และการประเมินผลการพัฒนา

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดมหาสารคาม โดยยึดจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ADL 5-11 คะแนน จำนวน 4,840 คน กลุ่มติดเตียง ADL0-4 คะแนน จำนวน 623 คน) รวมจำนวน 5,463 คน (Health Data Center (HDC) 2565)

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาระยะที่ 1 คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ADL 5 – 11 คะแนน กลุ่มติดเตียง ADL 0 – 4 คะแนน) ทั้งเพศชายหรือเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน อ่านออกเขียนได้และสามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 429 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารหรือตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่ง จำนวน 4 คน 2) ผู้บริหารหรือตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง จำนวน 8 คน 3) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแต่ละแห่ง จำนวน 12 คน 4) ตัวแทนผู้นำชุมชนในแต่ละพื้นที่ จำนวน 12 คน 5) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละรพ.สต. จำนวน 12 คน และ 6) ตัวแทนผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ในพื้นที่แต่ละแห่ง จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาระยะที่ 2 คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ADL 5 – 11 คะแนน กลุ่มติดเตียง ADL 0 – 4 คะแนน) ทั้งเพศชายหรือเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน อ่านออกเขียนได้และสามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 70 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 42 คน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารหรือตัวแทนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนแต่ละชุมชน จำนวน 12 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Caregiver) จำนวน 16 คน และ4) กลุ่มจิตอาสาจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน จำนวน 12 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งขอบเขตด้านพื้นที่ตามระยะการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ทำการศึกษาในชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่อำเภอวาปีปทุม อำเภอบรบือ อำเภอเมืองมหาสารคาม และอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านชาด รพ.สต.บ้านวังปทุม รพ.สต.งัวบา รพ.สต.บ้านหนองหว้า รพ.สต.เหล่าตามา รพ.สต.บ้านโนนทอง รพ.สต.หนองจิก รพ.สต.บ้านดอนบม รพ.สต.บ้านแวงน่าง รพ.สต.ห้วยแอ่ง รพ.สต.บ้านหนองสระพัง และรพ.สต.บ้านแพง

ระยะที่ 2 ทำการศึกษาในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านชาด และ รพ.สต.บ้านวังปทุม ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 21 หมู่บ้าน

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2566 ถึง สิงหาคม 2567

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุหกสิบปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์การประเมินโดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน โดยในการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

1.5.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กำลังอาศัยอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุหกสิบปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย และมีคะแนน

ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน หรือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการศึกษานี้ ออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย

กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

1.5.3 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การให้บริการ ณ ครัวเรือนในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ดูแลหรือญาติผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพที่พบ การดูแลและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเสียและสิ่งปฏิกูล โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี

1.5.4 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ และปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นบทบาทหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเสียและสิ่งปฏิกูล ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อ ให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

1.5.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Family Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลหลักหรือญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาศัยอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนเดียวกับกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน การดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเสียและสิ่งปฏิกูล ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ทิ้งลงใน

ภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง โดยการศึกษานี้มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน ได้แก่ การคัดแยก เก็บรวบรวม การขนย้าย การพักร่วมในสถานที่พักเก็บ และการกำจัด

1.5.6 มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ ในการศึกษานี้ครอบคลุมถึงมูลฝอยทางการแพทย์ (Medical Waste) ของเสียจากการดูแลสุขภาพ (Health-care Waste) ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ที่บ้าน การรักษาพยาบาล การบำบัด ฟื้นฟูและการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจำแนกประเภทของมูลฝอยติดเชื้อทางการแพทย์หรือของเสียจากการดูแลสุขภาพ ได้ดังนี้

1.5.6.1 ซากหรือชิ้นส่วน เนื้อเยื่อ อวัยวะหรือของเหลวของมนุษย์ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด ทำแผล หรือเกิดจากการให้การดูแลพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.5.6.2 วัสดุของมีคม เช่น ของมีคมที่ใช้แล้วหรือยังไม่ได้ใช้ เช่น เข็มฉีดยาใต้ผิวหนัง ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือด เข็มฉีดยาและเข็มฉีดยาแบบปิดอัตโนมัติ ใบมีดแบบใช้แล้วทิ้ง หลอดแก้ว กระบอกฉีดยาแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้วและเครื่องมือที่แหลมคมต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

1.5.6.3 วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกายของมนุษย์ หรือวัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สำลี ท่อยาง ผ้าก๊อส ผ้าปิดแผล ผ้าพันแผล ผ้าและวัสดุอื่น ๆ ที่เปื้อนเลือด สารคัดหลั่งหรือของเหลวในร่างกาย

1.5.6.4 มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการติดเชื้อยึดตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

1.5.7 ของเสีย หมายถึง ของเสียทางการแพทย์หรือผลิตภัณฑ์จากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นของเสียส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นในการดูแลและให้บริการสุขภาพที่บ้านและในชุมชน โดยมีที่มาจากแหล่งกำเนิดรอง หรือแหล่งกำเนิดแบบกระจัดกระจาย เช่น เศษหรือชิ้นส่วนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน การฟอกไตทางช่องท้อง ยาหรือผลิตภัณฑ์ยาที่เหลือจากการรักษาและมีการปนเปื้อน ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ปนเปื้อน สารเคมีหรือน้ำยาในการฆ่าเชื้อ โลหะหนักที่มีอยู่ในเครื่องมือแพทย์ (สารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ที่แตก) และแบตเตอรี่

1.5.8 ความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย หมายถึง สิ่งที่ได้จากการศึกษาเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับสถานการณ์ ประเภท ปริมาณผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

และของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การคัดแยก การรวบรวม การเคลื่อนย้าย การพักรวมในสถานที่พักเก็บ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

1.5.9 เจตคติคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย หมายถึง ความเชื่อ ความเห็น ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน ด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการพักรวมในสถานที่พักเก็บ และด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

1.5.10 การปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย หมายถึง กิริยาอาการที่แสดงออกและการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน ด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการพักรวมในสถานที่พักเก็บ และด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

1.5.11 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย หมายถึง กลุ่มบุคลในชุมชน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารหรือตัวแทนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนแต่ละชุมชน 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care Giver) และกลุ่มจิตอาสาจัดการขยะชุมชน ในการเข้ามาดำเนินการตามกระบวนการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ การคืนข้อมูล การประชุมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผน การดำเนินการ การติดตามประเมินผล การสะท้อนคิดและสรุปบทเรียน โดยคำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ ทำให้เกิดประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากที่สุด และบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

1.5.12 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดำเนินการอย่างมีเสรีภาพ ตามสิทธิและหน้าที่ของชุมชน โดยมีเป้าหมายหลักในการตอบสนองความต้องการร่วมกันของประชาชนในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี และเจตคติของบุคคลในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้บุคคลหรือประชาชนในชุมชนมีสิทธิหน้าที่และการมีส่วนร่วมในการศึกษาและรับรู้สถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนรวมถึงการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ร่วมกัน และการเสริมพลังอำนาจให้ชุมชนได้ร่วมตัดสินใจ

ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดกิจกรรม ร่วมดำเนินการตลอดจนการร่วมประเมินผล ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกันและร่วมรับผิดชอบหรือร่วมใช้ผลประโยชน์จากการดำเนินการร่วมกัน

1.5.13 รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง แบบแผน วิธีการ หรือขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ 3 องค์ประกอบ คือ 1) แนวปฏิบัติตามขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนย้าย การจัดสถานที่พักเก็บ และการกำจัด อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสภาพบริบทของพื้นที่ในชุมชน 2) การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน 3) วิธีการในการพัฒนารูปแบบการจัดการ ได้แก่ การมอง การคิด การทำและการนำสู่การปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการสัมผัสและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสม

1.6.2 เกิดแนวทางในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะในมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อย่างทั่วถึง

1.6.3 หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการกำหนดแนวทางจัดสรรงบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

1.6.4 เกิดการต่อยอดการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียตลอดจนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน

บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long–term care)

2.2 แนวคิดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 การวิจัยแบบผสานวิธี

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วม

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นคำที่มีการใช้คำอื่นแทนจำนวนมาก เช่น ผู้สูงวัย คนชรา หรือผู้เฒ่า เป็นต้น โดยนิยามส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุ (Older person) คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป แต่เพราะแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้หลายประเทศมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์เรื่องอายุของผู้สูงอายุ โดยให้นิยามผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามองค์กรและนักวิชาการได้ให้นิยามและความหมายผู้สูงอายุไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2019) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or Elderly person ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พศ. 2554 ให้ความหมายของคำว่า สูงอายุ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชราและให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 นิยามผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งสอดคล้องกับความหมายผู้สูงอายุ ตามนิยามองค์การสหประชาชาติ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ 1. ผู้สูงอายุวัยต้น

(อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ 2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และ 3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2561) ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

บรรลุ ศิริพานิช (2555) ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้กล่าวถึงคำว่าผู้สูงอายุ คนชรา และ ผู้อาวุโสในลักษณะต่าง ๆ กัน กล่าวคือ คำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง การเอาอายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นหลัก ถ้าใช้คำว่า “คนชรา” หมายถึง เอาลักษณะทางกายภาพเป็นหลัก หมายถึงแก่ทรุดโทรม เสื่อมตามวัย และ“ผู้อาวุโส” หมายถึง เก่ากว่า แก่กว่า ทำมานานกว่า เป็นหลักในการเรียก

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย เป็นบุคคลที่มีอายุมาก มีความเสื่อมตามวัย ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ หรือเริ่มมีอาการเจ็บป่วยร่างกาย เริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง หรือมีอาการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

2.1.2 ยุทธศาสตร์ นโยบาย มาตการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

2.1.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ . 2560 มาตรา 27 วรรคสาม การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความ พิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือ สังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอัน ไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้มาตรา 48 วรรคสอง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติและ มาตรา 71 วรรค 3 รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็กเยาวชน สตรีผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความ รุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัดฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว จากรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดได้กำหนดถึงแนวทางการปฏิบัติต่อบุคคลต่างๆ ตลอดจนสิทธิของอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

2.1.2.2 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 เป็นแผนการพัฒนาประเทศ ที่กำหนดกรอบและแนวทางการพัฒนาให้หน่วยงานของรัฐทุกภาคส่วนต้องทำตาม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ประเทศไทยที่ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เพื่อสนองตอบต่อผลประโยชน์แห่งชาติยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ประกอบด้วย 6

ยุทธศาสตร์ ทั้งนี้งานด้านผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ในการเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) ตามนิยาม ขององค์การสหประชาชาติที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพการและเสริมสร้างศักยภาพคนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุกำหนดให้มีระบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ

2.1.2.3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 – 2570 เป็นกลไกที่สำคัญในการแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยได้กำหนดทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยได้กำหนดในหมุดหมายที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง กลยุทธ์ย่อยที่ 2.3 พัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ที่นำไปสู่การสร้างสังคมสูงวัยที่มีสุขภาวะ โดยส่งเสริมการสร้างพื้นที่ชุมชนดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะบนฐานนวัตกรรมบริการและผลิตภัณฑ์ที่เอื้อต่อรูปแบบวิถีชีวิตปกติใหม่ อาทิ การให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมโดยการใช้อาหารบำบัดและการบำบัดทางจิตด้วยการทำสมาธิ เพื่อรองรับการบริการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว การพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับชุมชนสูงวัยการพัฒนาพื้นที่ด้านกีฬาและการออกกำลังกายเพื่อดึงดูดกลุ่มผู้ใช้บริการให้สามารถรับบริการส่งเสริมสุขภาพได้ยาวนานขึ้น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤฒพลัง (Active Ageing) กลุ่มนักท่องเที่ยวแบบเที่ยวไปทำงานไป

2.1.2.4 กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) SDGs เป้าหมายที่ 3 ทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงวัย และเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ต้องนำมาพิจารณาในการแปลงเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนสู่การปฏิบัติ คือ ความมั่นคงทางรายได้บริการสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติและควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

2.1.2.5 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2556 จากมาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้โดยบุคคลผู้มีสิทธิในพระราชบัญญัติฉบับนี้ กำหนดให้บุคคลซึ่งมี

อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทยถือเป็นผู้สูงอายุซึ่งสิทธิที่ผู้สูงอายุได้รับ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ (มาตรา11) อาทิเช่น การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้งการให้คำแนะนำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัวการจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

2.1.2.6 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติถือเป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ในช่วง พ.ศ. 2545 – 2564 ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 โดยแผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” โดยมีวิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2552)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ (1) หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ (2) การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต (3) การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการ คือ (1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น (2) ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (3) ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ (4) สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (5) ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ (6) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการ คือ (1) คุ้มครองด้านรายได้ (2) หลักประกันด้านสุขภาพ (3) ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง (4) ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการ คือ (1) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ (2) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 3

มาตรการ คือ (1) สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการ หรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ (2) ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง (3) พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

โดยสรุปยุทธศาสตร์ นโยบาย มาตการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ในการเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อาทิ เช่น การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลคุ้มครองผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง นอกจากนั้นมีการตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ ซึ่งยุทธศาสตร์ นโยบาย มาตการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในด้านการมีครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ให้การดูและด้านสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

2.1.3 รูปแบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย (สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557; ธัญวรัตน์ แจ่มใส, 2564)

2.1.3.1 การประกันสังคม (Social Insurance) ระบบประกันสังคมในประเทศไทยประกอบด้วย กองทุนต่าง ๆ ดังนี้ (1) กองทุนประกันสังคม กรณีชราภาพ เป็นการส่งเสริมการออมสำหรับกลุ่มแรงงานที่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชนของกระทรวงแรงงาน (2) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการออมภาคบังคับสำหรับกลุ่มข้าราชการ (3) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำของส่วนราชการซึ่งจดทะเบียน (กสจ.) ผลประโยชน์ที่ได้รับ คือ เงินบำเหน็จลูกจ้างและเงินที่สมาชิกส่งสบทบเข้ากองทุน (4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการออมแบบสมัครใจ (5) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ เป็นการออมแบบสมัครใจสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีกำลังการออมมาก (6) กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชนซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้จัดตั้งขึ้นเป็นการออมภาคบังคับ (7) กองทุนทวีสุข เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรออมเงินไว้ใช้เป็นสวัสดิการแก่ตนเองและครอบครัว (8) กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นการส่งเสริมการออมในระดับชุมชนเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงของคนในชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน) (9) กองทุน

การออมชราภาพ (กอช.) กระทรวงการคลัง เป็นผู้จัดตั้งกองทุน เป็นกองทุนการออมเพื่อการชราภาพขั้นพื้นฐานแบบสมัครใจ

2.1.3.2 การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้อยโอกาสทางสังคม และไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่ คือ

1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นการจ่ายเงินแบบให้เปล่า ตามมติของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 ให้ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) จ่ายเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได ให้กับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 600 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 700 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 80-89 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 800 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 1,000 บาทต่อเดือน โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็น ต้นไป

2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการทารุณกรรม ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่ พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่ม

3) การได้รับคำปรึกษาในทางคดี การช่วยเหลือจากการทารุณ กรรมและถูกทอดทิ้ง โดยกระทรวงยุติธรรมให้ คำแนะนำ ปรึกษา ที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ

4) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐโดยกระทรวงคมนาคม และกระทรวงทรัพยากร ธรรมชาติ ให้ผู้สูงอายุเข้าชมฟรี

5) การช่วยเหลือ ด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม โดยกระทรวงคมนาคม ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรถไฟ/ รถไฟฟ้า /รถ บขส./ขสมก. ลดค่า โดยสารครึ่งราคา และการบินไทยลดค่าโดยสาร ภายในประเทศ ร้อยละ 15

2.1.3.3 การบริการสังคม (Social Service) เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนประกอบด้วยบริการด้าน ต่าง ๆ 5 ด้าน คือ

1) ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขจากพรบ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มีการจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น บนพื้นฐานแนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ประกอบด้วย ประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าเดินทางของผู้ใช้บริการ และผู้สูงอายุส่วนมากพึงพอใจที่จะรับการรักษาพยาบาลที่บ้าน

โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลย เพิกเฉย และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยอาศัยการสร้างอาสาสมัคร จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ ประชาชนในชุมชนที่สมัครใจทำหน้าที่เป็นผู้ให้ การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน

2) ด้านการศึกษา ประกอบด้วย

การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ โดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียน กลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกพ.) ได้พัฒนาแนวทางการ จัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างคุณค่าและการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ เช่น “ชมรมการศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (Old People Playing Young Club: OPPY)” เป็นชมรมที่มุ่งเผยแพร่ความรู้และทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ตให้แก่ผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะต้องจ่ายค่าบริการเอง

3) ด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการดูแล เป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็น ด้านปัจจัย 4 รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม ปัจจุบันมี สถานสงเคราะห์ของรัฐ 21 แห่ง

4) ด้านการมีงานทำและการมีรายได้ประกอบด้วย กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) จัดทำโครงการที่ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการกำหนดและตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุกันเอง

5) ด้านบริการสังคมและนันทนาการ ประกอบด้วย

ชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและมีคุณประโยชน์ทั้งแก่ ตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุ

และ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ แต่ผู้บริหารจัดการและดำเนินการหลัก คือ กลุ่ม ผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่ายทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น

ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์ รวมขององค์การ ชุมชน ผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิตและปัญญา โดยมีแนวคิดพื้นฐานคือ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการแบบองค์รวม

ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ การบริการที่จัดให้ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด ออกกำลังกาย ศาสนกิจ กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนกิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ

ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม

กองทุนผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุหรือองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุเพื่อ คุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ มีความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.1.3.4 การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน

เป็นการจัดสวัสดิการสังคม โดยกลุ่มต่าง ๆ เป็นผู้ดำเนินการหลัก เช่น การจัด สวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมการเกิด แก่ เจ็บ ตาย กลุ่มออมทรัพย์ ที่มีรูปธรรมก้าวหน้าชัดเจนทั้งเชิงองค์ความรู้ กลไก และพื้นที่ดำเนินการ ในอีกด้านหนึ่งภาคธุรกิจเอกชนที่เดิมมุ่งหวังผลประโยชน์ขององค์กรเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันได้ปรับบทบาทเข้ามาช่วยเหลือร่วมรับผิดชอบปัญหาสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดสวัสดิการโดยปัจเจกชน อาทิ การซื้อประกันชีวิตรูปแบบต่าง ๆ ผ่านกิจการประกันภัยของเอกชน ซึ่งเข้ามาช่วยเติมเต็มหรือยกระดับสวัสดิการในภาพรวมให้สมบูรณ์มากขึ้นอย่างมาก

โดยสรุปการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง และมีการบูรณาการในหลายภาคส่วนเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประเด็นสำคัญของการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ คือ การจัดบริการด้านสังคม (Social Service) โดยเฉพาะในประเด็น ด้านสุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) สวัสดิการจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข จาก พรบ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ในการเป็น

หุ้นส่วนการดูแลผู้สูงอายุ 4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) 5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งการมีกองทุนต่าง ๆ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง

2.1.4 ระบบบริการสุขภาพในสังคมผู้สูงอายุ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561**)**

รูปแบบบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายรวมถึงประเทศไทยในปัจจุบัน นั้นพัฒนามาตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เป็นรูปแบบบริการที่เน้นดูแลการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute care model) เจ็บป่วยชนิดเดียวชนิดเดียวหรือโรคเดียว (Single illness) จากโรคติดต่อทั่วไป ต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ซับซ้อน รักษาหายขาดได้ (Cured) และเมื่อหายผู้ป่วยสามารถเดินกลับบ้านไปได้ รูปแบบนี้อาศัยโรงพยาบาลเป็นฐานในการให้บริการ ในขณะที่เมื่อประเทศก้าวสู่สังคมสูงวัย ภาวะเจ็บป่วยและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมเปลี่ยนไปเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บป่วยพร้อมกันหลายโรค (Multiple conditions) และโรคเหล่านั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและบูรณาการทั้งในแนวราบกับบริการด้านอื่นๆ และในแนวดิ่งกับบริการต่างระดับกัน ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าวมักลงเอยด้วยวิธีภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพตามมา ซึ่งการจัดบริการรูปแบบเฉียบพลัน (Acute care model) มักไม่สามารถจัดบริการรองรับได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันการใช้เตียงโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยาวนานก็เป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า เนื่องจากใช้บริการที่มีต้นทุนสูงมาดูแลผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับ Invasive medical interventions จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการอื่นๆ รองรับอย่างเป็นวงจร ซึ่งโดยสรุปนั้นรูปแบบการเจ็บป่วยและความต้องการบริการสุขภาพในบริบทสังคมสูงวัยมีความหลากหลาย เริ่มจากรูปแบบ Acute care ซึ่งเป็น Invasive model อาศัยโรงพยาบาลเป็นฐาน เหมาะกับผู้ป่วยในลักษณะ Single illness and single episode แต่เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรัง มีลักษณะเป็น Multiple diseases and multiple episodes บางกรณีรักษาไม่ได้ เช่น มะเร็ง ก็เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (Palliative care, end of life care) หากไม่เสียชีวิต แต่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กรณีเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตกและมีอัมพาตตามมา ก็ต้องการบริการฟื้นฟูเพื่อให้กลับคืนสู่สภาพเดิมให้ได้มากที่สุด (Intermediate care) หากไม่สามารถฟื้นนฟูให้กลับมาปกติได้ก็มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term care) ส่วนการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็ต้องการรูปแบบบริการโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วม จากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการดูแล ต้องบูรณาการทั้งด้านการแพทย์ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสม

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long–term care)

2.1.5.1 ความหมายผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2560)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน และตามหลักเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาหารกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง 2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย 3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่ปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และ 4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวันภาวะพึ่งพิงในด้านเศรษฐกิจ การพึ่งพิงด้านการดูแลและการพึ่งพิงในทางสังคมและจิตใจ เป็นที่ทราบกันดีว่าโครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การลดลงของประชากรวัยเด็ก ขณะที่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นและประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้ไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 17.10 ของประชากรทั้งหมด

ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด (Activity Daily Living : ADL) เป็นการวัดความสามารถในการทำชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวการณ์พึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional Health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการการดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้นแบบประเมิน ADLการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADLอยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

☐ 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้

☐ 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า

☐ 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24–48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

☐ 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ

☐ 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

☐ 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น

☐ 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

☐ 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐ 3 คะแนน ทำได้เอง

4) การใช้ห้องน้ำ

☐ 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้

☐ 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

☐ 2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

☐ 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

☐ 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

☐ 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐ 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6) การสวมใส่เสื้อผ้า

☐ 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

☐ 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

☐ 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

☐ 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้

☐ 1 คะแนน ต้องการคนช่วย

☐ 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8) การอาบน้ำ

☐ 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

☐ 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

☐ 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

☐ 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

☐ 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

☐ 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

☐ 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)

☐ 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน คะแนนรวม ADL (เต็ม 20 คะแนน) สามารถแปลผลได้ ดังนี้

0 – 4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์: Very low initial score, total dependence

5 – 8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง: Low initial score, severe dependence

9 – 11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปานกลาง: Intermediate initial score, moderately severs dependence

12 – 20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา: Intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home

2.1.5.2 แนวคิด ระบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักนำมาซึ่งภาวะทุพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครัวเรือนที่ลดลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น หากเราเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า จากเดิมที่ประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คนต้องดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ในอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้าสัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด กลายเป็นว่าในอนาคตจะเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คนที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพลภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้น ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว หรือ Long-Term Care: LTC ขึ้นมารองรับ

ระบบการดูแลระยะยาว หรือ Long-Term Care: LTC คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การเกิดขึ้นของนโยบาย LTC ส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระ “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญ คือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก มีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ คือ

1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร

4) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (Respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Long Term Care center)/ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care)

5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในขุมชนและครอบครัว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุขมี ดังนี้

1) ผู้มีภาวะทุพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึงได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง

3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มิใช่วิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4) ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นในการออกแบบระบบบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีหลักการที่สำคัญดังนี้

1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว)

2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต

3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (Care Manager) (พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ฯลฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 : 5-10 คน (ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย) โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

2.1.5.3 การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

องค์การอนามัยโลก ได้ออกรายงานเรื่องการสูงอายุและสุขภาพ (Ageing and Health) เสนอ ประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ที่ประเทศต่างๆ ควรต้องดำเนินการเพื่อรองรับการสูงอายุ คือ

1) ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ โดยพัฒนาระบบบริการที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ (Older-person-centered and integrated care) ปรับระบบให้ เสริมสร้างและพัฒนาสมรรถนะของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ และพัฒนากำลังคนรองรับสังคมสูงอายุ

2) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC) ให้เป็นบริการสาธารณะ กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ชัดเจน มีระบบการคลังที่เป็นธรรมและยั่งยืน พัฒนาและบำรุงรักษากำลังคนในการดูแลระยะยาว และดูแลเรื่องคุณภาพบริการ

3) สร้างสิ่งแวดล้อม ให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly environments) โดยต่อต้านการเลือกปฏิบัติ เอื้อให้ผู้สูงอายุมีอิสระเป็นตัวของตัวเอง สนับสนุนให้ทุกนโยบายของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นต้องคำนึงถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy ageing in all policies) และ

4) พัฒนาการวัด การติดตามประเมิน และ ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุ

สำหรับประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยนั้นมีการขับเคลื่อนมาเป็นระยะที่มองเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน โดยเริ่มใน พ.ศ. 2550 มีการผลักดันเรื่องนี้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 รวมถึงมีการเพิ่มประเด็นเรื่องนี้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปรับปรุงในปี 2552 ซึ่งก็นำมาซึ่งแผนผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2554-2556) และตามมาด้วยแผน ยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการดำเนินการพัฒนาของพื้นที่ต่าง ๆ ตามลักษณะความจำเป็นของตนเอง และโครงการนำร่องต่าง ๆ การขับเคลื่อนการพัฒนา

ระบบการดูแลระยะยาวของไทยมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องร่วม ทศวรรษก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลจะมีนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน สามารถจำแนกการขับเคลื่อนออกเป็นสี่ด้านหลักตามช่วงเวลาต่าง ๆ

1) การสร้างและจัดการองค์ความรู้ เป็นการสร้างและจัดการองค์ความรู้เพื่อมาสนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาระบบและนโยบายการดูแลระยะยาว

2) การพัฒนาระบบที่เอื้อต่อระบบการดูแลระยะยาว เริ่มจากมีระบบบริการปฐมภูมิ ที่ กระจายครอบคลุมทุกตำบล และมีระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอที่สนับสนุนเชื่อมโยงกัน และการมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีบทบาทในดูแลความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของ ประชาชนถึงระดับตำบล การมีกองทุนสุขภาพตำบลภายใต้การสมทบร่วมของ สปสช. และ อปท. ที่เอื้อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีบทบาทร่วมในการ จัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเอง

3) การขับเคลื่อนภาคประชาสังคม มีการเคลื่อนไหวเพื่อขับเคลื่อนผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2552 โดยทั้งสองสมัชชาต่างเสนอเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ

4) การพัฒนานโยบายและระบบการดูแลระยะยาว ประเด็นเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีการระบุไว้ชัดเจนเป็นครั้งแรกในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 1 ในปี 2552 การพัฒนาเป็นรูปธรรมมากขึ้นจากแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ต่อมานโยบายการดูแลระยะยาวถูกกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในช่วง ปลายปี 2557 ร่วมกับมีนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และการดูแลแบบประคบประคอง (Palliative Care) ในการดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวช่วงแรกจำเป็นต้องมีผู้จัดการการดูแล (Care Manager: CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregivers: CG) ดังนั้น การพัฒนาส่วนใหญ่ในช่วงแรกจึงเป็นการเตรียมความพร้อมของพื้นที่เป็นหลัก ต่อมามีการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้งบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงถือได้ว่า เป็นจุดตั้งต้นของนโยบายและระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนของไทย

2.1.5.4 ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)

1) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

เป็นบุคคลสำคัญที่จำเป็นต้องมีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดยทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานนอกจากนั้นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังมี

บทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการกำกับการเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีคุณสมบัติของผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ดังนี้ (1) มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี (2) มีเจตคติที่ดีในการดูแลระยะยาว (3) เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานหรือหน่วยจัดบริการที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (4) จบหลักสูตรอย่างน้อยอนุปริญญาด้านสาธารณสุข หรืออนุปริญญา และ (5) ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการระบบการดูแลระยะ

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ดังนี้ (1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก (2) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) (3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคล Care plan , Weekly plan (4) จัดทำ Case Conference (5) ประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน (6) ทำงานเป็นทีม (Team building) (7) บริหารจัดการ และควบคุมกำกับ รวมถึงการควบคุมกำกับการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และ (8) การประเมินแผนงาน และ ผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)

หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาะพึ่งพิง อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการตามแผนการดูแลของหน่วยงานที่จัดบริการเนื่องจากบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่เหมาะสำหรับการจัดในลักษณะอาสาสมัครเพราะอิงกับความสะดวกของผู้อาสา

บทบาทหน้าที่ตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย เช่น ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล (Care plan) ที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ

2. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุรวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุและต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ

3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด

5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแล เครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อน กับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและ วิธีการอย่างถูกต้อง

8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

โดยสรุป กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ด้วยงบประมาณจากกองทุน สปสช. โดยการดำเนินการเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานส่วนกลางและคณะกรรมการนโยบาย มีหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนา จัดทำแนวทางการดำเนินงานและการประเมินผล คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนและดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังกำกับติดตาม บริหารด้านบุคลากรที่จำเป็นต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้คือ การดำเนินการในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ 1) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 3) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อน กับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง ซึ่งความสำคัญในประเด็นดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่การศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคามต่อไป

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.1 ความหมาย

2.2.1.1 มูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกันระหว่างราชการส่วนท้องถิ่น กับราชการส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2564 ให้นิยามมูลฝอยติดเชื้อไว้ดังนี้

“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือ ซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

1) ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ และการใช้สัตว์ทดลอง

2) วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว สไลด์ และแผ่นกระจกปิดสไลด์

3) วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือดสารน้ำจากร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ หรือวัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สำลี ผ้าก๊อซ ผ้าต่าง ๆ และท่อยาง

4) มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง

“เก็บ” หมายถึง การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ในภาชนะรองรับที่จัดไว้เป็นการเฉพาะจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ จากสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ หรือณ จุดที่ราชการส่วนท้องถิ่นกำหนดหรือจัดให้

“ขน” หมายถึง การนำมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ จากสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ หรือ ณ จุดที่ราชการส่วนท้องถิ่นกำหนดหรือจัดให้เพื่อนำไปกำจัดยังสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

“กำจัด” หมายถึง การนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดโดยวิธีเผาในเตาเผา ทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ ทำลายเชื้อด้วยความร้อน หรือวิธีอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

“แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ” หมายถึง สถานบริการการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย และให้หมายความรวมถึงแหล่งกำเนิดอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

2.2.1.2 มูลฝอยติดเชื้อ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ปี ค.ศ. 2018 กล่าวถึงมูลฝอยทางการแพทย์ (Medical Waste) หรือของเสียจากการดูแลสุขภาพ (Health-care Waste) หมายถึง มูลฝอยทางการแพทย์ซึ่งมีเหตุอันควรให้สงสัยว่ามีหรืออาจมีเชื้อโรคที่สัมผัสหรือสงสัยว่าได้สัมผัสกับเลือดส่วนประกอบของเลือด เช่น น้ำเลือดเม็ดเลือดต่างๆ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกาย เช่นปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย หนอง จำแนกประเภทของมูลฝอยติดเชื้อทางการแพทย์หรือของเสียจากการดูแลสุขภาพ ได้ดังนี้

ของมีคม หมายถึง ของมีคมที่ใช้แล้วหรือยังไม่ได้ใช้ เช่น เข็มฉีดยาใต้ผิวหนัง ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือชุดให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดหรือทางหลอดเลือดดำหรืออื่น ๆ เข็มฉีดยาแบบปิดอัตโนมัติ มีดผ่าตัดและใบมีดแบบใช้แล้วทิ้ง หลอดแก้ว กระบอกฉีดยาชนิดแก้ว สไลด์ แผ่นกระจกปิดสไลด์และเครื่องมือที่แหลมคมต่าง ๆ

ของเสียติดเชื้อ หมายถึง ของเสียที่เป็นวัสดุสงสัยว่ามีเชื้อโรค (แบคทีเรีย ไวรัส ปรสิต หรือเชื้อรา) ในความเข้มข้นที่เพียงพอหรือปริมาณที่จะทำให้เกิดโรคได้ รวมถึงของเสียปนเปื้อนด้วยเลือดหรือของเหลวในร่างกาย ของเสียจากการชันสูตรศพและสัตว์ที่ติดเชื้อจากห้องปฏิบัติการ ของเสียจากผู้ป่วยติดเชื้อในหอผู้ป่วยแยกโรค ผ้าปิดแผล ผ้าพันแผล และวัสดุอื่น ๆ ที่เปื้อนเลือดหรือของเหลวในร่างกาย

ของเสียทางพยาธิวิทยา หมายถึง เนื้อเยื่อ อวัยวะหรือของเหลวของมนุษย์ ส่วนต่างๆ ของร่างกาย และซากสัตว์ที่ปนเปื้อน

ของเสียจากสารเคมี หมายถึง ตัวทำละลายที่ใช้ในการเตรียมห้องปฏิบัติการ สารฆ่าเชื้อ สารฆ่าเชื้อ และโลหะหนักที่มีอยู่ในเครื่องมือแพทย์ (เช่น สารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ที่แตก) และแบตเตอรี่

ของเสียทางเภสัชกรรม หมายถึง ยาและวัคซีนที่หมดอายุ ไม่ได้ใช้ และมีการปนเปื้อน

ของเสียที่เป็นพิษต่อเซลล์ หมายถึง ของเสียที่มีสารที่มีคุณสมบัติเป็นพิษต่อพันธุกรรม (เช่น สารอันตรายสูงที่ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ สารก่อมะเร็ง หรือสารก่อมะเร็ง) เช่น ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ที่ใช้ในการรักษามะเร็ง

กัมมันตภาพรังสี หมายถึง ของเสียที่มีสารกัมมันตภาพรังสี เช่น ของเหลวที่ไม่ได้ใช้จากรังสีรักษาหรือการวิจัยในห้องปฏิบัติการ เครื่องแก้วบรรจุภัณฑ์หรือกระดาษดูดซับที่ปนเปื้อนปัสสาวะและสิ่งขับถ่ายจากผู้ป่วยที่รักษาหรือทดสอบด้วยรังสี

2.2.1.3 การจัดการถูกต้องตามหลักวิชาการ หมายถึง การดำเนินการถูกต้อง เหมาะสมและปฏิบัติตามกฎหมายตั้งแต่ขั้นตอนการคัดแยก เก็บรวบรวม ขนส่ง และกำจัด โดยมูลฝอยติดเชื้อที่ผ่านการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการแล้วต้องปราศจากเชื้อโรคหรือไม่สามารถแพร่กระจายสู่

มนุษย์และสิ่งแวดล้อมต่อไปได้ รวมถึงมีกลไกการกำกับติดตาม โดยใช้คณะกรรรมการตามกฎหมายให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย มีกลไกประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และมีกลไกการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวม

2.2.1.4 องค์กรภาคีเครือข่าย หมายถึง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับดำเนินงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่หน่วยงานซึ่งเป็นแหล่งกำเนิด หน่วยงานจัดเก็บ ขนส่ง ขนถ่าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

2.2.1.5 คุณภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามหลักวิชาการ ถูกต้องตามกฎหมาย และครอบคลุมทั้งกระบวนการ

2.2.1.6 ประสิทธิภาพ หมายถึง กระบวนการ วิธีการ หรือการกระทำใด ๆ ที่นำไปสู่ผลสำเร็จ โดยใช้ทรัพยากรและวิธีการดำเนินการที่มีคุณภาพสูงสุดในการดำเนินการได้อย่างเต็มศักยภาพ

2.2.1.7 อุบัติการณ์การปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยพบปรากฏการณ์หรือความเสี่ยงในการลักลอบทิ้งจากช่องทางต่าง ๆ

2.2.1.8 ระบบเฝ้าระวัง หมายถึง การติดตาม สังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการดำเนินงานอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคที่มีความเข้มข้นหรือปริมาณเพียงพอที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคได้ เช่น มูลฝอยที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย มูลฝอยจากห้องปฏิบัติการเพาะเชื้อที่เกี่ยวกับจุลินทรีย์ก่อโรค สิ่งของจากผู้ป่วยติดเชื้อจากห้องแยกโรค มูลฝอยประเภทมีคม มูลฝอยพยาธิสภาพ ของเสียจากสารเคมี ของเสียทางเภสัชกรรม ของเสียที่เป็นพิษต่อเซลล์ และกัมมันตภาพรังสี รวมถึงมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลสุขภาพในบ้าน เช่น เข็ม ของเหลวในร่างกาย ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การล้างไตและการฉีดอินซูลิน ของเสียจากการปนเปื้อนสารคัดหลังหรือสิ่งปฏิกูลโดยในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน ครอบคลุมถึงมูลฝอยทางการแพทย์ (Medical Waste) ของเสียจากการดูแลสุขภาพ (Health-care Waste) ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ที่บ้าน การรักษาพยาบาล การบำบัด ฟื้นฟูและการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.2 นโยบายและแผนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย

2.2.2.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560 – 2580 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดวิสัยทัศน์ ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ไม่สร้างมลภาวะ ส่งเสริมการผลิตและบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ในหัวข้อที่ 2 จัดระบบอนุรักษ์ ฟื้นฟู และป้องกันทำลายทรัพยากรธรรมชาติรวมทั้งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580) ในประเด็นการเติบโตอย่างยั่งยืนแผนย่อยการจัดการมลพิษที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสารเคมีในภาคเกษตร ทั้งระบบให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล ดังนั้นการเตรียมการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับการพัฒนาจึงจำเป็นต้องสร้างความตระหนักรู้ เพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถในการเฝ้าระวังผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและมลพิษตลอดจนเป็นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพให้กับประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ คือ แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายใต้โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

2.2.2.2 นโยบายประเทศไทย 4.0 และนโยบายรัฐบาล ปี พ.ศ. 2562 เป็นนโยบายเพื่อการวางรากฐานการพัฒนาประเทศในระยะยาว ทั้งนี้ ประเด็นในด้านการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการเปลี่ยนกลไกการขับเคลื่อนประเทศ โดยสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสังคมของรัฐอย่างมีคุณภาพทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน และการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน แก้ไขปัญหาวิกฤตสิ่งแวดล้อมโดยเร่งรัดแก้ไขปัญหาการจัดการขยะ ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก พัฒนาการผลิตให้มีประสิทธิภาพ ลดการใช้พลังงาน รวมทั้งยกระดับความสามารถในการป้องกันผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติ ประกอบกับนโยบายรัฐบาล (พ.ศ.2562) ข้อที่ 10.8 มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะและของเสียอย่างเป็นระบบโดยเริ่มจากการส่งเสริมและให้ความรู้ในการลดปริมาณขยะในภาคครัวเรือนและธุรกิจ การนำกลับมาใช้ซ้ำ การคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง เพื่อลดปริมาณและต้นทุนในการจัดการขยะของเมือง และสามารถนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ได้โดยง่าย รวมทั้งพัฒนาโรงงานกำจัดขยะและของเสียอันตรายที่ได้มาตรฐาน

2.2.2.3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 – 2570 แผนพัฒนาฉบับนี้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 – 2579) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals:

SDGs) ตลอดจนประเด็นการปฏิรูปประเทศ เพื่อมุ่งสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การขับเคลื่อนโมเดลการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง การขับเคลื่อนแผนที่นำทางการจัดการขยะพลาสติก (พ.ศ. 2561 – 2573) และแผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะพลาสติก รวมทั้งได้ระบุเป้าหมายการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในการมีส่วนร่วมลดก๊าซเรือนกระจกที่ประเทศกำหนด เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการขยะอย่างเป็นระบบตลอดห่วงโซ่ ในระดับชุมชน สนับสนุนการลดและคัดแยกขยะอย่างเป็นระบบในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดกลไกการคัดแยกขยะ ก่อนทิ้งเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ โดยให้ความสำคัญกับการนำมาเป็นวัสดุในการผลิตในชุมชนและเป็นวัตถุดิบ ให้โรงงาน ส่งเสริมการแปรรูปขยะมูลฝอยและวัตถุดิบที่เหลือจากกระบวนการผลิตเป็นพลังงาน สร้างชุมชน ต้นแบบที่มีความสามารถในการคัดแยกขยะและนำไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์สร้างรายได้ โดยใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับพื้นที่

2.2.2.4 แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. 2559 – 2564 และแผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2570) แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ.2559 – 2564 เป็นกรอบนโยบายการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายในภาพรวมของประเทศ และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน โดยแนวคิดในการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายที่สำคัญ คือ ลดการเกิดของเสียหรือขยะมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดนำของเสียกลับมาใช้ซ้ำและใช้ประโยชน์ใหม่ ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนการผลิตของภาคการผลิต รวมทั้งลดปริมาณการเกิดขยะมูลฝอยเพื่อให้เกิดการจัดการขยะมูลฝอยอย่างยั่งยืนต่อไป ส่วนขยะมูลฝอยที่เหลือจากการคัดแยกนำไปใช้ประโยชน์ใหม่ จะส่งเสริมให้นำไปแปรรูปผลิตพลังงานโดยส่งเสริมให้ภาคเอกชนหรือรัฐวิสาหกิจมาลงทุน ทั้งนี้จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีอำนาจหน้าที่โดยตรงในการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอย จะใช้แผนแม่บท ดังกล่าวเป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ในแผนฉบับนี้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ กำหนดกฎระเบียบการจัดการมูลฝอยตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 วางระบบการป้องกันและติดตามสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน จัดทำแผนขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและผลักดันการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวม

แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2565-2570) ซึ่งเป็นแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ฉบับที่ 2 ที่มุ่งเน้นการจัดการขยะวิถีใหม่เพื่อสิ่งแวดล้อมสะอาดและก้าวสู่การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ยั่งยืน ครอบคลุมการจัดการขยะ 4 ประเภท คือ ขยะมูลฝอยชุมชน ของเสียอันตรายจากชุมชน มูลฝอยติดเชื้อ และกากอุตสาหกรรมที่

เป็นอันตราย ตั้งแต่การลดและใช้ประโยชน์การบำบัด กำจัดขยะอย่างถูกหลักวิชาการ โดยใช้มาตรการที่จำเป็นทุกรูปแบบทั้งด้านกฎหมาย งบประมาณความร่วมมือทุกภาคส่วนและการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการจัดการเพื่อลดมลพิษสิ่งแวดล้อมและผลกระทบที่อาจเกิดต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนอันเกิดจากปัญหาการจัดการขยะที่ไม่ถูกต้อง

2.2.2.5 แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2565 สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2560 – 2565 มุ่งเน้นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ โดยสร้างความเข้มแข็งระบบการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นรากฐานของการพัฒนาในระยะยาว เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างครบวงจร ทั้งบุคลากรจากหน่วยงานภาคการผลิตที่อาจเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการจัดการความสะอาดปลอดภัยของเส้นทางการรับสัมผัสสู่ร่างกายและส่งเสริมพฤติกรรมสุขอนามัย และบุคลากรจากหน่วยงานด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ อันเนื่องมาจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม เร่งสร้างความร่วมมือพหุภาคีและส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมกันในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ และความมั่นคงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทยอย่างยั่งยืนและสนับสนุนให้ประเทศไทยมีระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเข้มแข็งและยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นประเด็นที่ถูกกำหนดให้ดำเนินการอย่างเหมาะสม และไม่เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

2.2.2.6 แผนปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขดำเนินการภายใต้กรอบของรัฐธรรมนูญที่กำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ได้แก่ (4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน และข้อ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมถึงได้พิจารณาประเด็นอื่นที่นำสู่การออกแบบนโยบายและระบบที่สมบูรณ์ สนับสนุนให้การขับเคลื่อนประเด็นปฏิรูปด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมมีโอกาสทัดเทียมกัน และประเทศมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน องค์ประกอบของประเด็นปฏิรูปที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัยมี 2 ด้าน คือ ด้านที่ (2) ด้านระบบบริการสาธารณสุข มุ่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรค และด้านที่ (3) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค

2.2.2.7 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs) มี 17 เป้าหมาย ประกอบไปด้วย 169 เป้าหมายย่อย (SDG Targets) และกำหนดให้มี 247 ตัวชี้วัด เพื่อใช้ติดตามและประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายที่กล่าวถึงการจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อ ขยะอันตรายและของเสีย ได้แก่ เป้าหมายที่ 6 การสร้างหลักประกันเรื่องน้ำและการสุขาภิบาล ให้มีการจัดการอย่างยั่งยืนและมีสภาพพร้อมใช้ สำหรับทุกคน โดยระบุในเป้าหมายย่อย 6.3 การปรับปรุงคุณภาพน้ำ โดยการลดมลพิษ ขจัดการทิ้งขยะและลดการปล่อยสารเคมีอันตรายและวัตถุอันตราย ลดสัดส่วนน้ำเสียที่ไม่ผ่านการบำบัดลงครึ่งหนึ่ง และเพิ่มการนำกลับมาใช้ใหม่และการใช้ซ้ำที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนทั่วโลก ภายในปี พ.ศ. 2573 และกล่าวถึงในเป้าหมายที่ 12 การสร้างหลักประกันให้มีแบบแผน การผลิตและการบริโภคอย่างยั่งยืน ระบุในเป้าหมายย่อย 12.4 เรื่องการจัดการสารเคมีและของเสียทุกชนิดตลอดวงจรชีวิตของสิ่งเหล่านั้นด้วยวิธีที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และลดการปลดปล่อยสิ่งเหล่านั้นออกสู่อากาศ น้ำ และดิน เพื่อจะลดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ภายในปี พ.ศ. 2563 และเป้าหมายย่อย 12.5 ลดการเกิดของเสียโดยให้มีการป้องกัน การลดปริมาณ การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ ภายในปี พ.ศ. 2573 นอกจากนั้นยังให้ข้อเสนอแนะว่าทุกภาคส่วนควรเร่งดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อแก้ไขปัญหาการจัดการขยะและของเสียอันตราย เนื่องจากมีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่สัดส่วนของขยะมูลฝอยที่ได้รับการกำจัดถูกต้องมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 35.37 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 34.17 ในปี 2562 เช่นเดียวกันกับการจัดการของเสียติดเชื้อจากชุมชน ซึ่งในปี 2562 ของเสียอันตรายชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 16.13 รวมถึงความท้าทายใน การบริหาร จัดการขยะและของเสียโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการจัดการให้ถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานสากล รวมทั้งมีการปล่อยของเสีย ที่ยังไม่ได้ รับการบำบัดเพิ่มสูงขึ้น

2.2.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2.2.3.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข เป็นพระราชบัญญัติที่คุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะและการอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการสุขาภิบาลซึ่งครอบคลุมกิจกรรม การกระทำทุกอย่างและกิจการประเภทต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยชุมชน และเป็นพระราชบัญญัติที่กระจายอำนาจไปสู่ราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและคณะกรรมการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน และกำหนดให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีอำนาจประกาศพื้นที่ควบคุมเหตุรำคาญเพื่อระงับและจัดการตามความจำเป็นมิให้เหตุรำคาญนั้นเกิดขึ้นอีกตลอดจนกำหนดให้ผู้ขออนุญาตในกิจการบางประเภทหรือบางขนาดต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดก่อนที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นพิจารณา

ออกใบอนุญาต นอกจากนี้เพื่ออำนวยความยุติธรรมแก่ประชาชน ทั้งนี้มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

มาตรา 4 มูลฝอย หมายความว่า เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า เศษวัตถุ ถุงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหาร เถ้า มูลสัตว์ ซากสัตว์ หรือสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่น และหมายความรวมถึงมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน

มาตรา 18 การเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยในเขตราชการส่วนท้องถิ่นใดให้เป็นอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่นนั้น

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ราชการส่วนท้องถิ่นอาจร่วมกับหน่วยงานของรัฐหรือราชการส่วนท้องถิ่นอื่นดำเนินการภายใต้ข้อตกลงร่วมกันก็ได้ แต่ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยส่วนรวมรัฐมนตรีมีอำนาจออกกฎกระทรวงโดยคำแนะนำของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการร่วมกันได้ ในกรณีที่มีเหตุอันสมควรราชการส่วนท้องถิ่นอาจมอบให้บุคคลใดดำเนินการตามวรรคหนึ่งแทนภายใต้การควบคุมดูแลของราชการส่วนท้องถิ่น หรืออาจอนุญาตให้บุคคลใดเป็นผู้ดำเนินกิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามมาตรา 19 ก็ได้

มาตรา 19 ห้ามมิให้ผู้ใดดำเนินกิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยนอกจากในที่ที่ราชการส่วนท้องถิ่นจัดไว้ให้

ทั้งนี้ภายใต้ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ได้มีการออกกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นกฎกระทรวงที่กำหนดรายละเอียดคำจำกัดความ หลักเกณฑ์ และวิธีการ เก็บ การเคลื่อนย้าย การรวบรวม การขนส่ง และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขและประกาศกรมอนามัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 13 ฉบับ เพื่อใช้ในการกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐาน และเงื่อนไขต่าง ๆ ดังนี้

1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ตราหรือสัญลักษณ์สำหรับพิมพ์บนภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2546

2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะของบริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2548

3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักสูตรการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2548

4) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะและเงื่อนไขของห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย พ.ศ. 2548

5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะและเงื่อนไขของห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย พ.ศ. 2548

6) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขว่าด้วยการขนและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในท้องที่เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2558

7) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง พ.ศ. 2563

8) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีอื่น พ.ศ. 2564

9) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดประเภทมูลฝอยหรือแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออื่นที่ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2565

10) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2565

11) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับการขนมูลฝอยติดเชื้อเพื่อป้องกันการลักลอบทิ้ง พ.ศ. 2565

12) ประกาศกรมอนามัย เรื่อง แบบบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2565

13) ประกาศกรมอนามัย เรื่อง แนวทางการจัดตั้งที่เก็บกักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อชั่วคราว มาตรการขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2564

2.2.3.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อ คือ ให้อำนาจคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมมลพิษ และเจ้าพนักงานควบคุมมลพิษในการบังคับใช้มาตรการต่าง ๆ ตามกฎหมาย เพื่อประโยชน์ในการควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากภาวะมลพิษ ซึ่งได้แก่ การเสนอความเห็นในการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมมลพิษของประเทศ การกำหนดมาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการกำหนดมาตรฐานควบคุมมลพิษจากแหล่งกำเนิด การจัดทำแผนการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม และมาตรการควบคุมมลพิษ การติดตามตรวจสอบสถานการณ์มลพิษ รับเรื่องราวร้องทุกข์ด้านมลพิษ และดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมด้านการควบคุมมลพิษโดยมีประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดให้เตาเผามูลฝอยติดเชื้อเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่ต้องถูกควบคุมการปล่อยทิ้งอากาศเสียออกสู่บรรยากาศ พ.ศ. 2546 และ

ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการปล่อยทิ้งอากาศเสียจากเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2546 นอกจากนี้ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจหรือเอกชนประสงค์จะลงทุนดำเนินงานระบบกำจัดของเสียรวมก็อาจกู้ยืมเงินหรือขอรับทุนแล้วแต่กรณีจากกองทุนสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ตามกฎหมายฉบับนี้เพื่อดำเนินการก็ได้

2.2.3.3 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 กำหนดให้ราชการส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลองค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา มีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง ซึ่งมีบทบัญญัติในมาตรา 17(11) และมาตรา 17(12) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่ในการจัดระบบกำจัดขยะมูลฝอยรวมและการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่าง ๆ และบทบัญญัติในมาตรา 16, 17 และ 18 กำหนดให้เทศบาล เมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ในการจัดระบบการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง การกำจัดขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย

2.2.3.4 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559

เป็นกฎหมายหลักที่ใช้ในการควบคุมการประกอบกิจการสถานพยาบาลของประเทศไทยที่ให้บริการแก่ประชาชน ทั้งสถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยภาครัฐและสถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนโดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อให้มีสถานบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในการบริการมีความเรียบร้อยและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยซึ่งเข้าไปรับบริการในสถานพยาบาลนั้น ๆ ทั้งนี้ภายใต้ในฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2559) ได้มีการออกกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 ซึ่งกำหนดให้สถานพยาบาลต้องมีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม รวมถึงมีระบบการควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม

2.2.3.5 พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540

กฎหมายนี้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่ดำเนินการภายในพื้นที่ของจังหวัด เกี่ยวกับการคุ้มครอง ดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมตามมาตรา 45 (7)

2.2.3.6 พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496

กฎหมายนี้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของเทศบาลในการรักษาความสะอาดของถนนทางเดินและที่สาธารณะรวมทั้งการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ตามมาตรา 50 (3) มาตรา 53 (1) และมาตรา 56 (1)

2.2.3.7 พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537

กฎหมายนี้กำหนดให้อำนาจและหน้าที่แก่สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการรักษาความสะอาดในที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดการขยะมูลฝอยภายในพื้นที่ตำบล ตามมาตรา 23 (3)

2.2.3.8 พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560

ภายใต้พระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2535 ได้กำหนดการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยและการรักษาความสะอาดของบ้านเมือง โดยมีบทบัญญัติหลายมาตราที่เกี่ยวข้องกับการห้ามทิ้งมูลฝอย โดยเฉพาะหมวด 1 การรักษาความสะอาดในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ หมวด 2 การดูแลรักษาสนามหญ้าและต้นไม้ในถนนและสถานสาธารณะ และหมวด 3 การห้ามทิ้งสิ่งปฏิกูลมูลฝอยในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ ขณะที่พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 ประกาศราชกิจจานุเบกษา ฯ เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2560 ได้กำหนดการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย และกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมโดยการออกกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยจะกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมให้แตกต่างกันโดยคำนึงถึงปริมาณสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ระยะเวลาการจัดเก็บลักษณะการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย รวมทั้งต้นทุนและความคุ้มค่า พร้อมทั้งให้ยกเลิกอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าบริการท้ายพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 และให้ใช้อัตราค่าธรรมเนียมท้ายพระราชบัญญัตินี้แทน เพื่อให้การบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด

2.2.4 มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลและการให้บริการด้านสาธารณสุขณ ครัวเรือนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้น รวมถึงการดูแลความเป็นอยู่ สภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดการมูลฝอย ของเสียและสิ่งปฏิกูล โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุทำหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การฟื้นฟู บำบัด การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพที่พบ การดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเสียและสิ่งปฏิกูล ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีปริมาณเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ และความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่มูลฝอยติดเชื้อและของเสียเกิดจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในชุมชน ประเภทมูลฝอยที่พบ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป กระดาษชำระ แผ่นรองซับ และผ้าที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งและสิ่งปฏิกูล นอกจากนั้น มูลฝอยติดเชื้อและของเสียยังเกิดจากกระบวนการรักษาทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้อง ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่ต้องรักษาตัวที่บ้าน (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2562) ข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน (สุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์, 2561; ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และคณะ, 2562; Hangulu L, Akintola O., 2017; ธิดารัตน์ สุตะโคตร, 2564) พบว่า มูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 46.5 ผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 29.1 และ ผู้ป่วยล้างไตเอง ร้อยละ 24.4 ด้านการจัดเก็บขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า 1) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเตียงจัดการโดยเก็บใส่ถุงแล้วนำส่งที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 42.0 ทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของท้องถิ่น ร้อยละ 40.0 และเผาเองพร้อมขยะทั่วไป ร้อยละ 18.0 2) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยล้างไตเองจัดการโดยเทน้ำถุงล้างไตลงโถส้วม ร้อยละ 78.6 เทน้ำถุงล้างไตลงพื้นดิน ร้อยละ 18.8 และเทน้ำถุงล้างไตลงท่อระบายน้ำ ร้อยละ 2.6 ส่วนการกำจัดถุงล้างไต นำส่งถุงล้างไตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 46.7 นำไปขาย ร้อยละ 37.6 ทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของท้องถิ่น ร้อยละ 10.4 และกำจัดโดยเผาเอง ร้อยละ 5.3 3) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยเบาหวานจัดการโดยนำเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วใส่ปลอกเข็ม แล้วใส่ในภาชนะเก็บสะสมไว้ส่งคืนที่โรงพยาบาล ร้อยละ 54.8 ส่งคืนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 37.0 และทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของ ท้องถิ่น ร้อยละ 8.2 การศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ที่ใช้ในครัวเรือน (Lydia et al, 2017; Udofia, E.A. et al., 2017; Zikhathile T, Atagana H., 2018) พบว่า มีการทิ้งยาที่ไม่ต้องการและทิ้งของมีคมรวมกับขยะในครัวเรือน ร้อยละ 80 และ ร้อยละ 89 ตามลำดับ ทิ้งลงถังขยะรองรับ ร้อยละ 23 และทิ้งลงในพื้นที่ไม่มีถังขยะรองรับ ร้อยละ 35 นอกจากนั้นมีการศึกษาเฉพาะในบางพื้นที่เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและมีปัญหาสุขภาพ มูลฝอยติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ สำลีเปื้อนสารคัดหลั่ง ผ้าก๊อสเปื้อนสารคัดหลั่ง จุกท่อและถุงพลาสติกที่เปื้อนสารคัดหลั่ง เมื่อพิจารณาแยกรายกลุ่มตามปัญหาการเจ็บป่วยแล้ว จะพบว่าผู้ป่วยโรคไตมีอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในด้านการจัดการพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังส่วนใหญ่จะไม่ส่งมูลฝอยติดเชื้อไปยังสถานบริการสาธารณสุข มีการส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดอย่าง

ถูกต้องตามหลักวิชาการเพียง ร้อยละ 0.31 และ 4.31 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยไตทางช่องท้องจะส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดอย่างถูกต้อง ร้อยละ 8.21 และมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้านมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นประมาณ 4,026 กิโลกรัมต่อเดือน การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 94.13 (3,790 กิโลกรัมต่อเดือน) กำจัดโดยการเผากลางแจ้ง และร้อยละ 1.74 (70 กิโลกรัมต่อเดือน) ทิ้งรวมกันกับมูลฝอยทั่วไปและที่เหลือ (166 กิโลกรัมต่อเดือน) ส่งไปยังสถานบริการสาธารณสุขเพื่อกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

นอกจากมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว ยังพบมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากจากการดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือกในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 โดยต้องมีคุณลักษณะตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รับรอง สนับสนุนจำนวนไม่เกิน 3 ชิ้นต่อคนต่อวัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) และถึงแม้ยังไม่มีข้อมูลรายงานปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการได้รับสนับสนุนตามประกาศดังกล่าวอย่างชัดเจน แต่จากข้อมูลจำนวนผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในโครงการนี้มีประมาณ 53,356 ราย (ดุสิต ศรีโคตร, 2565) และนำมาคำนวนปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่จะเกิดขึ้นประมาณ 160,068 ชิ้นต่อวัน 4,802,040 ชิ้นต่อเดือน และ 57,624,480 ชิ้นต่อปี

2.2.5 รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2561)

รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย ณ ปัจจุบัน มีรูปแบบในการจัดการดังนี้

2.2.5.1 แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อมีระบบกำจัดเอง ณ แหล่งกำเนิด ซึ่งดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลตนเอง และรับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากโรงพยาบาลใกล้เคียงมากำจัด ปัจจุบันมีโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาที่มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิด จำนวน 40 แห่ง แบ่งเป็นกำจัดด้วยเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 18 แห่ง และใช้วิธีนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ (Autoclave) จำนวน 22 แห่ง

2.2.5.2 ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อออกไปกำจัดนอกสถานพยาบาลนั้น โดยจะมีหน่วยงานที่เข้ามาดำเนินการเก็บ ขน และนำไปกำจัดต่อไป โดยหน่วยงานที่รับดำเนินการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9 แห่ง ภาคเอกชน 5 แห่ง และสถาบันการศึกษา 3 แห่ง สถานบริการการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดภายนอกสถานพยาบาล ถึงร้อยละ 95 มีเพียงร้อยละ 5 ที่มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง ณ แหล่งกำเนิด วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่

ใช้กันในปัจจุบันมากที่สุด คือ การเผาโดยใช้เตาเผา มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น จำนวน 9 แห่ง บริษัทเอกชน จำนวน 5 แห่ง เตาเผามูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง และยังมีโรงพยาบาล อีกจำนวน 18 แห่ง ที่ยังใช้วิธีนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ (Autoclave) ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ใช้วิธีนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ (Autoclave) ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดจำนวน 1 แห่ง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าสถานบริการการสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีการเผา ทั้งที่มีเตาเผาเองและใช้เตาเผาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชน รวมทั้งมีการกำจัดด้วยวิธีนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ (Autoclave) เพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การที่สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 95 ส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดภายนอกโดยใช้เตาเผาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชน เมื่อ พิจารณาจากระยะทางของสถานบริการ จำนวน ความสามารถในการรองรับปริมาณมูลฝอยของสถานที่กำจัดแล้วนั้น พบว่าระยะทางในการขนส่งมูลฝอยจากสถานบริการสาธารณสุขถึงแหล่งกำจัดมีระยะทางไกลหรือข้ามจังหวัด ประกอบกับจำนวนของแหล่งรับกำจัดมูลฝอยมีจำนวนจำกัดไม่สามารถเลือกแหล่งกำจัดที่มีคุณภาพหรือใกล้เคียงกับสถานบริกรได้ อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อในที่หรือทางสาธารณะได้

ในส่วนของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลขนาดเล็กและมูลฝอยจากชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีรูปแบบของการจัดการมูลฝอยโดยให้โรงพยาบาลเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการเก็บรวบรวมและส่งไปกำจัด โดยมีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 2 แบบ คือ การจัดรถจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปรับมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลขนาดเล็ก และสถานพยาบาลขนาดเล็กรวบรวมและขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปส่งให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อนำไปกำจัดต่อไป ส่วนคลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และโรงพยาบาลสัตว์ยังไม่มีระบบการรายงานสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นระบบ

2.2.6 แนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563)

ปัจจุบันการแพทย์มีความก้าวหน้าทำให้อัตราตายของผู้ป่วยเรื้อรังจากภาวะวิกฤติลดลง ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียง ลดจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุได้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน การดูแลเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน จึงมีความสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติด มาที่บ้านเป็นสาเหตุให้ต้องมีการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บางรายต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยควบคุมอาการของโรคเมื่อไปรักษาตัวที่บ้าน ทำให้ปัจจุบันมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่โรงพยาบาลแล้วยังรวมถึงจากกลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึงการจัดบริการสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง โดย

บุคลากรทางสาธารณสุข หรือบุคลลากรทีมสุขภาพ ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จและองค์รวม ได้แก่ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม บริการที่ให้ต้องเหมาะสมตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน และแต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วย การรักษาเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การฟื้นฟูสภาพการดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อที่ต้องรักษาตัวที่บ้าน อุปกรณ์ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

ขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน (ประจวบ แสงดาวและ วิสาขา ภู่จินดา, 2564)

2.2.6.1 การวางแผนและการเตรียมความพร้อม

1) การจัดทำแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนระดับหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อหาเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยมีขั้นตอนย่อย ได้แก่ (1) การจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยเชิญเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนร่วมกัน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (2) นำร่างแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนระดับหมู่บ้านเพื่อขอมติความเห็นจากประชาชนในพื้นที่ ในเวทีประชาคมหมู่บ้าน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (3) ประกาศแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ซึ่งคัดเลือกโดยเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2) การจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เพื่อใช้วางแผนในการดำเนินงานและการวางแผนด้านงบประมาณ

3) การจัดอบรมเพื่อการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อ หรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนในทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยหรือญาติ, อาสาสมัครสาธารณสุขหรือนักบริบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, โดยมีผู้รับผิดชอบงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นผู้สนับสนุนในการดำเนินงานอบรม

2.2.6.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่น ๆ ณ แหล่งกำเนิด มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคม มีการเก็บมูลฝอยติดเชื้อต้องเก็บลงในภาชนะเฉพาะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

1) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีก ขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมีการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม มีเครื่องหมายและคำเตือน “ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ”

2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของ ถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่นมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่องภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (กรณีที่เป็นเข็มสามารถใช้ภาชนะพลาสติกชนิดหนามีฝาปิดใส่ได้) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ กรณี น้ำที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดแผล นำทิ้งในห้องน้ำที่บ้านผู้ป่วย และล้างทำความสะอาดห้องน้ำทุกครั้งด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำหรือผงซักฟอก

2.2.6.3 การเก็บรวบรวม

ต้องจัดให้มีจุดทิ้งมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในบริเวณที่เหมาะสมมีถังรองรับอีกชั้น โดยห่างจากมือเด็ก และสัตว์ในการคุ้นเขี่ย และมีฝาปิดที่มิดชิด ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือ สถานที่ปรุงประกอบเก็บหรือสะสมอาหาร เป็นต้น

2.2.6.4 การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จากบ้านผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างน้อย ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยาง การขนมูลฝอยติดเชื้อ ต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะ ดังนี้

กรณีดำเนินการโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการเก็บขนเอง

1) ต้องขนโดยยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อและขนอย่างสม่ำเสมอ

2) ผู้ขับขี่ และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะ ต้องผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อ หรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ

3) ต้องมีเครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ

4) ผู้ขับขี่ยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ ต้องระมัดระวังมิให้มูลฝอยติดเชื้อ และภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ตกหล่นระหว่างการขน

5) ห้ามนำยานพาหนะขนมูลฝอยติดเชื้อ ไปใช้ในกิจการอย่างอื่น และให้ทำความสะอาด และฆ่าเชื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง โดยยานพาหนะที่ใช้ขนมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ควรมี

ตัวถังปิดทึบ ผนังด้านในต้องบุด้วยวัสดุที่ทนทาน ทำความสะอาดได้ง่าย ไม่รั่วซึม ในกรณีที่เป็นยานพาหนะสำหรับใช้ขนมูลฝอยติดเชื้อ จากที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่เก็บไว้นานกว่า 7 วัน ภายในตัวถังของยานพาหนะนั้น ต้องสามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ที่ 10 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่านั้นได้ และจะต้องติดเครื่องเทอร์โมมิเตอร์ ที่สามารถอ่านค่าอุณหภูมิภายในตัวถังไว้ด้วย และมีข้อความสีแดงที่มีขนาดสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ปิดไว้ที่ภายนอกตัวถังด้านข้างทั้งสองด้านว่า "ใช้เฉพาะขนมูลฝอยติดเชื้อ" ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ มีพื้นและผนังทึบทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่าย และมีฝาปิดมิดชิด มีข้อความสีแดงที่รถว่า "รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น" มีอุปกรณ์สำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่ตกหล่นประจำรถเข็น

กรณีดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข/นักบริบาล/ผู้ป่วย/ญาติ

1) ต้องขนส่งมูลฝอยติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอตามวันและเวลาที่กำหนด

2) มูลฝอยติดเชื้อที่ขนส่งต้องอยู่ภาชนะที่แข็งแรง มีฝาปิดมิดชิด กรณีเป็นถุงแดงให้ใส่ถุงแดงในภาชนะที่เป็นกล่องที่มีฝาปิดมิดชิด ขณะที่ขนส่งมายังที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่จัดไว้

3) ผู้ที่ทำการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ต้องผ่านการฝึกอบรมการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อ หรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ

4) ต้องมีการสวมใส่เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยาง ขณะเก็บรวบรวม

5) มีการทำความสะอาด ยานพาหนะที่ใช้ในการขนมูลฝอยติดเชื้อ หลังการขนส่งเสร็จสิ้นแล้วทุกครั้ง โดยแยกตามพาหนะ โดยมีข้อกำหนด คือ (1) กรณีพาหนะที่เป็นรถเก๋ง ใส่มูลฝอยติดเชื้อในภาชนะปิดสนิท แล้วนำไปใส่ในกระโปรงท้ายรถ โดยไม่มีสิ่งอื่นปะปนขณะที่ทำการขนส่ง (2) กรณีพาหนะที่เป็นรถกระบะ ใส่มูลฝอยติดเชื้อในภาชนะปิดสนิท แล้วนำไปใส่ในกระบะท้ายรถ โดยไม่มีสิ่งอื่นปะปนขณะที่ทำการขนส่ง (3) กรณีพาหนะที่เป็นรถจักรยาน/จักรยานยนต์ ใส่มูลฝอยติดเชื้อในภาชนะที่เป็นกล่องปิดสนิท โดยมีการผูกให้แน่นขณะเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการหล่น

2.2.6.5 สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ อยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่าย และมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน มีการป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสียมีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้อง

2.2.6.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

1) ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยประชาชนทั่วไป ห้ามถ่าย เท ทิ้งมูลฝอยในที่หรือทางสาธารณะ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องกำหนดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในที่หรือทาง

สาธารณะ และต้องกำหนดวิธีการคัดแยก เก็บรวบรวม ขนย้าย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้เจ้าของบ้านหรือผู้ครอบครองอาคารสถานที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเพื่อให้ถูกต้องตามสุขลักษณะ การดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเองต้องได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส

2) ดำเนินการโดยให้ผู้อื่นกำจัดให้ มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ที่เชื่อได้ว่ามีการ นำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่อย่างถูกต้อง (สมุดบันทึกรับ-ส่งมูลฝอยติดเชื้อ)

2.2.7 เทคโนโลยีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (กรมอนามัย, 2560)

เทคโนโลยีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมี 7 ประเภท แต่สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน มีเพียง วิธีการเผาในเตาเผา การทำลายเชื้อด้วยไอน้ำและการทำลายเชื้อด้วยความร้อนเท่านั้น ที่กระทรวงสาธารณสุขอนุญาตให้ใช้ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ มีรายละเอียดของเทคโนโลยีประเภทต่าง ๆ ดังนี้

2.2.7.1 การเผาในเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ (Incineration) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการเผาในเตาเผาเป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากสามารถลดปริมาณมูลฝอยลงได้มาก และสามารถทำลายเชื้อโรคในมูลฝอยติดเชื้อได้ โดยเหลือเพียงเถ้าเท่านั้นที่ต้องนำไปกำจัดโดยการฝังกลบตามหลักสุขาภิบาล มูลฝอยชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ชิ้นเนื้อ อวัยวะและมูลฝอยติดเชื้ออื่น ๆ ต้องเผาในเตาเผาที่มีอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 760 องศาเซลเซียสและ ต้องเผาไหม้ควันในที่อุณหภูมิสูงกว่า 1,000 องศาเซลเซียส โดยการเผาไหม้จะสมบูรณ์ได้ อุณหภูมิและเวลาในการเผาไหม้ต้องมีความเหมาะสม ถ้าหากมีการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์จะทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น เขม่าควัน ฝุ่นละออง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยรอบ ข้อดีของการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการเผาในเตาเผา คือ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการขนส่งและการกำจัด สามารถทำลายเชื้อโรค ได้ใช้พื้นที่ในการกำจัดน้อย ลดปริมาณมูลฝอยลงมากเหลือเพียงเถ้าซึ่งมีปริมาณน้อยที่ต้องนำไปกำจัดต่อไป ส่วนข้อเสียคือ ค่าใช้จ่ายในช่วงก่อสร้างและดำเนินการสูง และผู้ควบคุมเตาเผาจะต้องเป็นผู้มีความรู้และทักษะเฉพาะ รวมทั้งต้องมีการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เตาเผามูลฝอยติดเชื้อโดยทั่วไปที่นิยมใช้กันสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือเตาเผามูลฝอยแบบหลายห้องเผา ลักษณะเตาเผาประเภทนี้คือจะมีห้องเผามากกว่า 1 ห้องเผา และต้องใช้อากาศเป็นจำนวนมาก โดยเตาเผาห้องแรกจะทำหน้าที่เผามูลฝอย ส่วนเตาเผาห้องที่ 2 จะมีหัวเผาเพิ่มขึ้นเพื่อเผาไหม้ก๊าซ และอนุภาคที่ออกมาจากห้องเผาแรก เตาเผาประเภทใช้อากาศน้อย ลักษณะเตาเผาประเภทนี้จะมีห้องเผาไหม้ 2 ห้อง ห้องเผาไหม้แรกจะเผาไหม้ มูลฝอยโดยมีการเป่าอากาศจากด้านล่างของมูลฝอย โดยปริมาณอากาศที่เป่าเข้ามาแค่เพียงพอให้มูลฝอยติด

ไฟ อากาศบางส่วนจะถูกเป่าเข้าไปในห้องเผาไหม้ที่สอง อุณหภูมิของห้องเผาไหม้แรกนี้จะอยู่ในช่วง 760-850 องศาเซลเซียส ห้องเผาไหม้ที่สองจะอยู่ด้านบน ทำหน้าที่เผาไหม้สารระเหิดและสารแขวนลอยที่มากจากเผาไหม้ในห้องแรก ห้องเผาไหม้ที่สองอุณหภูมิ ประมาณ 1,000-1200 องศาเซลเซียส ปริมาตรในห้องเผาไหม้ต้องเพียงพอที่จะทำให้ระยะเวลาที่ก๊าซ ร้อนอยู่ในห้องเผาไหม้เกิดปฏิกิริยาที่สมบูรณ์ เพื่อให้เกิดปัญหาอากาศเป็นพิษ ข้อดีของเตาเผา ประเภทนี้ คือ ห้องเผาไหม้เตาเผาไหม้แรกจะไม่รุนแรง และอุณหภูมิไม่สูงมาก ช่วยลดปัญหาเถ้าลอยได้ และไม่มีปัญหาตะกรันเกาะติดเตาเนื่องจากอุณหภูมิไม่สูงพอที่จะเผาไหม้โลหะและแก้วได้ เตาเผาแบบหมุนหรือแบบ Rotary ลักษณะของเตาเผาประเภทนี้คือ มี 2 ห้องเผา ห้องเผาแรกใช้ในการเผามูลฝอย จะเป็นทรงกระบอกที่สามารถหมุนได้เพื่อสร้างความปั่นป่วนในเตาเผา และวางเอียงกับพื้นทำให้เถ้าที่เหลือจากการเผาถูกส่งไปยังด้านท้ายของเตาเผาได้ง่าย ส่วนห้องเผาที่สองจะเผาไหม้ควันที่เกิดจากการเผามูลฝอยในห้องเผาแรกเพื่อไม่ให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศ เตาเผาแบบนี้มีประสิทธิภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อสูง แต่มีค่าใช้จ่ายในเรื่องก่อสร้าง ดำเนินการ บำรุงรักษา ซ่อมแซมสูงกว่า ประเภทอื่น การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาประกอบด้วย 5 กระบวนการ คือ กระบวนการป้อนมูลฝอยเข้าเตาเผา กระบวนการเผามูลฝอยในเตาเผา กระบวนการบำบัดมลพิษทางอากาศจากการเผา กระบวนการบำบัดน้ำเสีย กระบวนการบำบัดเถ้า ประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อโรคในมูลฝอย ติดเชื้อขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและเวลาที่ใช้ในการเผา

2.2.7.2 การทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ (Autoclaving or Steam Sterilization) การทำลายเชื้อในมูลฝอยติดเชื้อเป็นการใช้ไอน้ำร้อนอิ่มตัวภายใต้ความดันเพื่อทำลาย เชื้อโรควิธีการนี้ต้องใช้ความร้อน ความชื้นและความดันที่เหมาะสมร่วมกันในการทำลายเชื้อโรค โดยใช้เครื่อง Steam Sterilizer หรือ Autoclave โดยวิธีการที่ใช้เหมือนกับการทำลายหรือยับยั้งเชื้อโรคในอุปกรณ์การแพทย์และยาในสถานพยาบาล มีหลักการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ คือ การทำให้ปราศจากเชื้อ ทำโดยการใส่ภาชนะที่บรรจุ มูลฝอยติดเชื้อเข้าไปในห้องบำบัดของตัวเครื่องซึ่งต้องเป็นโลหะที่ทนความร้อนและความดัน ในขั้นตอนแรกจึงต้องไล่อากาศออกก่อนโดยให้ไอน้ำแทนที่ จะทำให้อุณหภูมิของมูลฝอยสูงขึ้น เพื่อฆ่าเชื้อโรคได้ เมื่ออากาศเข้าสู่มูลฝอยจะมีการถ่ายเทความร้อน อากาศจะถูกกำจัดจากห้องบำบัดอย่างสมบูรณ์ ต้องไม่มีอากาศเหลืออยู่ภายในห้องบำบัด คืออยู่ใน สภาพไอน้ำอิ่มตัวใต้ความดันที่เหมาะสม ประสิทธิภาพของการบำบัดขึ้นอยู่กับความดันของไอน้ำที่ ผ่านเข้าสู่มูลฝอย อุณหภูมิในห้องบำบัด และระยะเวลาที่ใช้ สภาวะทั่วไปของการฆ่าเชื้อที่แนะนำให้ใช้ คือ อุณหภูมิ 121 องศาเซลเซียส ใช้เวลา 30 นาที ที่ความดัน 15 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ภาชนะบรรจุมูลฝอยสำหรับการบำบัด และการกำหนดตำแหน่งหรือการวางมูลฝอย การฆ่าเชื้อจะมีประสิทธิภาพดีที่สุดเมื่ออุณหภูมิในตรงกลางมูลฝอยเป็น 120 องศาเซลเซียส และมีไอน้ำผ่านเข้าสู่มูลฝอยอย่างเหมาะสม ข้อดีของการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ คือ มีวิธีการใช้งานที่ ง่าย สะดวกต่อการใช้ในโรงพยาบาล

เทคโนโลยีนี้ใช้คุ้นเคยเป็นอย่างดี ปริมาณมูลฝอยลดลง ใช้ตัวชี้วัดทางชีววิทยาในการตรวจสอบเชื้อและสามารถตรวจสอบได้ง่าย ไม่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ ลักษณะของมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมกับวิธีนี้คือ วัสดุของมีคม วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัส เลือด เชื้อหรืออาหารเลี้ยงเชื้อและวัสดุที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิตและภาชนะบรรจุ ก่อนการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำจึงต้อง แยกวัสดุที่ไม่เหมาะสมออกก่อนภาชนะที่บรรจุมูลฝอยติดเชื้อต้องเจาะรูให้ไอน้ำผ่านเข้าไปได้ การตรวจสอบประสิทธิภาพของการบำบัดมูลฝอยติดเชื้อด้วย Bacillus Stearothermophilus หรือ Bacillus subtilis มูลฝอยติดเชื้อที่ผ่านการบำบัดด้วยไอน้ำต้องนำไปกำจัดร่วมกับมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกหลักวิชาการ

2.2.7.3 การทำลายเชื้อด้วยความร้อน (Thermal Inactivation) การทำลายเชื้อด้วยความร้อน เป็นการใช้ความร้อนในการทำให้เกิดสภาวะที่ไม่เหมาะสม กับการเจริญเติบโตของเชื้อโรค โดยใช้หลักการถ่ายเทความร้อนเพื่อทำลายเชื้อในมูลฝอย ทั้งมูลฝอยติดเชื้อในรูปของเหลว และมูลฝอยติดเชื้อใน รูปของแข็ง มักใช้ในสถานที่ ที่มีมูลฝอยติดเชื้อปริมาณมาก ๆ โดยในการทำลายเชื้อในมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลวนั้น ต้องอุ่นมูลฝอยให้อุณหภูมิได้แล้ว กวนผสมมูลฝอยให้ความร้อนกระจายทั่วกัน มี 2 แบบ คือถังบรรจุมูลฝอยเดี่ยว และถังบรรจุมูลฝอยคู่ ประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและระยะเวลาที่เหมาะสมกับเชื้อโรคนั้น ๆ ที่อยู่ในมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีการลดความร้อนของมูลฝอยดังกล่าวก่อนจึงจะส่งไประบบบำบัดน้ำเสียได้ ส่วนการทำลายเชื้อด้วยความร้อนสำหรับมูลฝอยติดเชื้อในรูปของแข็งใช้เทคนิคความร้อนแห้ง เทคนิคนี้มีประสิทธิภาพต่ำกว่าระบบที่ใช้ไอน้ำ โดยทั่วไปใช้อุณหภูมิ160-170 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 2 – 4 ชั่วโมง โดยปกติสารเคมีควรทำลายเชื้อโรคได้หมด ดังนั้นเกณฑ์มาตรฐานทางชีวภาพจึงไม่ควร พบเชื้อโรคอยู่ในมูลฝอยหลังการบำบัด ส่วนการตรวจสอบประสิทธิภาพของการบำบัดนั้นอาจใช้เชื้อจุลินทรีย์ที่ทนสารเคมีมากกว่าเชื้อที่เป็นเป้าหมายในการกำจัดใช้เชื้อ Bacillus Subtilis เป็นเชื้อตรวจสอบประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำและก๊าซ การบำบัดด้วยสารเคมีทั้ง ณ. แหล่งกำเนิด และนอกแหล่งกำเนิดสารละลายเคมี ภายหลังการบำบัดให้ส่งไปบำบัดร่วมกับระบบบำบัดน้ำเสีย และน้ำทิ้งที่ปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกต้องอยู่ภายใต้มาตรฐานน้ำทิ้ง ในกรณีที่ใช้สารเคมีที่มี ความเข้มข้นมาก และอาจทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียเสียหาย ต้องมีระบบกำจัดความเป็นพิษของสารเคมี ก่อนปล่อยเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำทิ้ง

2.2.7.4 การทำลายเชื้อด้วยก๊าซ (Gas/Vapor Sterilization) การทำลายเชื้อด้วยก๊าซ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่อาจนำมาใช้ทำลายเชื้อโรคในมูลฝอยติดเชื้อเฉพาะอย่าง วิธีนี้ตัวทำลายเชื้อเป็นก๊าซหรือไอสารเคมี สารเคมีที่นิยมใช้คือ เอทธีลีนออกไซด์ (Ethylene oxide) และฟอร์มาลดีไฮด์ (Formaldehyde) ซึ่งอาจเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ได้ การนำมาใช้จึงต้องมีมาตรการด้านความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ดังนั้น หากจะพิจารณานาวิธีนี้มาใช้ จะต้องเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียให้แน่ชัด ในระยะหลังเอทธีลีนออกไซด์ มักได้รับการแนะนำว่าไม่ควร ใช้กับมูลฝอยติดเชื้อ

ส่วนฟอร์มาลดีไฮด์ ควรใช้กับบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนในการใช้งานมาเป็นอย่างดี การทำลายเชื้อด้วยก๊าซเหล่านี้ มักจะมีก๊าซส่วนที่เหลือจากกระบวนการทำลายเชื้อ สะสม อยู่ในมูลฝอย ซึ่งจะระเหยออกมาในภายหลังได้

2.2.7.5 การทำลายเชื้อด้วยรังสี (Sterilization by Irradiation) การทำลายเชื้อด้วยรังสีเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในระยะหลังโดยอาศัย ประสบการณ์จากการใช้รังสีกับเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์ อาหาร และสินค้าอุปโภคต่าง ๆ จึงมีการพัฒนาระบบนี้มาใช้กับมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งข้อดีของระบบคือ ใช้ไฟฟ้าน้อย ไม่ต้องใช้ไอน้ำ ไม่มีความร้อนตกค้างในมูลฝอย และมีประสิทธิภาพดี ส่วนข้อเสียของระบบคือ ค่าใช้จ่ายสูงในการติดตั้งระบบ ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้สูง ต้องใช้พื้นที่มาก และมีปัญหาในการกำจัดต้นกำเนิดรังสี

2.2.7.6 การทำลายเชื้อด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Microwave Treatment) การทำลายเชื้อด้วยคลื่นแม่เหล็กแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นเทคโนโลยีใหม่ที่เริ่มพัฒนาขึ้นมาใช้ กับมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย ส่วนตัดย่อยมูลฝอย และส่วนทำลายเชื้อ ระบบนี้ใช้ ความร้อนเป็นตัวทำลายเชื้อ ความร้อนดังกล่าวนี้เกิดขึ้นโดยการฉีดละอองน้ำให้สัมผัสมูลฝอยอย่างทั่วถึง แล้วใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าทำให้เกิดความร้อนแก่ละอองน้ำองค์ประกอบสำคัญที่ต้องควบคุมเพื่อให้การทำลายเชื้อด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าได้ ประกอบด้วย การตัดย่อยมูลฝอย อุณหภูมิ และระยะเวลาในการให้ความร้อน การตัดย่อยมูลฝอยมี ส่วนสำคัญมาก โดยต้องตัดมูลฝอยให้ย่อยที่สุด และคลุกเคล้าให้ทั่วถึง เพื่อให้ละอองน้ำสัมผัส มูลฝอยได้ทุกจุด ไม่เช่นนั้นจะเกิดจุดบอดซึ่งมูลฝอยบริเวณที่ไม่มีความชื้นจะไม่ได้รับความร้อนเพียงพอ (Cold Spot) โดยทั่วไประบบนี้ควรควบคุมให้ทำงานที่อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 95 องศาเซลเซียส ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที ข้อดีของระบบทำลายเชื้อด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ได้แก่ การลดปริมาตรของมูลฝอยได้ มากเนื่องจากการตัดย่อยมูลฝอยละเอียดทำให้โพรงช่องว่างภายในมูลฝอยลดลงการใช้พื้นที่ค่อนข้างน้อยกว่าระบบอื่น และไม่มีน้ำเสียออกจากระบบ ส่วนข้อด้อยของระบบนี้คือไม่สามารถใช้กับมูล ฝอยทางด้านพยาธิวิทยาและมีข้อจำกัดในการใช้กับมูลฝอยประเภทของมีคมและของเหลวต่าง ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยพิจารณาเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเท่านั้น โดยมีขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการได้แก่ 1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม และยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่หมดอายุ เสื่อมคุณภาพ และแตกหักชำรุด 2) การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ คือ วิธีการเก็บรวบรวมบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน 3) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ คือขั้นตอน วิธีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อนำไปพักรวมหรือนำไปกำจัด 4) ที่พักรวม

มูลฝอยติดเชื้อ โดยการรวบรวมมาทิ้งในจุดที่เตรียมไว้ เช่น อบต. รพ.สต.และนำส่งต่อไปกำจัดอย่างถูกต้อง 5) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ คือ วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสมตามมติที่ตกลงของชุมชน ได้แก่ การเผาในภาชนะรองรับหรือหลุมเผาในพื้นที่ห่างไกลจากชุมชนและที่พักอาศัย และการขุดหลุมฝังกลบในพื้นที่ที่กำหนดของแต่ละครัวเรือน

2.2.8 ผลกระทบและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม (WHO, 2018; กรมอนามัย, 2563)

ผลกระทบและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรคหลายชนิด หากไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตั้งแต่กระบวนการคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนส่ง การกำจัด อาจทำให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ซึ่งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอื่น ๆ อาจรวมถึงจุลินทรีย์ดื้อยาซึ่งแพร่กระจายจากสถานพยาบาลสู่สิ่งแวดล้อมได้อีกด้วย

ผลกระทบและความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ ได้แก่ การบาดเจ็บจากของมีคม การได้รับสารพิษจากผลิตภัณฑ์ยาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาปฏิชีวนะและยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ที่ปล่อยสู่สิ่งแวดล้อมโดยรอบ และต่อสารต่าง ๆ เช่น ปรอทหรือไดออกซิน ที่เกิดขึ้นในระหว่างการจัดการหรือการเผาของเสียจากการดูแลสุขภาพ การเผาไหม้ของสารเคมีที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการทำให้ปราศจากเชื้อ หรือการบำบัดของเสีย รวมไปถึงมลพิษทางอากาศที่เกิดจากการปล่อยอนุภาคระหว่างการเผาขยะทางการแพทย์ การบาดเจ็บจากความร้อนที่เกิดขึ้นจากการเผาในที่โล่งและการทำงานของเตาเผาขยะทางการแพทย์ และการเผาไหม้ของรังสี

ผลการทบและความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเข็มฉีดยาหรือของมีคมทางการแพทย์ พบรายงานว่า ทั่วโลกมีการฉีดยาประมาณ 16 พันล้านครั้งต่อปี แต่เข็มและกระบอกฉีดยาไม่ได้รับการกำจัดอย่างปลอดภัยและถูกวิธีทั้งหมด ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการติดเชื้อและโอกาสในการใช้ซ้ำ โดยในช่วงที่ผ่านมา การฉีดยาด้วยเข็มและกระบอกฉีดยาที่ปนเปื้อนในประเทศที่มีรายได้น้อยและประเทศที่มีรายได้ปานกลางมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความพยายามในการลดการใช้อุปกรณ์ฉีดซ้ำ แต่อย่างไรก็ตามการฉีดยาหรือหารใช้เข็มฉีดยาที่ไม่ปลอดภัยยังคงก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากถึง 33,800 ราย การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1.7 ล้านราย และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี 315,000 ราย โดยผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HBV, HCV และ HIV มีความเสี่ยงมากถึง ร้อยละ 30.0, 1.8 และ 0.3 ตามลำดับ นอกจากนั้นผลกระทบจากเชื้อโรคยังสามารถผ่านเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนัง/เยื่อบุผิวหนังจากการแทงทะลุหรือถูกของมีคมทิ่มตำ ก่อให้เกิดการติดเชื้อไวรัส HIV ไวรัสตับอักเสบ B และ C เป็นต้น

ผลกระทบและความเสี่ยงต่อสุขภาพต่อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการหายใจ/สูดดมเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ก่อให้เกิดโรคจากการติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจตอนต้น โรคที่พบบ่อย คือ โรคหวัด และไข้หวัดใหญ่ โรคจากทางเดินหายใจตอนล่าง โรคที่พบบ่อย คือ โรคหลอดลมอักเสบ ส่วนโรคที่เกิดจากการ ติดเชื้อแบคทีเรีย คือ โรคไซนัสอักเสบ โรคปอดอักเสบ โรคปอดบวม เป็นต้น

ผลกระทบและความเสี่ยงต่อสุขภาพระบบทางเดินอาหารจากการ กลืนกิน ก่อให้เกิดโรคจากการติดเชื้อไวรัส เช่น ท้องเสีย/ท้องร่วงจากไวรัสโรตา โรคไวรัสตับอักเสบ โรคจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคอาหารเป็นพิษ โรคไทฟอยด์ โรคไส้ติ่งอักเสบ อหิวาตกโรค และโรคพยาธิจากพยาธิตัวกลม พยาธิเส้นด้าย พยาธิตัวตืด ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม สามารถก่อให้เกิดผลกระทบ โดยสามารถจำแนกเป็นลำดับขั้นตอนตามการจัดการมูลฝอยฯ ได้ดังต่อไปนี้

2.2.8.1 การคัดแยก การแยกทิ้งมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะเป็นกลุ่มพยาบาล จากการทิ้งเข็มฉีดยา ในขั้นตอนการสวมปลอกเข็มกลับ เข็มฉีดยาอาจทิ่มตำมือได้ หรือของมีคมประเภทอื่น ๆ เช่น บาดนิ้วหรือมือ ได้ ซึ่งการถูกมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมทิ่มตำนอกจากจะเกิดบาดแผลแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่ได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ ร่างกาย เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และ เชื้อ HIV เป็นต้น นอกจากนี้การรวบ ปากถุง การหิ้วถุงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อโดยพนักงานทำความสะอาดของโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เก็บมูลฝอย ติดเชื้อมีความเสี่ยงในการสัมผัสกับสารคัดหลั่งในมูลฝอยติดเชื้อ และอาจได้รับเชื้อโรค (แบคทีเรีย ไวรัส ปรสิต หรือ เชื้อรา) เช่นเดียวกัน

2.2.8.2 การเก็บรวบรวม พนักงานเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะได้รับการ สัมผัสกับสารคัดหลั่งในมูลฝอยติดเชื้อ หรือในกรณีที่เกิดการตกหรือหกหล่นของมูลฝอยติดเชื้อโอกาสเสี่ยง ที่พนักงานทำความสะอาดมีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสกับสารคัดหลั่งหรือบาดเจ็บจากของมีคม รวมถึงโอกาสที่เชื้อโรคจะเพิ่มจำนวนและแพร่กระจายของเชื้อโรคในกรณีที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อไว้ในที่พักรวมเป็นเวลานาน และไม่มีการควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม

2.2.8.3 การขนส่ง พนักงานขนมูลฝอยติดเชื้อไปยังสถานที่บำบัดหรือกำจัด อาจเกิดอุบัติเหตุระหว่างขนส่ง มีโอกาสเสี่ยงที่จะสัมผัสกับสารคัดหลั่งหรือการบาดเจ็บจากของมีคมได้

2.2.8.4 การบำบัดและกำจัด (Treatment and Disposal) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อในการบำบัดหรือ กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีความเสี่ยงที่จะสัมผัสกับสารคัดหลั่งและอันตรายจากของมีคมในขณะเคลื่อนย้ายมูลฝอย ติดเชื้อไปยังจุดที่ทำการบำบัดหรือกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงมีความเสี่ยงที่จะสัมผัสกับสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการบำบัดและกำจัด นอกจากนี้การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยการฝังกลบอาจก่อให้เกิดการปนเปื้อน ของน้ำใต้ดิน และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยการเผา จะทำให้เกิดก๊าซไดออกซินและฟิวแรน (Dioxin and Furans) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

2.2.9 สภาพปัญหาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2.2.9.1 ปัญหาการคัดแยก เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิด

1) สถานพยาบาลคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ได้ประสิทธิภาพ เช่น ทิ้งมูลฝอยทั่วไปหรือมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายปะปนกับมูลฝอยติดเชื้อ

2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งยังไม่ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล ด้วยข้อจำกัดทางด้านโครงสร้าง งบประมาณ และบุคลากร ส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการประเมินมาตรฐาน

2.2.9.2 ปัญหาการเก็บรวมรวมและการขนส่ง

1) ปัจจุบันสถานพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่มีการนำมูลฝอย ติดเชื้อไปกำจัดภายนอกมากขึ้น โดยการมอบหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจ้างเอกชนเป็น ผู้ดำเนินการ พบว่า การดำเนินการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อของผู้ประกอบการยังไม่เป็นไปตามกฎกระทรวงว่า ด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

2) การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลขนาดเล็ก และมูลฝอยติดเชื้อจากชุมชนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่เป็นระบบ เนื่องจากยังไม่มีรถในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานโดยเฉพาะ

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เข้ามาดำเนินการควบคุม กำกับผู้ประกอบการเก็บขนมูล ฝอยติดเชื้อให้ดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย

4) ผู้ประกอบการเก็บขนในประเทศมีจำนวนน้อย ทำให้สถานพยาบาลมีทางเลือกน้อยในการสรรหาผู้ประกอบการ

5) ยังไม่มีการรับรองมาตรฐานผู้ประกอบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้สถานพยาบาลมีความเชื่อมั่นว่า ได้เลือกใช้บริการจากผู้ประกอบการที่ได้มาตรฐาน

6) สถานบริการการสาธารณสุขที่ห่างไกล เช่น บนพื้นที่สูง บนเกาะ การขนส่งมูลฝอย ติดเชื้อยังไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งเสี่ยงต่อการลักลอบทิ้งหรือไปกำจัดกับมูลฝอยทั่วไป

7) หน่วยงานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีไม่เพียงพอและทั่วถึง ทำให้การขนมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อไปกำจัด ต้องขนส่งในระยะทางไกล หากมีการดำเนินการที่ไม่ถูกต้องอาจเกิดความเสี่ยงต่อการลักลอบทิ้ง

8) กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ยังไม่ครอบคลุมถึงเรื่องการบังคับใช้ระบบการควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

2.2.9.3 ปัญหาการกำจัด

1) โรงพยาบาลที่มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อยังมีระบบการดำเนินการที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ค่ามลพิษทางอากาศยังไม่ได้มาตรฐาน ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดำเนินการ รวมทั้งสถานพยาบาล ที่ห่างไกล เช่น บนพื้นที่สูง บนเกาะก็ยังไม่มีเทคโนโลยีการกำจัดที่เหมาะสม

2) เตาเผามูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแหล่งปิดดำเนินการ เนื่องจากขาดบุคลากรในการควบคุมระบบ มีต้นทุนในการเดินระบบสูง มีข้อร้องเรียน เหตุรำคาญจากประชาชนพื้นที่ใกล้เคียง

3) การตรวจวิเคราะห์คุณภาพอากาศยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะการตรวจวิเคราะห์ค่าไดออกซิน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ประกอบการไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจ วิเคราะห์

4) สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ มีการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการกำจัดสูงกว่าบริษัทเอกชน ทำให้สถานพยาบาลเลือกที่จะใช้บริการของบริษัทเอกชนมากกว่า ทำให้เตาเผาของ อปท. ใช้งานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพและต้นทุนการเดินระบบสูง

2.2.9.4 ปัญหาฐานข้อมูลและการพัฒนางานวิจัย เทคโนโลยีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

1) ระบบฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังไม่ครอบคลุมทุกแหล่งกำนิด และยังไม่ เป็นระบบเท่าที่ควร

2) ขาดการวิจัย พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสม แต่ละบริบทของพื้นที่

โดยสรุป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลหรือจัดการที่ถูกต้องเหมาะสมอาจก่อให้เกิดผลกระทบและความเสี่ยงในด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมต่อไปในอนาคตได้ ความสำคัญดังกล่าวดังจะเห็นได้จากนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มุ่งให้ความสำคัญและผลักดันให้หน่วยงาน องค์กรและทุกภาคส่วนได้ร่วมมือกันในการจัดการปัญหามูลฝอยติดเชื้อ โดยมีขั้นตอนและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบและขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยมูลฝอยติดเชื้อ อันประกอบด้วย 1) ความหมายและประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ 2) บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3) ระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4) ผลกระทบและความเสี่ยงในด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมจากการจัดการไม่เหมาะสม และ

5) ระบบและขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

2.3 การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการวิจัยได้รับอิทธิพลมาจากปรัชญาปฏิบัตินิยมที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกันในการดำเนินการวิจัย เพื่อหาคำตอบของการวิจัยที่มีความครอบคลุม ลุ่มลึกและชัดเจน ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา การวิจัยแบบผสมผสานสามารถจำแนกได้ 12 แบบแผน เช่น แบบแผนที่ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคู่ขนานกัน โดยให้ความสำคัญกับทั้งสองวิธีอย่างเท่าเทียมกัน แบบแผนที่ดำเนินการไปตามลำดับก่อนหลัง โดยให้ความสำคัญกับวิธีวิจัยวิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักแบบแผนที่ใช้วิธีวิจัยวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกันหรือที่เรียกว่าแบบแผนรองรับภายใน เป็นต้น การจะเลือกใช้แบบแผนใดจะต้องคำนึงถึงคำถามวิจัยเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามนักวิจัยก็ไม่ควรนำวิธีวิทยาแบบใดแบบหนึ่งไปใช้อย่างผิวเผิน แต่จะต้องฝึกฝนตนเองให้มีความความเชี่ยวชาญทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเลือกใช้วิธีรวบรวมข้อมูลและการแปลความหมายข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ ในขณะที่การวิจัยเชิงปริมาณนักวิจัยจะแปลความหมายข้อมูลจากหลักฐานที่รวบรวมมาได้แม้จะไม่ครอบคลุมก็ตาม ดังนั้นการวิจัยแบบผสมผสานจึงน่าจะทำให้ได้คำตอบที่ครอบคลุมที่สุด

Creswell, Plano, Clark, Gutman and Hanson ให้ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) หมายถึง การวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหรือวิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่เป็นชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือเป็นลำดับก่อนหลังก็ได้ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเป็นอันดับแรกและเกี่ยวข้องกับการบูรณาการข้อมูล ณ จุดหนึ่งจุดใดในกระบวนการวิจัย

2.3.1 ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed Methods Research) มีความสำคัญตามแนวคิดของ (Greene and others ; Trocim ; Creswell ; Punch ; Viedero อ้างถึงใน วัลนิกา ฉลากบาง, 2560) มี ดังนี้

2.3.1.1 ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว

2.3.1.2 การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง

2.3.1.3 การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

2.3.1.4 การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถนำจุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคูณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้แก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ

2.3.1.5 สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงานแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

2.3.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการประมวลทัศนะของนักวิชาการ เช่น Creswell & Clark (2007) ; Creswell (2015) สามารถสรุปจุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

2.3.1.1 เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัยเชิงเดี่ยว (Mono Method Research)

2.3.1.2 เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่าง ๆในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

2.3.1.3 เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือเพิ่มประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2.3.1.4 เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติ ขัดแย้งหรือเป็นทัศนะใหม่

2.3.1.5 เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้ประโยชน์ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย

2.3.1.6 เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวาง ลุ่มลึกมากขึ้น

2.3.1.7 เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.3.3 ลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน (วัลนิกา ฉลากบาง, 2560)

สามารถสรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

2.3.3.1 ใช้วิธีเก็บรวบรวมและวิธีวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามวิจัย

2.3.3.2 รวมหรือผสมผสานข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.3.3.3 ใช้แนวคิดเชิงปรัชญาหรือกระบวนทัศน์หลากหลายร่วมกัน (Paradigm Pluralism)

2.3.3.4 เน้นความหลากหลายในทุกระดับของกระบวนการ

2.3.3.5 ยึดคำถามหรือปัญหาวิจัยเป็นหลักในการกำหนดวิธีการที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

2.3.3.6 ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลหลายๆ วิธี เพื่อเสริมซึ่งกันและกันลักษณะทั้ง 6 ข้อ ดังกล่าวข้างต้นเรียกรวมกันว่า “การผสมผสานวิธีวิทยา” (Methodological Eclecticism) ซึ่งหมายถึง การเลือกสรรและการบูรณาการวิธีวิทยาที่เหมาะสมที่สุด จากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ

2.3.4 แบบแผนการวิจัย

จากทัศนะของ Morse (2003); Jchnson & Onwuegbuzie (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการวิจัยสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design)(2004) ; Brannen (2005) ; Creswell & Clark (2011) สามารถและแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนรูปแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานได้ 12 แบบแผน ซึ่งมีทั้งแบบที่ทำวิจัยระยะเดียวที่เรียกว่า แบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการวิจัยสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผนที่ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน(Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง (ไม่เท่าเทียมกัน) (Dominant-less Dominant Design) และแบบแผ่นรองรับภายใน (Embedded Design) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบแผนต่าง ๆ ง่ายขึ้น ขออธิบาย ความหมายของข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในแต่ละแบบแผนดังนี้

QL หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก

QN หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีหลัก

ql หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีรอง

qn หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีรอง

คู่ขนาน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อม ๆ กันเพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน ดำเนินการวิจัยระยะเดียว

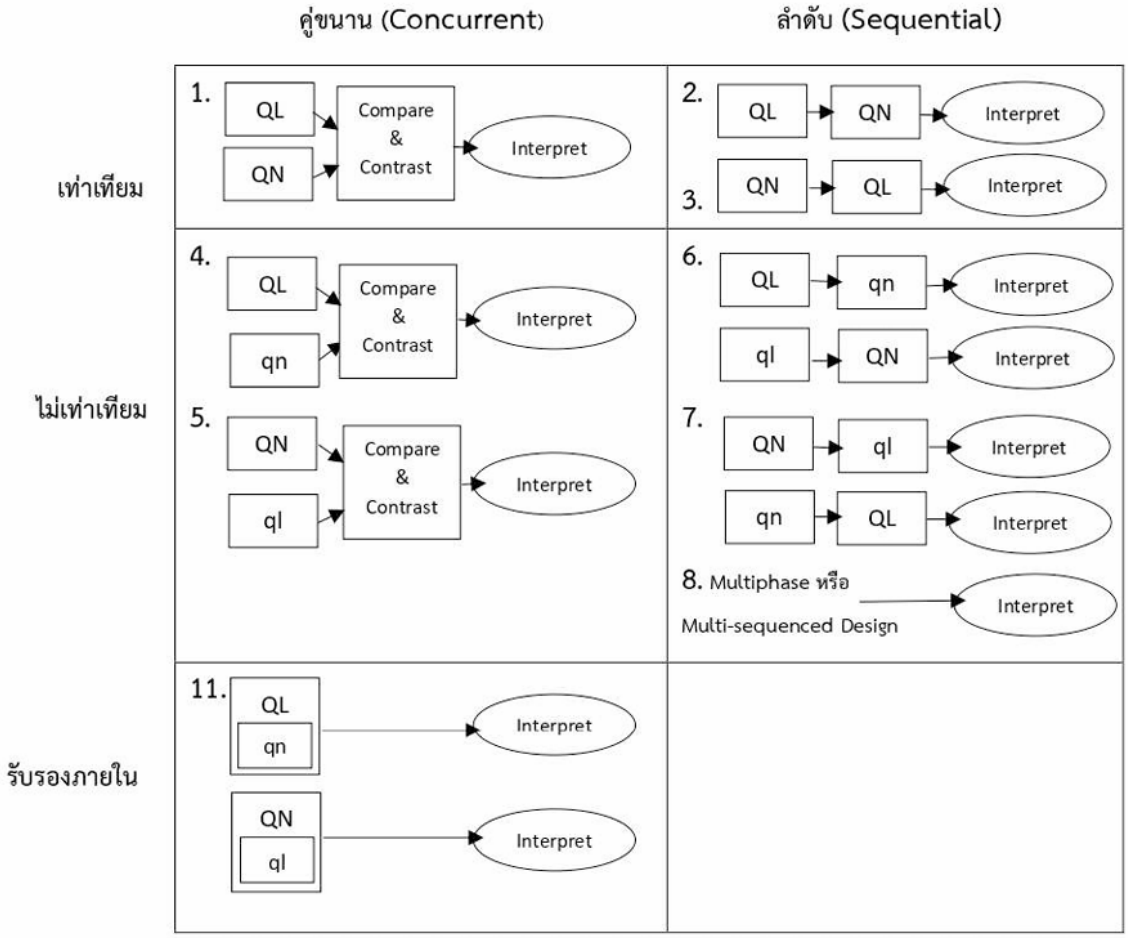
ลำดับขั้น หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอดำเนินการวิจัยเป็นสองระยะแบบแผนการวิจัยแบบผสม

เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลักอย่างเท่าเทียมกันไม่เท่าทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียวหรือสองระยะก็ตาม

รองรับภายใน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกัน นิยมใช้แบบแผนนี้ในการวิจัยเชิงทดลองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียว (แบบดั้งเดิม) หรือสองระยะก็ตาม

แม้การวิจัยแบบผสมผสานจะมีหลายแบบแผน แต่ก็มิได้หมายความว่า นักวิจัยจะต้องยึดติดกับแบบแผนใดแบบแผนหนึ่งแต่จะต้องมีศิลปะในการเลือกและผสมผสานวิธีวิทยาและวิธีรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดกับความมุ่งหมายของการวิจัยภายใต้ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่มีหรือเป็นอยู่ทั้ง 12 แบบแผนเป็นดังนี้

แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12 แบบแผน



ที่มา: Jchnson & Onwuegbuzie, 2024 ; Creswell & Clark 2011

ภาพที่ 1 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12 แบบแผน

2.3.5 ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยแบบผสมผสาน สรุปได้ดังนี้

2.3.5.1 ข้อดีของการวิจัยแบบผสมผสาน

1) ทำให้สามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม ซึ่งวิธีเชิงปริมาณหรือวิธีเชิงคุณภาพอย่างเดียวไม่สามารถตอบได้

2) ทำให้ได้ผลการวิจัยที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาอย่างลุ่มลึกและกว้างขวาง

3) ทำให้นักวิจัยมีโลกทัศน์ทางวิชาการกว้างขวางสอดคล้องกับความเป็นจริงของสังคม หรือเรื่องที่ศึกษามากกว่าการยึดมั่นกับโลกทัศน์เชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียว

4) ทำให้นักวิจัยตั้งคำถามวิจัยและความมุ่งหมายของการวิจัยได้หลากหลายและสามารถใช้วิธีเก็บข้อมูลอย่างหลากหลายในการหาคำตอบ

5) การใช้กลยุทธ์การวิจัยที่หลากหลายจะช่วยเพิ่มความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และถือเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา (Methodological Triangulation)

2.3.5.2 ข้อจำกัดของการวิจัยแบบผสมผสาน

1) มีความยุ่งยากในการดำเนินการวิจัยโดยเฉพาะกรณีที่นักวิจัยได้รับการฝึกมาเฉพาะการทำวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงด้านเดียว

2) สิ้นเปลืองทรัพยากร งบประมาณ และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

3) หากผลการวิจัยมีความขัดแย้งกันจะเกิดความยากในการสรุป เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้อ่านและการนำไปใช้

4) นักวิจัยต้องมีความรู้และประสบการณ์การทำวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

5) อาจใช้การวิจัยแบบผสมผสานแบบผิดๆ ตามความนิยม เช่น เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบผิวเผินหรือสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยไม่พิจารณาหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การวิจัยรูปแบบผสานวิธี มีพื้นฐานมาจากปรัชญาหรือกระบวนทัศน์การวิจัยแบบปฏิบัตินิยมการวิจัยแบบผสมผสานอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การผสมผสานวิธีที่ใช้รวบรวมข้อมูลและการผสมผสานรูปแบบของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจผสมผสานในอัตราส่วนเท่ากันหรือผสมผสานแบบมีวิธีหลักและวิธีรองตลอดจนการผสมผสานในระยะเดียวกันของการวิจัยหรือต่างระยะกันการวิจัยแบบผสมผสานแบ่งได้เป็น 12 แบบแผน การจะนำแบบแผนใดไปใช้จะต้องคำนึงถึงคำถามวิจัยเป็นสำคัญ กล่าวคือ ต้องเป็นแบบแผนที่สามารถทำให้ได้คำตอบในปัญหาวิจัยได้ดีที่สุด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบพร้อมกันหรือแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อม ๆ กัน ซึ่งข้อมูล

เชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้เสริมหรือสนับสนุนโดยการผสานข้อมูลนำไปสู่ขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล นอกจากนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสานวิธี โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมด้วย

2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นกระบวนการที่ ใช้ในการผลิต การกระจายความรู้ รวมทั้งเป้าหมายของการปรับปรุงขีดความสามารถและการปฏิบัติ ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ในทางปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นจริงทางสังคม ผ่านทางนักวิจัย กลุ่มผู้มีส่วนร่วม และกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ มีส่วนร่วมถึงประเด็นปัญหาตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ การวิเคราะห์และ การประยุกต์ใช้ ผลของการวิจัย การเจริญเติบโตและการพัฒนาของผู้มีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญในการออกแบบ ผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงการจัดตั้งรวมกลุ่มหรือองค์กร โดยเฉพาะในระบบสุขภาพ และนโยบายทางด้านสุขภาพ (Loewenson, 2014) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีความแตกต่างจาก แนวทางการวิจัยอื่น ๆ ในทางสาธารณสุข เพราะขึ้นอยู่กับการสะท้อน การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการที่มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ และลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ผ่านบุคคลที่เกี่ยวข้องกันที่หันมาดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตัวเอง (Baum, MacDougall, & Smith 2006)

2.4.2 ความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับการวิจัยเชิงวิชาการอื่น (เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2556)

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหา อันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องปัญหานั้น ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงวิชาการทั่วไป ดังที่ Kemmis และ McTaggart (1990) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

2.4.2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีจุดเน้นที่ผลการวิจัยนั้นนำไปใช้เฉพาะจุด เฉพาะที่และเฉพาะเรื่อง โดยนำผลการวิจัยไปใช้แก้ปัญหาได้ทันท่วงที

2.4.2.2 ผู้วิจัยที่เป็นผู้ทำการวิจัยเดี่ยวหรือเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะถูกกระตุ้นให้แสวงหาความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่ศึกษาและปัญหาที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้ง

2.4.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการกระตุ้นให้มีการร่วมมืออย่างเสมอภาคกันของผู้ร่วมโครงการวิจัยทั้งในส่วนของกระบวนการทำวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้

2.4.2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยที่มุ่งหวังประโยชน์หรือคำตอบในช่วงสั้นๆซึ่งนำไปสู่การวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research)

จากลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังกล่าวเป็นการมุ่งหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการทำงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ด้วย

2.4.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ลักษณะ ดังนี้

2.4.3.1 เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2.4.3.2 เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

2.4.3.3 ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

2.4.3.4 ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่

2.4.4 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนที่สำคัญ ๆ ดังนี้

2.4.4.1 การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดแจ้ง ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหา ควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาวิธีการปฏิบัติ และสภาพแวดล้อม

2.4.4.2 เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา สร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมุติฐาน

ของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องปัญหานั้น

2.4.4.3 เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ซึ่งเครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ

2.4.4.4 บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และเป็นอุปสรรคตามวงจรการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อมูลที่บันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูล แล้ววิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

2.4.4.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจในความถูกต้อง แสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์จัดหมวดหมู่ และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสมเปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูล

2.4.4.6 ตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลผลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติ หรือเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมานและความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

2.4.5 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Kemmis; & McTaggart (1990)

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อกล่าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน มีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

2.4.5.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งในการเลือกหัวข้อการวิจัยในขั้นสุดท้ายที่ควรคำนึงถึงดังนี้ 1) หัวข้อนั้นสำคัญต่อผู้วิจัยอย่างไร 2) หัวข้อนั้นสำคัญต่อองค์กรและกลุ่มเป้าหมายอย่างไร 3) มีใครช่วยได้บ้าง 4) ข้อจำกัดที่จะค้นพบทั้งในแง่ของการปฏิบัติและงบประมาณ และ5) ความสามารถของผู้วิจัยในการดำเนินงานการวิจัย เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว ในขั้นนี้อาจจะต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่นหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อกำหนดหัวข้อที่จะดำเนินงานวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปรึกษาหารือว่าจะใช้เครื่องมือ อะไร เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร ใช้สถิติแบบใดบ้างจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

2.4.5.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนที่วางไว้มาดำเนินการ ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะต้องพบปัญหาในการวิจัยมากมาย ต้องทำการวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมวิจัยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ดังนั้น แผนที่กำหนดไว้ควรจะมีความยืดหยุ่นปรับได้ เปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมโดยกำหนดให้เกิดความสมดุลกับการปฏิบัติจริง

2.4.5.3 ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งสังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) และผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม พิจารณาข้อดีข้อเสียของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) การบันทึกสนาม (Field Note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็นโดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือการแปลความหมาย การบันทึกลักษณะนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

2) การสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นการทำให้ได้คำถามที่ยืดหยุ่นมากกว่าการรวบรวมแบบสอบถาม การสัมภาษณ์สามารถดำเนินการได้ 3 ลักษณะ คือ แบบไม่ได้วางแผน (Unplanned) เป็นการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการของคู่สนทนา แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง (Planned but-Unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจที่จะพูด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่นประกอบเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนตรงประเด็น และแบบมีโครงสร้าง (Structured) การสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถามที่เตรียมการไว้แล้ว

3) การใช้สังคมมิติ (Socio Metric Method) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คำถามว่า เขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับใคร แล้วนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ว่าใครเป็นผู้นิยมของกลุ่มหรือใครถูกเพื่อนเพิกเฉย

4) แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สามารถใช้ได้ทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด เลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและครอบคลุม

5) การใช้แบบสำรวจรายการ (Checklist) เพื่อให้การบันทึกพฤติกรรมมีความเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยอาจสร้างรายการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายแล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยกา √ หรือ X หน้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไปตามรายการที่มีอยู่

6) การบันทึกเสียง (Recording) เป็นวิธีที่สะดวกและง่าย ข้อดีคือ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด แต่ข้อด้อยคือไม่สามารถบันทึกกิจกรรมที่แสดงท่าทาง

7) การใช้วีดีทัศน์ (Video Tape Recorder) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอน บันทึกได้ทั้งภาพและเสียง สามารถเห็นพฤติกรรมได้ทั้งหมด หรือเลือกบันทึกรายการประเด็นที่สนใจ มีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง

8) การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา เป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางด้านสมอง

2.4.5.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมหรือผู้มีเกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ว่าสัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่กำลังศึกษา โดยผ่านกระบวนการถกอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2.4.6 สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย

2.4.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษานั้น

2.4.8 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.4.8.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการดำเนินงาน โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น

2.4.8.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) และการใช้การปรึกษาหารือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด

2.4.8.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุก ๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย

2.4.8.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมติฐานของแนวคิดนั้นผิดหรือถูก

2.4.8.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นจากจุดเล็ก ๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคล (ผู้วิจัย) คนเดียว ที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างในการทำงานให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษารับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง

2.4.8.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากการบันทึก (Records) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้แนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เมื่อนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน โดยผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เรียนรู้และวิเคราะห์วิจารณ์จากผลที่ได้จากการปฏิบัติ จะทำให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของระบบหน่วยงานได้จากแนวคิดที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

โดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) คือ กระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ซึ่งมาจากฐานคิดที่เชื่อว่า ความรู้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดการพัฒนา นำไปสู่การแก้ปัญหาและการใช้ประโยชน์ ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ระหว่างการวิจัยและการปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหานั้น ๆ ใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุก ๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งการศึกษานี้ได้นำแนวคิดและขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม

2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วม

2.5.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation)

แนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นในการขับเคลื่อนหรือดำเนินการวิจัยจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยการมีส่วนร่วมเป็นการที่บุคคลหรือประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดกิจกรรม ร่วมดำเนินการตลอดจนการร่วมประเมินผล ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ซึ่งการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งได้หลายชนิด (Pretty, 1995 อ้างถึงใน เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2558) ดังนี้

2.5.1.1 การมีส่วนร่วมแบบจัดการให้มาร่วม (Manipulative participation) เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมแบบง่าย ซึ่งนำรายชื่อของตัวแทนเข้ามามีส่วนร่วมโดยที่รายชื่อตัวแทนนั้นไม่ได้มาจากการคัดเลือกจากมีอำนาจใด ๆ

2.5.1.2 การมีส่วนร่วมรับฟังข้อมูล (Passive participation) เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมที่ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้มีอำนาจดำเนินการและตัดสินใจเอง ประชาชนเป็นเพียงผู้เข้าร่วมในการรับฟังข้อมูลเท่านั้นไม่ได้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนแต่อย่างใด

2.5.1.3 การร่วมปรึกษาหารือ (Participation by consultation) ลักษณะการมีส่วนร่วมชนิดนี้มีการดำเนินการโดยบุคคลภายนอกชุมชน เป็นผู้กำหนดปัญหา ขั้นตอนต่าง ๆ ในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตัดสินใจ โดยประชาชนในชุมชนเป็นเพียงผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การตอบคำถามหรือให้คำปรึกษาเท่านั้น

2.5.1.4 การมีส่วนร่วมเพื่อวัตถุประสงค์หรือสิ่งของจูงใจ (Participation for incentives) เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมที่บุคคลภายนอกชุมชนนำสิ่งตอบแทน หรือสิ่งของจูงใจมาแลกเปลี่ยนเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้เกิดสำเร็จผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น การให้เงินค่าตอบแทน การให้สิ่งของจูงใจ โดยที่กระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งหมดประชาชนไม่ได้เกิดการเรียนรู้หรือแสดงความคิดเห็นใด ๆ ดังนั้นการมีส่วนร่วมแบบนี้จึงไม่เกิดความยั่งยืน เมื่อไม่มีสิ่งจูงใจการดำเนินการอาจไม่ได้รับความร่วมมือ

2.5.1.5 การมีส่วนร่วมตามหน้าที่ (Functional participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่บุคคลภายนอกกำหนดหรือแต่งตั้งเพื่อตอบสนองตามวัตถุประสงค์ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตามที่บุคคลภายนอกเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ส่วนประชาชนรวมกลุ่มกันเพื่อดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น การมีส่วนร่วมนี้อาจมีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันแต่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจของบุคคลภายนอกแล้ว

2.5.1.6 การมีส่วนร่วมแบบมีปฏิสัมพันธ์ตอบโต้ซึ่งกันและกัน (Interactive participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่สร้างเสริมให้เกิดศักยภาพของประชาชนและชุมชน โดยประชาชนเกิดการเรียนรู้ในทุกขั้นตอนซึ่งเป็นสิทธิโดยตรงของประชาชน ไม่ใช่การมีส่วนร่วมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เท่านั้น แต่เป็นการมีส่วนร่วมที่ต้องการรับฟังความคิดเห็น มุมมองที่

หลากหลายและมีการดำเนินการที่เป็นระบบและมีโครงสร้าง ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมกำหนดการดำเนินการตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

2.5.1.7 การมีส่วนร่วมระดับการขับเคลื่อนด้วยตนเอง (Self-mobilization) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากภาคประชาชนอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมแบบนี้ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการและขับเคลื่อนด้วยตนเองเพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างอิสระจากหน่วยงานภายนอก มีเพียงการประสานงานจากหน่วยงานภายนอกเมื่อต้องการคำแนะนำ ด้านความรู้วิชาการหรือทรัพยากรแต่ประชาชนเป็นผู้ดูแลการใช้ทรัพยากรเองหากมีหน่วยงานภายนอกให้การสนับสนุน

2.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจ (Power) และการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

การเปิดโอกาสให้ทุกคนทุกฝ่ายทั้งผู้ด้อยโอกาสหรือคนชายขอบเข้ามามีส่วนร่วมอย่างอิสระในการ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการตลอดจนร่วมประเมินผลเพื่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ดังนั้นจึงเป็นการสร้างพลังอำนาจหรือเสริมสร้างศักยภาพให้กับบุคคลโดยผ่านกระบวนการวิจัยดังกล่าว ผู้ที่นำแนวคิดไปใช้จำเป็นต้องมีความเข้าใจเรื่องอำนาจและการสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

2.5.2.1 อำนาจ (Power)

อำนาจเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่ทำให้เกิดผลต่อบุคคลอื่น ๆ ตามที่การคาดการณ์ไว้ ซึ่งความแตกต่างของอำนาจทั้ง 5 ประเด็น ดังนี้

1) อำนาจภายในตน (Power-from-within) เป็นอำนาจที่มาจากภายในของบุคคลหรือเป็นประสบการณ์ส่วนตัว ได้แก่ ความรู้ ความมีวินัย และการยอมรับนับถือตนเอง

2) อำนาจเหนือกว่าคนอื่น (Power-over) เกิดจากกลุ่มผู้มีอำนาจทางสังคมกลุ่มหนึ่งให้กลุ่มด้อยอำนาจกว่าอีกกลุ่มหนึ่งกระทำในสิ่งที่ตนต้องการ โดยที่ผู้ด้อยอำนาจกว่าไม่มีสิทธิ์คัดค้านหรือต่อต้าน แต่อำนาจชนิดนี้อาจเป็นได้ทั้งอำนาจเชิงบวกและเชิงลบ

3) อำนาจมากกว่าที่อยู่ภายในตน (Hegemonic power) เป็นอำนาจที่ได้มาโดยไม่ได้ตั้งใจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้อำนาจชนิดนี้ ผู้ที่มีอำนาจอาจไม่รู้ว่าใช้อำนาจครอบงำคนอื่น ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างทางความคิดซึ่งกันและกัน เช่น ผู้มีอำนาจที่มีความเชี่ยวชาญเสนอความคิดเห็นโดยที่ไม่ได้รับฟังความคิดเห็นของผู้ด้วยโอกาสกว่า

4) อำนาจร่วมกัน (Power-with) อำนาจชนิดนี้เป็นการถ่ายโอนอำนาจจากผู้มีอำนาจมากกว่าสู่ผู้มีอำนาจน้อยกว่า โดยผู้มีอำนาจให้คำแนะนำหรืออธิบายโดยไม่มีการสั่งหรือควบคุมใด ๆ และสนับสนุนให้เลือกและตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อเพิ่มอำนาจจนเกิดอำนาจร่วมกัน

5) คนหนึ่งมีอำนาจแต่อีกคนไม่มีอำนาจ (Zero-sum and Mom zero-sum forms of power) อำนาจชนิดนี้เป็นอำนาจที่คนหนึ่งมีอำนาจแต่อีกคนไม่มี ผู้ไม่มีอำนาจต้องพัฒนาจากภายในตนเองเพื่อให้มีอำนาจเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกัน ทำให้ผู้มีอำนาจมากกว่าที่เป็นผู้ชนะมี

อำนาจลดลง เช่น ผู้มีความรู้มากให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ที่มีความรู้น้อยให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น จึงเปรียบกับการให้อำนาจแก่ผู้ที่ด้วยกว่า

2.5.2.2 การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลเกิดการตระหนักถึงความสำคัญของตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพร้อมในการปฏิบัติตาม โดยเป็นการกระทำแบบค่อยเป็นค่อยไปให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ละน้อยมากกว่าการเปลี่ยนแปลงในทันที โดยการแก้ไขปัญหานั้นจะมีวิธีการที่หลากหลายแต่เรียบง่าย สามารถปฏิบัติได้ การสร้างพลังอำนาจสามารถแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ (Laverack, 2005 อ้างถึงใน เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2558) ดังนี้

1) ระดับบุคคล (Individual level) เป็นการสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจของบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างพลังอำนาจของชุมชน ที่ครอบคลุมถึงองค์ประกอบการปฏิบัติทางการเมืองเกิดขึ้นจากการที่สมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วมและนำทรัพยากรหรือการตัดสินใจที่เป็นมติของชุมชนมาใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ของชุมชน

2) ระดับองค์กร (Organization level) เกิดจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านข้อมูล มีการตัดสินใจร่วมกัน กำหนดหรือวางแผนปฏิบัติการและควบคุมการปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร การสร้างพลังอำนาจระดับองค์กรนี้เป็นการดำเนินการอย่างเสรีภาพและเท่าเทียมกัน โดยมุ่งหวังเพื่อให้อยู่ดีมีสุข

3) ระดับชุมชน (Community level) การสร้างพลังอำนาจระดับชุมชนเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างพลังอำนาจระดับบุคคล ระดับองค์กร เป็นการปฏิบัติในวงกว้าง และเป็นพลวัตไม่มีสิ้นสุดเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องจากพลังอำนาจภายในตนของบุคคล สู่พลังอำนาจระดับองค์กรและระดับชุมชน

2.5.2.3 แนวคิดการสร้างความตระหนัก (Conscientization)หรือแนวคิดของเฟรยเร (Freire)

แนวคิดที่สำคัญนี้มีความเชื่อเกี่ยวกับการสนทนา (Dialogue) ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุหรือต้นตอที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งในการเสวนานั้นต้องเป็นไปอย่างอิสระ เป็นธรรมชาติและอย่างเป็นหุ้นส่วน โดยเฟรยเรได้พัฒนาโมเดล ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการฟัง (Listening) หรือขั้นตอนการตั้งชื่อ (Naming) เป็นขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนในการค้นหาปัญหาและกำหนดความสำคัญของปัญหา

2) ขั้นตอนการสะท้อนคิด (Reflection) หรือขั้นตอนการเสวนา (Dialogue) เป็นการพูดคุย อธิบายและอภิปรายถึงประเด็นต่าง ๆ โดยมีกระบวนการหรือขั้นตอนที่หลากหลายและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อปัญหาที่เกิดขึ้นออกมาอย่าง

เต็มที่ ซึ่งการที่ผู้ร่วมเสวนาแสดงออกเต็มที่ผู้สนับสนุน ควรมีกลวิธีการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ร่วมเสวนา คือ กระตุ้นให้บรรยายสิ่งที่พวกเขาประสบและความรู้สึกต่อสิ่งที่ประสบอยู่ ต่อจากนั้นร่วมกันกำหนดระดับของปัญหาที่มีหลากหลาย มีขั้นตอนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่คล้ายกับเหตุการณ์ที่เขากำลังเผชิญอยู่ แล้วผู้สนับสนุนตั้งคำถามว่าทำไมปัญหานี้ยังคงอยู่ และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมเสวนาได้แสดงความคิดเห็นเรื่องการพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อลดหรือแก้ปัญหานี้

3) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนนี้เป็นวิธีการปฏิบัติที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือหาทางเลือกในการปฏิบัติซึ่งขึ้นอยู่กับข้อตกลงของกลุ่ม

โดยสรุป การดำเนินการโดยการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม การสร้างพลังอำนาจและการตระหนักรู้ ซึ่งการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เปิดโอกาสให้ทุกคนทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยมีส่วนร่วมแบบมีปฏิสัมพันธ์ตอบโต้ซึ่งกันและกัน นำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ร่วมดำเนินการวิจัย นอกจากนั้นในการดำเนินการวิจัยยังมีการสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริงดังนั้นการนำแนวความคิดดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของชุมชนต่อไป

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผู้ศึกษาได้ดำเนินการทบทวน ศึกษา ค้นคว้าจากงานวิจัยทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ โดยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จันทราวรรณ แก้วดุก และคณะ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุง พบว่า สมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุงภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.00) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีสมรรถนะระดับมากที่สุด จำนวนสูงสุดคือ ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ (ร้อยละ 55.04) ให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติด้วยความซื่อสัตย์ (ร้อยละ 55.04) ในขณะที่ข้อที่มีสมรรถนะระดับมากที่สุด จำนวนต่ำสุดคือ มีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 26.26) การให้ คำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 25.06) และการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทาน อาหาร การนอนหลับ การขับถ่าย สุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 29.50)

ณปภา ประยูรวงษ์ (2565) ศึกษาสถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในประเทศไทย ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ สถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น ภาวะกลืนลำบาก ภาวการณ์ติดเชื้อการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากแผลกดทับ ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก ท้องผูก นอนไม่หลับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่าเหมาะสม

ประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการมีข้อจำกัดทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ CM มีภาระงานเยอะ CG ขาดความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ และสมัครเข้าร่วมอบรมน้อยผู้รับผิดชอบของอปท. ไม่เข้าใจระบบการเตรียมความพร้อมของอปท. ไม่เพียงพอ อปท.บางแห่งยังคิดว่าเป็นงานของสาธารณสุข ขาดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในบางพื้นที่ แนวทาง/ระบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน การกำหนดแนวทางการใช้งบประมาณยังไม่ชัดเจน ซับซ้อน ยุ่งยากต่อการใช้ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการประเมินตกหล่นจากบัญชี ส่วนระบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) พัฒนากระบวนการนำเข้า ได้แก่ ระบบการเงินการคลัง การบริหารทรัพยากร การบริหารจัดการกำลังคน การบริหารจัดการและระบบฐานข้อมูล (2) พัฒนากระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ กลไกการขับเคลื่อนของท้องถิ่น การจัดบริการในหน่วยบริการและในชุมชน และระบบพี่เลี้ยง (3) พัฒนากระบวนการประเมินผล ซึ่งพบว่า (1) ผู้สูงอายุมี ADL เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.29 เป็น ร้อยละ 33.27 (2) การดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 99.47 (188/189 ตำบล) (3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ LTC เพิ่มขึ้นจาก 373 คน เป็น 6,307 คนและ (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นจาก 51 แห่งเป็น 207 แห่ง

ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565) ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกล่าวถึงบทบาทการการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การดูแลพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การโภชนาการการ อาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การช่วยระบบขับถ่าย ปัสสาวะอุจจาระการให้ยาและการตรวจสุขภาพ 2) การดูแลพยาบาลเฉพาะช่องปาก (Oral) 3) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม ได้แก่ การบริการด้าน อุปกรณ์สวัสดิการสังคม การส่งเสริมรายได้และความมั่นคงในครอบครัว กิจกรรมทางสังคม การส่งเสริมความรู้โดยเฉพาะด้านสุขภาพ 4) การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยและมีเป้าหมายการดูแลระยะยาว ได้แก่ ครอบครัวสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องลดการพึ่งพิง ของผู้สูงอายุ

เช่น สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ ไม่เกิดแผลกดทับ รับประทานอาหารได้เอง ขับถ่ายได้เอง มีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสมจากไปอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ (2564) ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยจนเกิดภาวะพึ่งพิงในชุมชน นอกจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวแล้ว ทีมหมอครอบครัวในบริการปฐมภูมิและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจะเป็นส่วนหนึ่งที่ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลแผลกดทับ การดูแลและจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของเสียและสิ่งปฏิกูล รวมไปถึงการจัดหาสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น โดยผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชนหลังพัฒนาระบบได้กระบวนการจัดบริการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ 4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนคือญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ยศ วัชระคุปต์ และคณะ (2561) ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 405 คน การศึกษาพบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการ LTC มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ยดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโครงการ LTC มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นและสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ถึง 5.7 ล้านบาทด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

ภาสกร สวนเรือง และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไว้ว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือ

ดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพการดูแลเรื่องสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยงและบัดดี้มีรูปแบบในการทำงานที่ชัดเจนขึ้น เห็นได้ชัดจากการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plans) ที่มีแผนการทำงานมีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care managers) และการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบประเด็นสำคัญจากการศึกษาคือการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นำมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มาจากโรคติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมีภาวะทุพพลภาพ การถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงสมรรถนะทางกายและสมอง ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้จำกัดเพิ่มมากขึ้น และต้องการการดูแลจากบุคคลในครอบครัวมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือกันในชุมชนโดยความร่วมมือของทีมสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนขึ้น การพัฒนาด้านนโยบายและการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม และเป็นประโยชน์ในการเตรียมระบบเพื่อขยายไปยังพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

สรวงสุดา เจริญวงศ์ และคณะ (2561) กล่าวถึงสถานการณ์การดูแลและความต้องการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ร้อยละ 42.0) และในรอบ 6 เดือน ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการมองเห็น (ร้อยละ 42.0) รองลงมาคือการสูญเสียความจำ (ร้อยละ21.0) มีปัญหาการเคลื่อนที่ (ร้อยละ20.0) ปัญหาเรื่องการได้ยินไม่ชัด (ร้อยละ 14.0) และไม่ได้ยิน (ร้อยละ 3.0) ตามลำดับ สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 95.0) รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 2.0) และมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (ร้อยละ 3.0) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด (ร้อยละ 87.0) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 44.0) และหลาน (ร้อยละ 13.0) เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 44.0) และหลาน (ร้อยละ 13.0)

ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ (2561) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ความต้องการการดูแลภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนอีสาน ในการศึกษารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 1) พบผู้สูงอายุมีความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.14 (95%CI 13.5 – 14.8) มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.2 (95% CI 14.6 – 15.9) ในขณะที่การดำเนินตามนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่นำร่อง มีพื้นที่เพียงร้อยละ 43.0 เท่านั้น ที่ผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลระยะยาว โดยปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือการเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอและระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน และภาระงานที่หนักเกินกำลังของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 2) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างองค์ความรู้เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ สามารถนำไปสู่การผลักดันนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้จริง

Nemcikova M, et al. (2023) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.9) มีอายุเฉลี่ย 53.7 ± 14.5 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน (ร้อยละ 68.8) มีอายุเฉลี่ย 77 ± 8.96 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.2) โรคประจำตัวไม่เกิน 2 โรค (ร้อยละ 79.0) และระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 73.3)

Xu X. et al. (2021) ในประเทศจีน ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างด้านมุมมองของผู้ดูแลกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพชุมชนเกี่ยวกับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้พิการผู้สูงอายุในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน พบว่า จากผู้ดูแล 370 คน มี 314 คน (ร้อยละ 84.9) ที่ต้องการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้พิการผู้สูงอายุ ผู้ดูแล 56 คน (ร้อยละ 15.1) ไม่ยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้พิการผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผล คือ มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายเพิ่ม (ร้อยละ 69.6) ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่อาจไม่ครอบคลุมในประกันสุขภาพ (ร้อยละ 41.1) และไม่ทราบรายละเอียดข้อมูลการบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40.4) ความต้องการบริการพยาบาลที่บ้านสูงกว่าการบริการให้คำแนะนำด้านด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ $P < 0.001$) บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ 224 คน มองว่าความปลอดภัยส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถรับประกันได้ สำหรับบริการพยาบาลที่บ้าน คะแนนเจตคติของบุคลากรทาง

การแพทย์ต่ำกว่าผู้ดูแล คะแนน (Z = – 4.960, P < 0.001) ในขณะที่บริการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีคะแนนเจตคติของบุคลากรทางการแพทย์สูงกว่าผู้ดูแล (Z = – 8.373, P < 0.001)

Chuakhamfoo NN, et al (2020) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน พบลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.9 มีอายุเฉลี่ย 78.9 ปี (SD = 9.6, Min = 60, Max = 104) ความต้องการในการดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ การดูแลในชีวิตประจำวัน การดูแลการเคลื่อนไหว การดูแลอาการเจ็บป่วย และการดูแลตามขั้นตอนจากผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ นอกจากนั้นพบว่า ร้อยละ 86 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ดูแลในครัวเรือน และเนื่องจาก ร้อยละ50 ผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้านด้วย จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีระดับการพึ่งพิงระดับสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอายุ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โอกาสในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าตัวอย่างในชนบทเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีรายได้ครัวเรือนต่ำ แต่ด้วยความคุ้มครองและสวัสดิการด้านการรักษาจึงมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลในครัวเรือนจึงเป็นหลักในการดูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบท

Liang et al. 2019. ศึกษาเพื่อสำรวจตัวทำนายและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุในเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ผู้สูงอายุทั้งหมด 982 คน ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน 4 รูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ ได้แก่ การดูแลในชีวิตประจำวัน การดูแลด้วยพยาบาลที่มีทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการดูแลตามขั้นตอน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านความต้องการมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านมากกว่าปัจจัยจูงใจ

Yu Y. (2019) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศจีน พบว่ารัฐบาลจีนเลือกและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นทางออกในการแก้ไขสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลท้องถิ่นร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนจัดโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการเข้าถึงโครงการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้สึกเหมือนอยู่บ้านสำหรับผู้สูงอายุเพื่อทดแทนการดูแลที่บ้านและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ

Yu (2018) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกล่าวในประเด็นจริยธรรมของผู้ดูแลว่าควรเป็นการกระทำที่ถูกปลูกฝังให้เกิดความเข้าใจในการดูแลและให้เกิดความรัก ความเอาใจใส่ในการดูแลถึงแม้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นการทำกิจกรรมเรื่องการดูแลการขับถ่ายการเปลี่ยนผ้าอ้อมที่เปื้อนอุจจาระก็ตาม

2.6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ประเภท ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และปัจจัยที่จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ปิติยาพร รูปทองและคณะ (2566) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน พบว่า ความรู้อยู่ในระดับสูง เจตคติอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง การรับรู้

อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ การเข้าถึงระบบจัดการขยะอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน ได้แก่ อายุ โดยประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อยู่ 1.90 คะแนน (Mean Diff. = 1.90, 95%CI : 0.56,3.23) ระดับการศึกษา ฐานะทางการเงิน ประวัติการเจ็บป่วย เจตคติ ระบบสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนได้ร้อยละ 20

ทัณฑิกา วงษาสาย และพรพรรณ สกุลคู (2566) ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า ภาพรวมระดับความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อและการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.36) มีค่าเฉลี่ย 20.13 คะแนน (SD= 1.74) ระดับเจตคติต่อการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย เจตคติระดับน้อย (ร้อยละ 52.88) มีค่าเฉลี่ย 20.22 คะแนน (SD = 5.09) และระดับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย มีพฤติกรรมอระดับปรับปรุง (ร้อยละ 50.26) มีค่าเฉลี่ย 21.64 คะแนน (SD = 2.58) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ (p-value < 0.008) ปัจจัยระดับความรู้ (p-value = 0.043) และปัจจัยระดับเจตคติ (p-value= 0.01) มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย ซึ่งการแก้ไขปัญหาคือโดยการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ และสร้างเจตคติที่ดีต่อการจัดการขยะติดเชื้อให้แก่ประชาชน ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ อย่างหลากหลาย และหน่วยงานภาครัฐควรทรัพยากรสนับสนุน เช่น การจัดหาถังขยะติดเชื้อ การจัดให้มีจุดทิ้งหน้ากากไว้เป็นการเฉพาะอย่าง ครอบคลุมทุกจุดในหมู่บ้าน ให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก และจัดให้มีการเก็บขนเพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

ภูไทย กมลวารินทร์ (2564) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อในบริษัทเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานบริษัทเอกชน ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี พบว่าพนักงานเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มพนักงานเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อและพนักงานขับยานพาหนะที่เคยผ่านการฝึกอบรมจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม และเสนอแนะว่าควรมีการควบคุม กำกับ ติดตามให้บริษัทและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ จัดให้มีการอบรมหรือส่งพนักงานเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตร

การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ทุกคนก่อนปฏิบัติงาน และมีการอบรมทบทวนแก่ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กรุณา สุขแท้ และคณะ (2560) ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เข้มแข็ง เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 46.5 ผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 29.1 และ ผู้ป่วยล้างไตเอง ร้อยละ 24.4 ครัวเรือนด้านการจัดเก็บขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า 1) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเตียงจัดการโดยเก็บใส่ถุงแล้วนำส่งที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 48.0 ทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของท้องถิ่น ร้อยละ 40.0 และเผาเองพร้อมขยะทั่วไป ร้อยละ 18.0 2) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยล้างไตเองจัดการโดยเทน้ำ ถุงล้างไตลงโถส้วม ร้อยละ 78.6 เทน้ำถุงล้างไตลงพื้นดิน ร้อยละ 4.8 และเทน้ำถุงล้างไตลงท่อระบายน้ำ ร้อยละ 2.4 นำส่งถุงล้างไตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 66.7 นำไปขาย ร้อยละ 47.6 ทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของท้องถิ่น ร้อยละ 21.4 และกำจัดโดยเผาเอง ร้อยละ 11.9 3) มูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยเบาหวานจัดการโดยนำเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วใส่ปลอกเข็ม แล้วใส่ในภาชนะเก็บสะสมไว้ส่งคืนที่โรงพยาบาล ร้อยละ 43.8 ส่งคืนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 25.0 และทิ้งรวมในถังขยะทั่วไปของ ท้องถิ่น ร้อยละ 20.0 การศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ที่ใช้ในครัวเรือน

ธิดารัตน์ สุตะโคตร (2563) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการจัดการถุงน้ำยาล้างไต ที่เกิดจากการล้างไตที่บ้าน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 94.8 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการถุงน้ำยาล้างไตอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.0 มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการถุงน้ำยาล้างไตอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.8 มีพฤติกรรมขายถุงน้ำยาล้างไตให้กับร้านรับซื้อของเก่าและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 96.8 มีพฤติกรรมจัดการกับถุงน้ำยาล้างไตที่ไม่ถูกต้องก่อนขายให้ร้านขายของเก่า ดังนั้นจึงควรให้ความรู้ในการจัดการถุงน้ำยาล้างไตและปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมการจัดการถุงน้ำยาล้างไตที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่อไป

สุชนม์ ภู่ประเสริฐ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.563 กิโลกรัมต่อแห่งต่อวัน อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.045 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน เป็นมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม ร้อยละ 87.31 สถานบริการทุกแห่ง มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และคัดแยก มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคม ณ แหล่งกำเนิด มีภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและบรรจุตามกำหนด แต่ยังพบปัญหาการปนเปื้อนของมูลฝอยอันตรายรวมไปกับภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และภาชนะบรรจุไม่มีสัญลักษณ์หรือคำเตือนว่า

เป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ที่รับมูลฝอยติดเชื้อจากชุมชนมาฝากกำจัด และบรรจุในภาชนะที่ไม่ได้มาตรฐาน ผู้รวบรวมมูลฝอยไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 20 มีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อทุกวัน ร้อยละ 53.34 มีที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัด 13 แห่ง ร้อยละ 86.67 และพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีการขนส่ง และการกำจัด โดยการจ้างเอกชนขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด โดยวิธีการเผาด้วยเตาเผามาตรฐานของเอกชน ขนส่งสัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่ไม่มีเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

รติรส ตะโกพร (2558) ได้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือนอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.5 มีระดับเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.7 และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับที่ถูกต้อง ระดับปานกลาง และระดับที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 7.1 39.4 และ53.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล มีระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาผลการศึกษาโดยภาพรวมทั้งหมดพบว่า ผู้อยู่อาศัยที่มีความเกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในบ้านเรือนในพื้นที่ศึกษายังขาดความรู้และยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้สาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและมาตรการในการพัฒนาความรู้และข้อควรปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อความปลอดภัยของชุมชน

Silva, T et al. (2022). ศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจการจัดการของเสียในการดูแลทางการแพทย์ที่บ้านในเขตเทศบาล ของบราซิล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมากกว่า 55% เป็นเพศหญิง และมากกว่า 30% แสดงความผูกพันในครอบครัวระดับแรกกับผู้ป่วย ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อละของเสียจากการดูแลทางการแพทย์ เฉลี่ยโดยประมาณอยู่ที่ 1.68 กก./ผู้ป่วยต่อเดือน โดยมีการเก็บแยกและการกำจัดวัสดุมีคมอย่างเหมาะสมเท่านั้น (0.8 กก. ต่อเดือน ≈ 1%) ส่วนมูลฝอยติดเชื้อละของเสียจากการดูแลทางการแพทย์อื่น ๆ จะถูกทิ้งพร้อมกับขยะทั่วไปที่เกิดขึ้นในที่อยู่อาศัย การขาดมาตรฐานทั้งในคำแนะนำของผู้ดูแลและการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นปัจจัยจำกัดสำหรับการจัดการที่ถูกต้อง เทศบาลควรบูรณาการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อละของเสียจากการดูแลทางการแพทย์เข้ากับการจัดการขยะทางการแพทย์ตามปกติเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายปัจจุบันปกป้องสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข

Tu et al. (2022) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยการกำจัดเข็มอินซูลินที่ใช้แล้วในผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและในชุมชน รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ใช้อินซูลิน 271 ราย พบว่า มีเพียงร้อยละ 10.3 (28/271) เท่านั้นที่ใช้ปลอกเข็มอินซูลินหรือภาชนะป้องกันการเจาะของมีคม และร้อยละ 14.8 (45/271) ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการกำจัดของมีคม (AOR = 4.143, 95% CI = 1.642–10.450) และการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการแพร่เชื้อก่อโรค (AOR = 3.064, 95% CI = 1.332–7.046) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7, 243/271) ทิ้งเข็มอินซูลินที่ถังขยะในครัวเรือนทั้งที่มีหรือไม่มีฝาปิด ผลการศึกษาควรให้ความสนใจกับแนวทางปฏิบัติในการกำจัดของมีคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการกำจัดของมีคมอย่างปลอดภัย

Teferi (2022) ศึกษาสถานภาพการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศเอธิโอเปีย ศึกษาในกลุ่มผู้อยู่อาศัย 185 คน (ร้อยละ 78.4) ใช้แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียในครัวเรือน พบว่าความรู้เกี่ยวกับการลด การใช้ซ้ำ และการรีไซเคิล (3R) (Adjusted Odds Ratio [AOR]=6.61; 95% Confident Interval [CI] 2.94 14.87) การเข้าถึงการเก็บขยะแบบ door-to-door (AOR=3.91; 95% CI 2.03, 7.51) การบำบัดของเสียในฐานะทรัพยากร (AOR=3.06; 95% CI 1.47, 6.36) และความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบการจัดการขยะมูลฝอย (AOR=6.49; 95% CI 3.09, 13.61) พบว่ามีนัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการจัดการขยะ จากผลการวิจัยมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างจิตสำนึกในการจัดการขยะมูลฝอยในระดับชุมชนโดยใช้ขยะมูลฝอยต่าง ๆ ของการฝึกอบรม นอกจากนี้เทศบาลเมืองจำเป็นต้องเสริมสร้างบริการเก็บขยะแบบ door-to-door

Wafula, S. et al (2019). ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และเจตคติของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง 143 (71.5%) ส่วนของเจตคติ ส่วนใหญ่ 181 คน (90.5%) ระบุว่าการจัดการการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์มีความสำคัญ และ 186 คน (93.0%) เห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเข้มงวดสำหรับการจัดการการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์ที่เหมาะสม

Nsimbe et al. (2018) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนระดับในเขตเทศบาลเมืองมาซากา ในประเทศยูกันดา พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือน มีอายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป (aOR 2.69, 95% CI (1.06–6.80)) การมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ (aOR 5.56, 95% CI (2.25–13.86)) และที่อยู่อาศัยนอกเมือง (aOR 3.81, 95% CI (1.78–8.16)) การจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญและจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการพัฒนาและส่งเสริมการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือน โดยคำนึงถึงตัวทำนายที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือน

T. Zikhathile and H. Atagana (2018) ศึกษาเกี่ยวกับของเสียจากความเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ของเสียด้านการดูแลสุขภาพมีหลายประเภทที่เกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลที่บ้าน ได้แก่ ผ้ากันเปื้อนใช้แล้ว ถุงมือ ผ้าฝ้าย ผ้าก๊อซ พลาสเตอร์ ผ้าอ้อม เข็มฉีดยา หลอดฉีดยา กระดาษชำระ ภาชนะทางการแพทย์ ยาหมดอายุ ของเสียของมนุษย์ อาเจียน เสมหะ หนอง ผ้าที่เปื้อน และถุงพลาสติก

Hangulu L and Akintola O. (2017) ในการศึกษาพบสถานการณ์เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไข ในแอฟริกาใต้ การดูแลผู้ป่วยที่ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและเดินไม่ได้ ต้องใช้ถังสำหรับใช้เป็นห้องน้ำในการขับถ่าย และผู้ป่วยวัณโรคใช้ภาชนะรองรับในการอาเจียนและบ้วนปาก เนื่องจากการขาดแคลนวัสดุที่ได้มาตรฐานในการรองรับของเสียเหล่านี้

2.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กนกอร ผิวเพชรและคณะ (2566) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ การสนับสนุนจากองค์การและ การจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับมาก (4.16, SD=0.30), (4.18, SD=0.34) และ (4.42, SD= 0.46) ตามลำดับ โดยพบว่าภาพรวมปัจจัย แห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ(r=0.576, p-value< 0.001) ตามลำดับ โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุน ทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ 6) การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน ทั้งนี้พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลและสามารถพยากรณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้า หน้าที่สาธารณสุขได้ร้อยละ 61.1 (R2=0.611, p-value)

ศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน การเตรียมความพร้อมในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน จังหวัดภูเก็ต พบว่า รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาสะมและปลอดภัยต่อการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนและมีนวทาง ขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เก็บขนและกำจัด โดยใช้กลยุทธการขับเคลื่อนผ่านกลไก

คณะกรรมการระดับจังหวัด การสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และการสื่อสาร สร้างความรอบรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องของประชาชน ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่สามารถดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดได้ มีเพียงประเด็นการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ให้แก่ชุมชนและการจัดให้มีจุดทิ้งมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่เพียงพอและครอบคลุมที่พบมีปัญหา ในบางพื้นที่ ประชาชนบางส่วนไม่ได้ทำสัญลักษณ์เพื่อเป็นการแสดงให้บุคคลอื่นทราบว่าเป็นมูลฝอยติกเชื้อ และพบมีการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อรวมไปกับมูลฝอยทั่วไปอยู่บ้าง สำหรับระดับความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติของประชาชนพบว่าหลังการดำเนินการประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

วนิดา จันทร์สวัสดิ์ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้าน อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลเรื้อรัง ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน จำนวน 189 ราย พบว่า อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลเรื้อรัง ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยเบาหวานฉีดอินซูลิน มีค่าเท่ากับ 1.44±0.70 2.9±2.7 และ 0.16±0.03 กก./คน/วัน ตามลำดับ พบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนการกำหนดรูปแบบเข้าสู่ระบบการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพียงร้อยละ 4.13 และมีมูลฝอยติดเชื้อปะปนในมูลฝอยทั่วไป และภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยแยกมูลฝอยติดเชื้อเพื่อส่งไปกำจัดที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือนำไปรีไซเคิล ส่งผลให้มีการจัดการถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.5 ผลการทดสอบ McNemar's test ที่ระดับ Level of Sig (P) <0.001 พบว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องในชุมชนระยะหลังกำหนดรูปแบบเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนกำหนดรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เทพสุดา จิวตระกูล (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การวิจัยแบบผสานวิธี ผลการวิจัยพบประเด็นสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่มีการแยกขยะอย่างชัดเจน เนื่องจากมีถังขยะรวมเพียงถังเดียว ทำให้มีทั้งขยะเศษอาหาร ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อทิ้งรวมกันทั้งหมด มียาฆ่าแมลงวางไว้ข้างเตียง เนื่องจากมีการรับประทานอาหารบริเวณที่นอน ทำให้มีมดขึ้นเศษอาหาร จึงทำให้ต้องมียาฆ่าแมลงติดตัวไว้ และปัญหาการระบายน้ำทิ้งที่ไม่ได้มีการต่อท่อน้ำเสียออกนอกตัวบ้าน ทำให้เกิดพื้นที่ขังน้ำแฉะในบ้านและเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค

โปรแกรมที่ใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 เตรียมการและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ขั้นที่ 2 ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในบ้านวิธีการเรียนรู้และสืบค้นข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ขั้นที่ 3 รู้ เลือก ตัดสินใจเพื่อจัดสภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ ขั้นที่ 4 ศึกษากรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ขั้นที่ 5 ฝึกปฏิบัติพัฒนาพื้นที่สภาพแวดล้อม ลงพื้นที่เพื่อจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และขั้นที่ 6 สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนความคิด (2) จากการทดลองโปรแกรมพบว่า อสม.ที่ได้รับโปรแกรม มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะ ติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และอสม.ในพื้นที่ต่างกันที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ของ พบว่า 1. ศักยภาพการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีศักยภาพต่ำ (M=0.33 SD=0.470) 2. รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านบริบท คือ จัดทำเทศบัญญัติ,ข้อตกลงในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จัดทำแผนงานร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การใช้กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านปัจจัยนำเข้า คือ สนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มอบหมายบุคลากรที่ชัดเจน 3) ด้านกระบวนการ คือ ให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน การติดตามประเมินผล 4) ด้านผลผลิต คือ ช่องทางการรายงานและสอบถาม การบันทึกปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ มีที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน 5) ด้านผลกระทบ ได้แก่ ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนมีความเหมาะสม (M=4.18, SD=0.629) และความเป็นได้ (M=3.86, SD=0.829) ในระดับมาก ควรมีการนำรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไปใช้ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ซึ่งการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่ต้นทางที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้

ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีขยะติดเชื้อที่บ้าน จำนวน 385 คนโดยพบว่า สถานการณ์และสภาพปัญหาในการจัดการขยะติดเชื้อส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.8 มีการกำจัดขยะติดเชื้อที่บ้านโดยการเผาและการฝังเองที่บ้าน ร้อยละ 7.5 ทิ้งรวมไปกับมูลฝอยทั่วไป และร้อยละ 83.4 เคยได้รับความรู้การกำจัดขยะติดเชื้อ ส่วนการรับรู้ต่อการจัดการขยะติดเชื้อ พบว่าระดับการรับรู้อยู่ระดับสูง ร้อยละ 44.7 หากแยกรายประเด็นพบว่า การรับรู้ที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้ต่อการคัดแยกขยะติดเชื้อ ร้อยละ 57.4 การรับรู้ต่อการขนขยะติดเชื้อ ร้อยละ 38.4 การรับรู้

ต่อการกำจัดขยะติดเชื้อ ร้อยละ 40.0 และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน ร้อยละ 60.2 ส่วนการรับรู้ต่อการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.9 ด้านการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชนมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในชุมชน 2) ด้านการเก็บขยะติดเชื้อ 3) ด้านการขนชขยะติดเชื้อ และ 4) ด้านการกำจัดขยะติดเชื้อในชุมชน ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยในชุมชนมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้หลังการทดลองมากกวาก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.64, p-value < 0.001)

อนุ เอี่ยมทอง และเสน่ห์ แสงเงิน (2562) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย พบว่า การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) การศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง 2)พัฒนากระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย 2.1) กิจกรรมให้ความรู้2.2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2.3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อ 2.4) กิจกรรมการให้คำปรึกษาและแรงสนับสนุนจากผู้บริหาร และการทดสอบประสิทธิผลกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนจากผู้บริหาร

ดิษฐพล ใจซื่อ และคณะ (2561) ศึกษาการเรียนรู้ชุมชนในการจัดการขยะที่ต้นทาง พบว่า ชุมชนเกิดการเรียนรู้จากการเผชิญปัญหาขยะที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนและการเรียนรู้จากการการร่วมกับออกแบบวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันและการเรียนรู้จากการปฏิบัติการร่วมกันของคนในชุมชน โดยมีกิจกรรมการสร้างการเรียนรู้ ได้แก่ กิจกรรมการรณรงค์ การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การคัดเลือกครัวเรือนต้นแบบการจัดการขยะที่ต้นทาง ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชุมชนสะท้อนถึงการเรียนรู้และการสร้างเครือข่ายในรูปแบบใหม่ เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้จากหน่วยงานองค์กรทั้งภายในภและภายนอก รวมทั้งมีการนำเสนอผลการดำเนินการเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายชุมชนในการจัดการขยะที่เหมาะสมต่อไป

สุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์ (2561) ได้ศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อ พบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในแต่ละวันโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.5 – 2.0 กิโลกรัมต่อวัน(ไม่รวมของเสียที่เป็นของเหลว เช่น น้ำล้างแผล) ชนิดพบมากที่สุด คือ เข็มฉีดยา ส่วนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า การวางแผนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยทั่วไปแล้วเป็นไปตามข้อกำหนดหรือระเบียบของทางกระทรวงสาธารณสุข การปฏิบัติงานและการตรวจสอบจะดำเนินการคัดแยกประเภทมูลฝอย

ติดเชื้อใส่ถุงแดงและคัดแยกมูลฝอยทั่วไปใส่ในถุงสีดำ ซึ่งมูลฝอยติดเชื้อที่ได้จะดำเนินการขนย้ายโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยวิธีการหิ้วหรือยกมูลฝอยติดเชื้อไปยังจุดทิ้งเฉพาะจัดเก็บและรวบรวมไว้ยังจุดเฉพาะเพื่อรอการเก็บรวบรวมไปกำจัดด้วยวิธีการเผาโดยโรงพยาบาลจะมารับมูลฝอยติดเชื้อสัปดาห์ละ 1 วันด้วยรถกระบะทั่วไปที่มีการดัดแปลงพื้นที่ด้านหลังโดยการใส่ถังสีแดงทึบพร้อมฝาปิดและการปรับปรุงแก้ไขในส่วนของการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ หากเกิดกรณีมีมูลฝอยในปริมาณที่มากกว่าปกติหรือจากกรณีการขนส่งมีปัญหาจะแก้ไขด้วยการนำมูลฝอยติดเชื้อไปส่งที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง

ประชุมพร กวีกรณ์ และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จังหวัดยโสธร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องมูลฝอยติดเชื้อ หน่วยงานสาธารณสุข มีปัญหาในการคัดแยก รวบรวม เก็บขน และนำส่ง และยังไม่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ชัดเจน ด้านการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 6 ประเด็น คือ 1) ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข 3) ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 4) ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 5) ระบบรายงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 6) ระบบควบคุมกำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน ด้านการปฏิบัติการทดลองใช้รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจังหวัดยโสธร พบว่า มีการนำรูปแบบการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไปใช้ในพื้นที่ และผลการประเมิน พบว่า หลังการทดลอง สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ตามมาตรฐานวิชาการและกฎหมายกำหนดมากยิ่งขึ้น และในชุมชนมีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.0

Kaveri Kala, Nomesh B. Bolia, (2024) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยว่าเป็นกระบวนการสำคัญและจำเป็นในการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจและดำเนินการมาตรการเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมมี 5 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการบูรณาการในระดับชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล การฝึกอบรม และกลไกการทบทวนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการจัดการขยะที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

Egbenyah et al. (2021)ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินวิธีปฏิบัติในการกำจัดและหาปริมาณจุลินทรีย์ที่มีอยู่ในมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ จากสถานพยาบาลระดับตำบล 10 แห่งและ 385 ครัวเรือน ในประเทศกานา พบว่า การกำจัดของเสียทางการแพทย์ที่เป็นของแข็งและของมีคม มีปัจจัยทางสังคมและประชากรที่มีอิทธิพลต่อการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ในครัวเรือน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ซึ่งมีการกำจัดโดย การ

เผาในที่โล่ง (ร้อยละ 29.0) การฝัง (ร้อยละ 25.0) และการกำจัดที่จุดทิ้งขยะ (ร้อยละ 49.0) เป็นวิธีการทั่วไปที่ครัวเรือนใช้ในการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ นอกจากนั้นการทิ้งขยะมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยผู้สูงอายุ (อายุ 50 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มที่จะทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ปะปนกับขยะในครัวเรือนมากถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อายุน้อยกว่า (20-30 ปี) [a0R, 95%CI = 3.37, 1.41–8.02] ส่วนในสถานพยาบาลระดับตำบล การเผาในที่โล่งและการฝังเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด ผลการวิจัยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการจัดตั้งวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมในสถานพยาบาลระดับตำบลและในระดับครัวเรือน หรือพัฒนาระบบการจัดการที่เชื่อมโยงกับสถานบริการในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งการมีคำแนะนำที่เหมาะสมและสอดคล้องตามบริบทเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในครัวเรือน

Udofia, E.A., Fobil, J. and Gulis, G. (2018) ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการจัดการของเสียทางการแพทย์โดยชุมชนในเมืองอักกรา ประเทศกานา พบว่า ในครัวเรือนทิ้งยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และการรักษาปะปนในถังขยะภายในบ้าน ในขณะเดียวกันยาหรือเวชภัณฑ์ที่เป็นของเหลวถูกเททิ้งเป็นส่วนใหญ่ลงในท่อระบายน้ำ นอกจากนั้นมีการฝังและเผายาที่หมดอายุหรือทิ้งรวมกับขยะทั่วไป ในด้านการรับรู้ว่าอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของเสียทางการแพทย์ไม่เหมาะสม คือ การแพร่เชื้อ ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและถูกของแหลมคมทิ่มแทง การเป็นพิษ และเกิดความรำคาญรบกวนในด้านสุนทรียภาพ อย่างไรก็ตามแม้จะมีรับรู้ที่ดีในด้านดังกล่าวนี้ แต่ยังพบอุปสรรคในการแยกแหล่งที่มาของมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ รวมถึงอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการรวบรวมและการขนส่ง ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีระบบและแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์อันได้แก่ การจัดหาสถานที่จัดเก็บ การสนับสนุนด้านการขอนส่งและการสร้างความสำนึกที่ดีต่อสาธารณะในการจัดการและการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ดังกล่าว

T. Zikhathile and H. Atagana, (2018) ศึกษาเกี่ยวกับความท้าทายที่ผู้ดูแลสุขภาพบ้านต้องเผชิญในการจัดการของเสียที่มีความเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่ทำให้เกิดของเสียที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งยังไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้อง ผู้ดูแลสุขภาพที่บ้านต้องปฏิบัติการดูแลอย่างไม่ปลอดภัย และครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลและการจัดการที่ดีเกี่ยวกับของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้นจึงควรวางกรอบนโยบายที่จะนำไปสู่แนวปฏิบัติในการจัดการอย่างปลอดภัยของขยะที่มีความเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน

Hangulu L, Akintola O. (2017) การจัดการของเสียด้านการดูแลสุขภาพในการดูแลโดยชุมชน ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า กิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุหลายคนที่มักกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์/วัณโรค โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน หอบหืด ข้ออักเสบ และความดันโลหิตสูง กิจกรรมการดูแลเหล่านี้ก่อให้เกิดของมีคมและขยะติดเชื้อ

ซึ่งมีความเสี่ยงต่อสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้พบอุปสรรคสำคัญในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การขาดความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการช่วยผู้ป่วยใช้ห้องน้ำหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม การนำมูลฝอยติดเชื้อและของเสียออกจากบ้าน การเก็บขยะโดยคนเก็บขยะ น้ำไม่เพียงพอสำหรับการฝึกสุขลักษณะและสุขอนามัย ระยะทางไกลระหว่าง บ้านและห้องสุขาและสภาพที่ไม่ดีห้องสุขาแบบรวมและเป็นส้วมหลุม ผลของอุปสรรคเหล่านี้มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจึงถูกทิ้งอย่างผิดกฎหมายตามถนนหรือในพุ่มไม้ เผาอย่างเปิดเผยและฝังไว้ส่วนมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เป็นของเหลว เช่น อาเจียน ปัสสาวะ และเสมหะ ถูกกำจัดในที่โล่งใกล้บ้าน ซึ่งนโยบายปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแอฟริกาใต้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

Vogler, S. et al. (2014) ได้ศึกษาศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ตัวอย่างของเสียประเภทยาและเวชภัณฑ์ที่มาจากการดูแลสุขภาพที่บ้านของแต่ละครัวเรือนในกรุงเวียนนา ซึ่งพบว่าพบตัวอย่างของเสียประเภทยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด 152 ซอง ส่วนใหญ่เป็นยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์เท่านั้น (ร้อยละ 74.0) หัวใจและหลอดเลือด ยาคิดเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 24.0) เป็นยาที่ยังไม่หมดอายุ ร้อยละ 14.5 ยารักษาโรคระบบทางเดินหายใจระบบ (ร้อยละ 18.0) และระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง (ร้อยละ 18.0) ยาสำหรับการใช้ทางผิวหนังภายนอก (ร้อยละ 23.0) และยาหมดอายุ (ร้อยละ 19.0) และพบว่ายาบางตัวยังไม่ได้ใช้หรือถูกใช้ไปบางส่วน ซึ่งถูกทิ้งรวมกันปะปนกับขยะทั่วไปในครัวเรือน

โดยสรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบประเด็นที่น่าสนใจและนำไปสู่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

1) การศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากผู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงโดยตรง แต่เป็นการศึกษาที่ระบุแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนโดยรวม

2) การศึกษาที่เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง พบสถานการณ์ที่มีแนวโน้มและทิศทางไปในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ พบสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น และมีความต้องการในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และในประเด็นมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

3) การศึกษาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่ากระบวนการสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวคือการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่

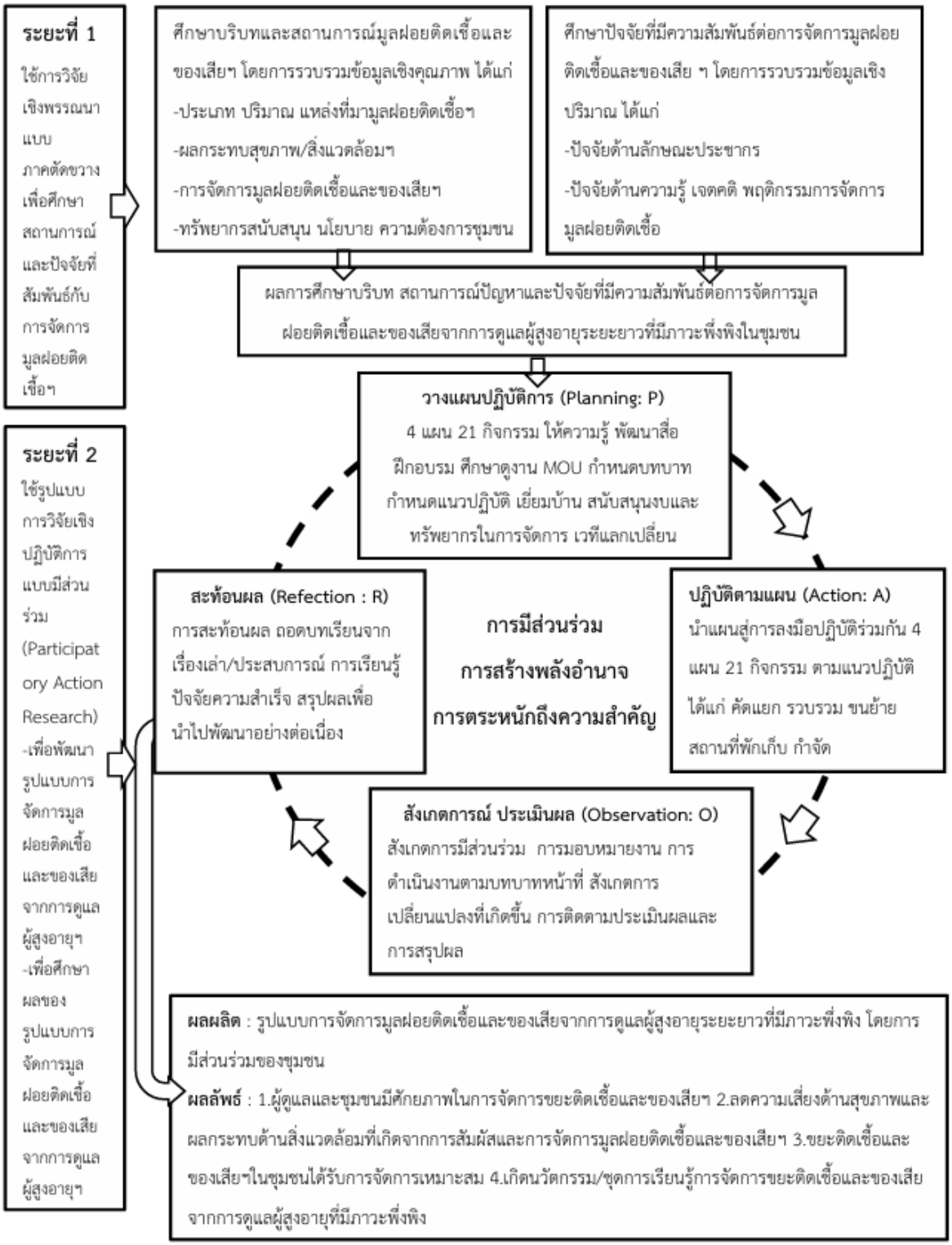
4) การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมี 2 ลักษณะ คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care LTC) และบทบาทผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ บุตร คู่สมรส หลาน และญาติใกล้ชิด มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงในการทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งการดูแลการกำจัดสิ่งปฏิกูล มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ทั้งกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยก รวบรวม ขนส่ง และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

6) การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนโดยรวม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานในท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล สถานบริการสุขภาพในชุมชน และครัวเรือนที่มีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ รูปแบบที่พบส่วนใหญ่มีรูปแบบการจัดการครอบคลุม (1) รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2) รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (3) รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (4) ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (5) รูปแบบรายงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (6) รูปแบบการควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังพบอุปสรรคและข้อจำกัดในการพัฒนารูปแบบหลายประเด็น เช่น รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และรูปแบบรายงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

พหุน ปณฺฑิโต ชีเว

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) ในรูปแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อม ๆ กัน ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้เสริมหรือสนับสนุนโดยการผสานข้อมูลนำไปสู่ขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล นอกจากนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสานวิธี โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และให้ได้มาซึ่งข้อมูลบริบท สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และนำเข้าสู่กระบวนการตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกันศึกษาและรับรู้สถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนรวมถึงการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ร่วมกัน และการเสริมพลังอำนาจให้ชุมชนได้ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดกิจกรรม ร่วมดำเนินการตลอดจนการร่วมประเมินผล ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกันและร่วมรับผิดชอบหรือร่วมใช้ผลประโยชน์จากการดำเนินการร่วมกันตามกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย
3.2 พื้นที่ในการวิจัย
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTtaggart, 1988: 11-15) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกตการณ์พัฒนา (Observing) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งระยะการวิจัยเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและประเมินผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ โดยกำหนดพื้นที่ในการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ทำการศึกษาในชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านชาด รพ.สต.บ้านวังปทุม รพ.สต.งัวบา รพ.สต.บ้านหนองหว้า รพ.สต.เหล่าตามา รพ.สต.บ้านโนนทอง รพ.สต.หนองจิก รพ.สต.บ้านดอนบม รพ.สต.บ้านแวงน่าง รพ.สต.ห้วยแอ่ง รพ.สต.บ้านหนองสระพัง และรพ.สต.บ้านแพง

ระยะที่ 2 ทำการศึกษาในครัวเรือนและหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านชาด และ รพ.สต.บ้านวังปทุม ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 21 หมู่บ้าน

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ADL 5 – 11 คะแนน กลุ่มติดเตียง ADL 0 – 4 คะแนน) ในจังหวัดมหาสารคาม โดยยึดจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ADL 5-11 คะแนน จำนวน 4,840 คน กลุ่มติดเตียง ADL 0-4 คะแนน จำนวน 623 คน) รวมจำนวน 5,463 คน (Health Data Center (HDC) 2565)

กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 วิธี ตามลักษณะการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

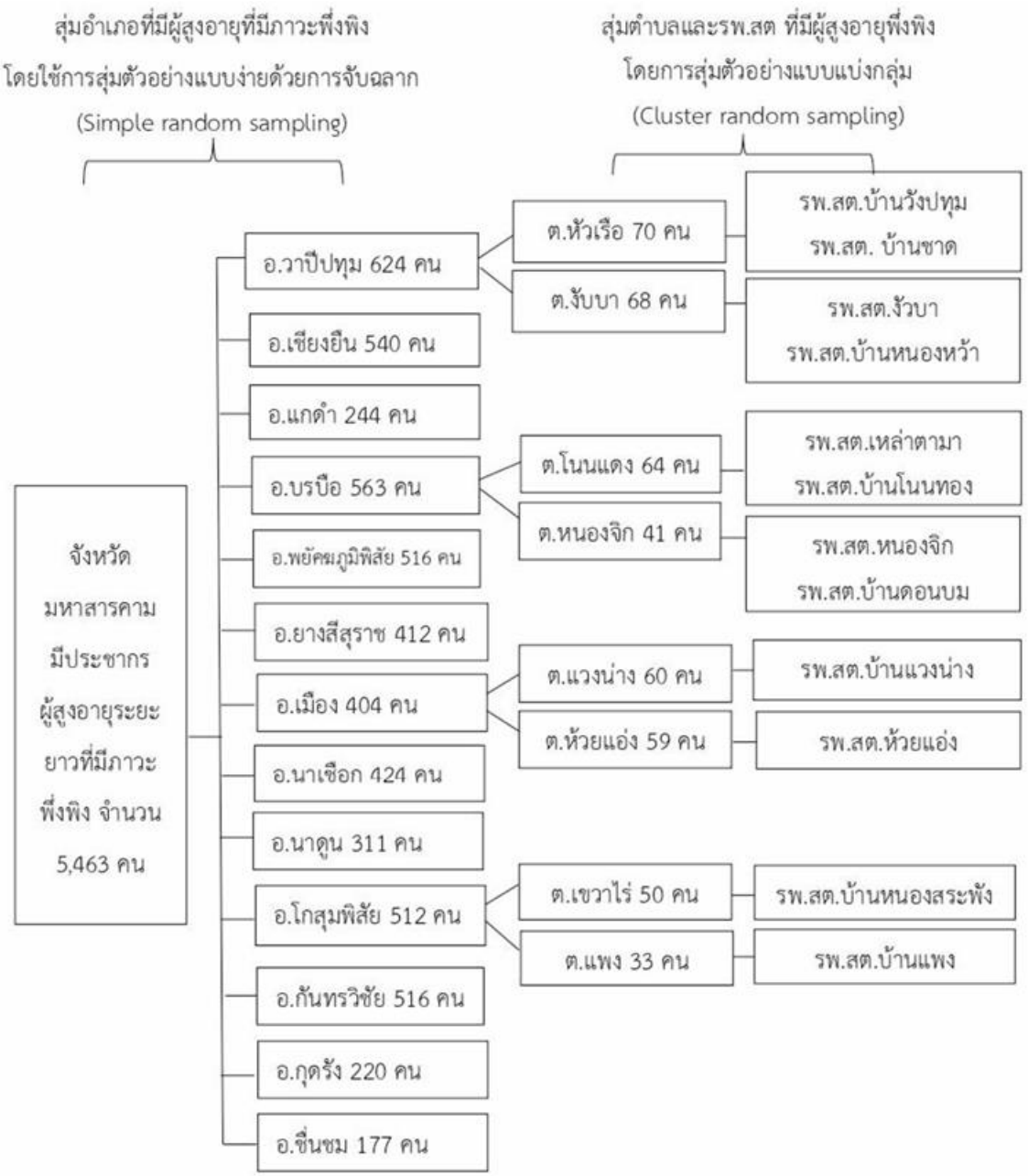
วิธีที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้กลุ่ม

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และวิธีในการสุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม WIN PEPI โดยการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ Acceptable difference = 0.016 (Pius Nsimbe et al.,2018.) Assumed proportion = 0.026 (Pius Nsimbe et al.,2018; Teferi S. C. 2022) Population size = 5,463 Allow for loss of 20% of subjects ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากการคำนวณในโปรแกรม เท่ากับ 445 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 445 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นภูมิ (Multi stage stratified random sampling) ซึ่งมีหน่วยในการศึกษาครั้งนี้ คือ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้จำนวนตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในแผนภาพที่ 3

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว



ภาพที่ 3 ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการ ดังนี้

1. การคัดเลือกในลำดับแรก คือ คัดเลือกจากอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 13 อำเภอที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อำเภอวาปีปทุม อำเภอเชียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอเชียงยืน อำเภอนาดูน อำเภอแกดำ อำเภอยางสีสุราช อำเภอกุดรัง และอำเภอชื่นชม จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลาก (Simple random sampling) จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอวาปีปทุม อำเภอบรบือ อำเภอเมืองมหาสารคาม และอำเภอโกสุมพิสัย

2. การคัดเลือกลำดับที่ 2 คือ สุ่มตำบล รพ.สต และหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุพึ่งพิง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) จำนวน 8 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตำบลงัวบา กลุ่มตำบลหัวเรือ กลุ่มตำบลโนนแดง กลุ่มตำบลหนองจิก กลุ่มตำบลแวงน่าง กลุ่มตำบลห้วยแอ่ง กลุ่มตำบลเขวาไร่ และตำบลแพง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ADL 5 – 11 คะแนน กลุ่มติดเตียง ADL 0 – 4 คะแนน) ทั้งเพศชายหรือเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน

2) เป็นผู้อ่านออกเขียนได้และที่สามารถให้ข้อมูลได้

3) เป็นผู้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เช่น หลงลืม ความจำเสื่อม

2) เป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างรุนแรงและกะทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

วิธีที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครอบคลุมและลุ่มลึก โดยจำนวนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีจำนวน 60 คน ประกอบด้วย

1) ผู้บริหารหรือตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่ง จำนวน 4 คน

2) ผู้บริหารหรือตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง จำนวน 8 คน

3) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแต่ละแห่ง จำนวน 12 คน

4) ตัวแทนผู้นำชุมชนในแต่ละพื้นที่ จำนวน 12 คน

5) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละรพ.สต. จำนวน 12 คน

6) ตัวแทนผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ในพื้นที่แต่ละแห่ง จำนวน 12 คน

3.3.2 ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในการศึกษาระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988: 11-15) เพื่อการพัฒนารูปแบบและการประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ร่วมกัน โดยแบ่งผู้ร่วมดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

3.3.2.1 ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยหลัก

เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและเป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเลือกผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงอาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชนทั้งเพศชายหรือเพศหญิง จำนวน 70 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ADL 5 – 11 คะแนน กลุ่มติดเตียง ADL 0 – 4 คะแนน) ทั้งเพศชายหรือเพศหญิง อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน

2) เป็นผู้อ่านออกเขียนได้และที่สามารถให้ข้อมูลได้

3) เป็นผู้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เช่น หลงลืม ความจำเสื่อม

2) เป็นผู้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างรุนแรงและกะทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

3.3.2.2 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ครอบคลุมกลุ่มผู้บริหาร ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งสิ้น 42 คน ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มผู้บริหารหรือตัวแทนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนแต่ละชุมชน จำนวน 12 คน

2) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน

3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care Giver) จำนวน 16 คน

4) กลุ่มจิตอาสาจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน จำนวน 12 คน

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2567 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

3.4.1 ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research)

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาและสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาค้นคว้า

2) สร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือเพื่อการวิจัย

4) ประสานผู้ร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัย

5) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลบริบทและสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.4.2 ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี 4 ขั้นตอนดังนี้

3.4.2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ทบทวนและทำความเข้าใจวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทพื้นที่จากผลการศึกษาระยะที่ 1

2) ประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2

3) ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2

4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ รับรู้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ

วางแผนการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการ 4 แผนและกิจกรรมย่อย 21 กิจกรรมและนำเสนอเพื่อร่วมกันพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ

5) นำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำแผนไปสู่การปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป

3.4.2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการ 4 แผนและกิจกรรมย่อย 21 กิจกรรม ดังนี้

ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 1 ดำเนินการแก้ไขปัญหาการมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสมและการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม มี 5 กิจกรรมย่อย ดังนี้

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2) พัฒนาสื่อการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งติดตามประเมินผลและร่วมเสริมสร้างพลังทางบวกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกวิธีและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

4) ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านและเวทีประชุมหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

5) สร้างพื้นที่การเรียนรู้และช่องทางในการเข้าถึงความรู้และการติดต่อประสานงาน

ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหาการขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มี 8 กิจกรรมย่อย ดังนี้

1) จัดประชุมเพื่อทบทวนระบบและโครงสร้างสภาชุมชน ที่ได้ดำเนินการจัดตั้งขึ้นเพื่อการจัดการและแก้ไขปัญหาในชุมชน

2) เพิ่มเติมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เข้าสู่การบรรจุเป็นประเด็นสำคัญในสภาชุมชน เพื่อนำสู่การจัดการมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้ออย่างเป็นระบบ

3) จัดทำข้อตกลงร่วม (MOU) เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ผ่านกลไกลสภาชุมชนในการสร้างความร่วมมือกับประชาชนทุกหมู่บ้านเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเหมาะสม

4) จัดทำฐานข้อมูลและศูนย์กลางการประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการร่วมกันจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน

5) กำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างชัดเจน

6) ศึกษาเรียนรู้แนวทางการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนจากพื้นที่ตัวอย่างในการจัดการที่ประสบผลสำเร็จ

7) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีร่วมกัน

8) กำหนดให้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยผลักดันให้เกิดกิจกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านกลไกลผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care manager) และผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)

แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 3 ดำเนินการแก้ไขปัญหาความต้องการในการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น มี 4 กิจกรรมย่อย ดังนี้

1) จัดประชุมเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งทรัพยากรเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

2) นำเสนอข้อมูลที่เป็นปัญหาและความต้องการในเวทีการประชุมในระดับบริหารหรือเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเป็นระบบ

3) หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนงบประมาณเพื่อรองรับปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

4) ให้การสนับสนุน กำกับและติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 4 ดำเนินการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม มี 4 กิจกรรมย่อย ดังนี้

1) จัดกิจกรรมกระตุ้นและส่งเสริมการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ถูกต้อง เช่น การประกวดครัวเรือน/หมู่บ้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีเด่น กิจกรรมครัวเรือนตัวอย่างการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2) สร้างความร่วมมือกับประชาชนในการสอดส่องดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสมในชุมชน

3) การกำหนดจุดเสี่ยงในการลักลอบทิ้งหรือการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

4) ปลูกฝังจิตสำนึกของคนในชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกัน โดยการส่งเสริม สนับสนุน ชี้ให้เห็นข้อมูลและความสำคัญในโอกาสต่าง ๆ

3.4.2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์พัฒนา (Observation)

1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม

2) ติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม

3) การสังเกตการณ์และประเมินการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการวิจัย

4) ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหลังการวิจัย

3.4.2.4 ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

1) สรุปผลการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อคืนข้อมูล สะท้อนผล และถอดบทเรียนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3) สรุปรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.5.1.1 เครื่องมือสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามแบบโครงสร้างที่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด 5 ส่วน ทำการรวบรวมข้อมูลในลักษณะการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า โดยเนื้อหาที่สำคัญในแบบสอบถาม แต่ละส่วน มีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปริมาณ ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

โดยมีรายละเอียดโครงสร้างของแบบสอบถาม สำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อแบ่งได้ 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัวความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและจำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพหลักของครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และการอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และสถานะในครอบครัวก่อนมีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเภท ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อคำถาม ดังนี้

มี หมายถึง ในแต่ละวันมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียเกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ไม่มี หมายถึง ไม่มีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียเกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อคำถาม ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นข้อความที่ถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นข้อความที่ไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนนโดย

ตอบถูก ให้คะแนนเท่ากับ 1

ตอบผิด ให้คะแนนเท่ากับ 0

เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้ มีการแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย คือ คะแนนระดับความรู้น้อยกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง มีความรู้ระดับไม่ดี และคะแนนระดับความรู้มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย หมายถึง มีความรู้ระดับดี (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อคำถาม ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 8, 11, 14, 15 ให้คะแนนโดย

ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

ตอบเห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน

ตอบเห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ตอบเห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน

ตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13 ให้คะแนนโดย

ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

ตอบเห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน

ตอบเห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ตอบเห็นด้วยน้อย ให้ 4 คะแนน

ตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับเจตคติ มีการแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับ มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผู้มีความเห็นต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีการแปลผลโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนนความเห็น ที่ระดับ 2.51– 5.00 ถือว่า มีความเห็นด้วยในระดับมาก

ค่าคะแนนความเห็น ที่ระดับ 1.00 – 2.50 ถือว่า มีความเห็นด้วยในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบข้อคำถาม ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นบางครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 และ 9-15

ตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ตอบไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7 และ 8

ตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ตอบไม่ปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับการปฏิบัติ มีการแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ น้อย

เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าร้อยละของผู้ที่มีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีการแปลผลโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าคะแนนการปฏิบัติ ที่ระดับ 2.51– 3.00 ถือว่า มีการปฏิบัติในระดับดี

ค่าคะแนนการปฏิบัติ ที่ระดับ 1.00 – 2.50 ถือว่า มีการปฏิบัติในระดับไม่ดี

3.5.1.2 เครื่องมือสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุมกลุ่มจำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแยกการรวบรวมข้อมูลเป็นกลุ่มตามพื้นที่ รพ.สต. แต่ละพื้นที่ โดยมีแนวทางคำถามครอบคลุมประเด็น ดังนี้

1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ระบบการจัดการในปัจจุบันและหน่วยงานที่สนับสนุนในการจัดการฝอยติดเชื้อและของเสีย ความต้องการในการแก้ไขปัญหารวมทั้งความต้องการในการพัฒนารูปแบบและการสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้อภิปรายโต้ตอบแสดงความคิดเห็นหรือเล่าเรื่องประสบการณ์ตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้น โดยจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มละ 6-8 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้บริหารหรือตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารหรือตัวแทนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตัวแทนผู้นำชุมชนแต่ละพื้นที่จำนวน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละ รพ.สต. ตัวแทนผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care Giver)

3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยผู้วิจัยเข้าไปร่วมสังเกตในระหว่างการทำกิจกรรม เช่น ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านและการสำรวจชุมชน

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and MC Taggart, 1988 : 11-15) เพื่อการพัฒนารูปแบบและการประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ร่วมกัน ใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสังเกตการณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการประเมินผล

3.5.2.1 แบบสังเกตการณ์ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) สภาพปัญหา 2) ความต้องการหรือความคาดหวัง 3) การระดมสมองและการแสดงความคิด 4) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ 5) การประสานงาน 6) การมีส่วนร่วม และ7) การตรวจสอบประเมินผล

3.5.2.2 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่ได้จากการสนทนากลุ่ม หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูล สภาพปัญหา 2) ความคาดหวังและความต้องการในการช่วยเหลือต่อการพัฒนา และ 3) แนวทาง วิธีการ การดำเนินงาน เพื่อ ให้บรรลุวัตถุประสงค์

3.5.2.3 แบบบันทึกการประเมินผล สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกผลที่ได้ หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 1) ระยะก่อนดำเนินงาน 2) ระยะการดำเนินงาน และ 3) ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงาน

3.5.3 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5.3.1 ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.5.3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการศึกษาเพื่อให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์

3.5.3.3 กำหนดข้อคำถาม

3.5.3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรง (Validity) ของแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ โดยนำแบบ

สัมภาษณ์ให้กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ซึ่งครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตรวจสอบ ได้แก่ ด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการจัดการมูลฝอยและสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการระบบสุขภาพชุมชน และด้านการวัดและประเมินผล โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย

1) นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

2) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

4) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน งานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

5) อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา การครอบคลุมเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

ถ้าข้อคำถามวัดได้ตรงจุดประสงค์	ได้ +1 คะแนน
ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดตรงจุดประสงค์หรือไม่	ได้ 0 คะแนน
ถ้าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงจุดประสงค์	ได้ -1 คะแนน

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ประเมินมากรอกลงในแบบวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์เพื่อหาค่าเฉลี่ย สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อใช้สูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence)

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยเกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม มีดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 คัดเลือกไว้ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

จากนั้นนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์มีความเหมาะสมสู่การนำไปใช้ ผลจากการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ของเครื่องมือได้ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่า IOC เท่ากับ 0.83

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่า IOC เท่ากับ 1

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ค่า IOC เท่ากับ 0.86

4) แบบวัดเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ค่า IOC เท่ากับ 0.78

5) แบบวัดพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ค่า IOC เท่ากับ 0.72

6) แบบสังเกตการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ค่า IOC เท่ากับ 1

7) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ค่า IOC เท่ากับ 1

8) แบบบันทึกการประเมินผล ค่า IOC เท่ากับ 1

3.5.3.5 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.โนนเพ็ก ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกัน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยแบบวัดความรู้ คำนวณด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.82 สำหรับแบบวัดเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียและแบบวัดพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) และเมื่อคำนวณจากแบบวัดทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.83 และ 0.89 ตามลำดับ

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.6.1 ดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

3.6.2 ประชุมชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อทำความเข้าใจถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งเพื่อชี้แจงแนวทาง และวิธีการดำเนินงาน

3.6.3 ผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการมีส่วนร่วม

3.6.4 เก็บรวมรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ บันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม

3.6.5 ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังวิจัย

3.6.6 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผล และคืนข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

3.7.1.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์และพรรณนาข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร ข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.7.1.2 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง ด้วยสถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรคู่ (Bivariate analysis) ใช้สถิติ Chi-square, Odds ratio ที่ระดับ 95% Confidence interval ใช้ค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการดำเนินการดังนี้

3.7.2.1 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้หลังจากได้แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงได้สร้างแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง หลังจากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวมรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา หลักจากทำการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งผู้ศึกษาจะทำการจดบันทึก และตรวจสอบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบข้อมูล ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม และข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเวลา สถานที่ บุคคล และเนื้อหาที่แตกต่างกัน ว่าถ้าหากเวลาต่างกันข้อมูลที่ได้จะเหมือนกันหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ต่างสถานที่กันเหมือนกันหรือไม่ และหากบุคคลเปลี่ยนไปข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือไม่ หากได้ข้อมูลเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการและข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อรวมรวบข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษาจะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย หากข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ผู้ศึกษาจะเข้าไปทำการเก็บข้อมูลอีกครั้ง และหากข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าเป็นข้อมูลที่เหมือนกันก็น่าเชื่อถือว่า เป็นข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ แล้วหลังจากนั้นนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลักษณะการเขียนรายงานการวิจัยเชิงพรรณนา

3.7.2.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ จะเป็นข้อความบรรยาย (Descriptive) ซึ่งได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึก

2) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มและจากการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัญหาและการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3) การเขียนรายงานข้อมูลเชิงคุณภาพและผลการวิจัย ใช้วิธีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปเขียนรายงาน โดยกำหนดสัญลักษณ์ ดังนี้

(ID) แทน การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

(FD) แทน การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

(GM) แทน การประชุมกลุ่ม (Group Meetings)

(FCG) แทน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน (Family Care Giver)

(PG) แทน กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย (Participant Group)

นอกจากนั้นได้กำหนดหมายเลขกำกับแทนจำนวนครั้งในการสนทนากลุ่มหรือการประชุมชนกลุ่ม ตัวอย่างเช่น (FD1) หมายถึง การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 (FCG-FD2) แทนการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ครั้งที่ 2 ตามลำดับ

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ 329-345/2023. วันที่รับรอง 25 สิงหาคม 2566 – 24 สิงหาคม 2567 ได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจะต้องเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมการวิจัย และจะต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้ร่วมวิจัย ดังนั้น ผู้ศึกษาจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายที่นำมาศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมายทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ มีการเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษาและร่วมในการศึกษาผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ถือข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย และในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อนโดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมีให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึ่งได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกัน ดังนี้

3.8.1 ต้องพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ การตอบรับหรือปฏิเสธการผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.8.2 รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุม วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.8.3 ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย

3.8.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

3.8.5 อาสาสมัครวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.8.6 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.4 ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.1 ผลการศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.1.1 บริบทพื้นที่การศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพื้นที่ที่ได้จากการคัดเลือกอำเภอ จำนวน 13 อำเภอ ในเขตจังหวัดมหาสารคามที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอวาปีปทุม อำเภอบรบือ อำเภอเชียงยืน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอนาเชือก อำเภอนาดูน อำเภอยางสีสุราช อำเภอแกดำ อำเภอกุดรัง และอำเภอชื่นชม จากนั้นสุ่มเลือกจำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอวาปีปทุม และอำเภอบรบือ และสุ่มเลือก รพ.สต และหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุพึ่งพิงที่มากที่สุด จำนวน 8 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตำบลงัวบา กลุ่มตำบลหัวเรือ กลุ่มตำบลโนนแดง กลุ่มตำบลหนองจิก กลุ่มตำบลแวงน่าง กลุ่มตำบลห้วยแอ่ง กลุ่มตำบลเขวาไร่ และตำบลแพง พื้นที่การศึกษาทั้งหมดมีบริบทพื้นที่ที่คล้ายคลึงกัน โดยมีที่ตั้งกระจายในพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัดมหาสารคาม เป็นชุมชนขนาดกลางและชุมชนใหญ่ในเขตชนบท ลักษะการเป็นอยู่และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและประชาชนทั่วไปอยู่อย่างเรียบง่าย ตามวิถีชีวิตของชุมชนชนบท ลักษณะอาชีพหลักและสภาพเศรษฐกิจโดยทั่วไปไม่แตกต่างกัน คือ ยึดอาชีพเกษตรกรรมโดยการทำนาปลูกข้าวเป็นอาชีพหลัก แต่อย่างไรก็ตามการทำนาของชาวบ้านยังเป็นการ

ทำนาที่ต้องพึ่งพาน้ำฝน ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่ต้องเผชิญกับปัญหาภัยแล้งและสภาพดินเสื่อมโทรมส่งผลให้ผลผลิตทางการเกษตรไม่ได้ผลเต็มที่ จึงทำให้ชาวบ้านในหลาย ๆ ครอบครัวย้ายเข้าไปทำงานในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ด้านประเพณีวัฒนธรรมมีความคล้ายคลึงกันกับชุมชนอื่น ๆ ในภาคอีสาน คือ ยึดตามประเพณี ฮีต 12 คอง 14 ซึ่งเป็นประเพณีดั้งเดิมของชาวอีสานทั่วไปที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างช้านาน โดยเฉพาะบุญประเพณีใหญ่ ๆ ที่ชาวบ้านทุกคนรวมทั้งลูกหลานที่ไปทำงานต่างถิ่นต้องกลับมาร่วมประเพณี ในด้านความเชื่อและค่านิยม มีความเชื่อและศรัทธาในพระพุทธศาสนา เชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ มีความเคารพต่อผู้อาวุโสทั้งในครอบครัวและชุมชน มีความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการีและผู้มีพระคุณ ซึ่งจะเห็นได้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานหรือญาติที่คอยดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้นในชุมชนยังมีระบบการสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากชุมชนด้วยกันเอง ได้แก่ การดูแลจากเพื่อนบ้าน การดูแลจากผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น การดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการดูแลในระบบจากกองทุนผู้สูงอายุระยะยาวของแต่ละพื้นที่ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) นักบริบาลผู้สูงอายุและผู้พิการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระบบหลัก คือระบบบริการสุขภาพแบบดั้งเดิมและระบบบริการสุขภาพแบบปัจจุบัน กล่าวคือ ยังคงใช้ทั้ง 2 ระบบควบคู่กันไปในการรับบริการสุขภาพ ซึ่งเห็นได้จากการดูแลสุขภาพและการรักษาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บางส่วนยังคงมีการรักษาแบบดั้งเดิม เช่น การรักษาโดยใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ การรักษาโดยการเป่า การนวดโบราณ และพิธีกรรมต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาเช่นนี้พบได้ในบางส่วนเท่านั้น ส่วนการรักษาที่ชาวบ้านและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญมากกว่า ยังคงเป็นการรักษาในระบบปัจจุบัน ซึ่งจะเห็นได้จากความนิยมในการรักษาด้วยยาและพบแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งในคลินิกเอกชนและระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ อย่างเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัด

4.1.2 ลักษณะทางประชากร

1) ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 429 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 53.93 ปี (SD = 9.11, Min = 24, Max = 69) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.9 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 75.1 สถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 78.6 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 61.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัวน้อยกว่า 18,000 บาท ร้อยละ 93.0 (Median = 6,000, Min = 500, Max = 80,000) บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุใน

ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกและผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว ร้อยละ 78.6 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 429)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	57 (13.3)
หญิง	372 (86.7)
อายุ (ปี)	
ต่ำกว่า 40	34 (7.9)
40-49	114 (26.6)
50-59	185 (43.1)
60-69	58 (13.5)
ตั้งแต่ 70	38 (8.9)
(Mean = 53.93, SD = 9.11, Min = 24, Max = 79)	
สถานภาพสมรส	
โสด	41 (9.6)
สมรส	334 (77.8)
หม้าย	41 (9.6)
หย่าร้าง/แยก	13 (3.0)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	218 (50.8)
มัธยมศึกษา	181 (42.2)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	30 (7.0)
สถานภาพในครอบครัว	
หัวหน้าครอบครัว	143 (33.3)
สมาชิกในครอบครัว	286 (66.7)

พหุ ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 429) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
น้อยกว่า 3 คน	164 (38.2)
ตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป	256 (61.8)
(Mean = 4.03, SD = 1.63, Min = 2, Max = 12)	
อาชีพหลักของครอบครัว	
เกษตรกรรม	322 (75.0)
รับจ้าง	53 (12.4)
ค้าขาย	25 (5.8)
ธุรกิจส่วนตัว	20 (4.7)
ข้าราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	9 (2.1)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัว (บาท)	
น้อยกว่า 18,000 บาท	399 (93.0)
ตั้งแต่ 18,000 บาท	30 (7.0)
(Median = 6,000, Min = 500, Max = 80,000)	
บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	
เป็นสมาชิกและผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว	337 (78.6)
เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ	79 (18.4)
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.)	13 (3.0)
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี)	
น้อยกว่า 5 ปี	308 (71.8)
ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป	121 (28.2)
(Mean = 5.41, SD = 4.67, Min = 1, Max = 13)	
ประสบการณ์การอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	
ไม่เคยอบรมหรือได้รับความรู้	230 (53.6)
เคยอบรมหรือได้รับความรู้ จากแหล่งข้อมูล	199 (46.4)
เจ้าหน้าที่/พยาบาล/อสม.	118 (59.3)
เอกสาร/แผ่นพับ/หนังสือ/คู่มือ/สื่อสิ่งพิมพ์	58 (29.1)
สื่อออนไลน์/เฟสบุ๊ค/ไลน์/อินเตอร์เน็ต	23 (11.6)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 429) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์การอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุ	
ไม่เคยอบรมหรือได้รับความรู้	215 (50.1)
เคยอบรมหรือได้รับความรู้ จากแหล่งข้อมูล	214 (49.9)
เจ้าหน้าที่/พยาบาล/อสม.	164 (76.6)
เอกสาร/แผ่นพับ/หนังสือ/คู่มือ/สื่อสิ่งพิมพ์	32 (15.0)
สื่อออนไลน์/เฟสบุ๊ค/ไลน์/อินเตอร์เน็ต	18 (8.4)

2) ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 429 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุเฉลี่ย 77 ปี (SD = 8.96, Min = 60, Max = 101) สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 52.7 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโรคประจำตัวไม่เกิน 2 โรค ร้อยละ 79.0 และระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 73.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 429)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	134 (31.2)
หญิง	295 (68.8)
อายุ (ปี)	
60-69	96 (22.4)
70-79	160 (37.3)
80-89	132 (30.8)
90 ขึ้นไป	41 (9.5)

(Mean = 77.00, SD = 8.96, Min = 60, Max = 101)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 429) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส	36 (8.4)
โสด	160 (37.3)
สมรส	226 (52.7)
หม้าย	7 (1.6)
หย่าร้าง/แยก	
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	30 (7.0)
ประถมศึกษา	370 (86.2)
มัธยมศึกษา	18 (4.2)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	11 (2.6)
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	
ไม่เกิน 2 โรค	339 (79.0)
ตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป	90 (21.0)
ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน	316 (73.6)
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง	113 (26.4)

4.1.3 สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

สถานการณ์เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนสามารถแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ โดยตั้งแต่การการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ ประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระบบการจัดการในชุมชนและหน่วยงานที่สนับสนุนในการจัดการฝอยติดเชื้อและของเสีย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1.3.1 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน พบว่า มีรูปแบบการดูแลหลัก 3 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยชุมชน และการดูแลจากหน่วยงาน องค์กร สถานบริการด้านสุขภาพ และกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยรูปแบบการดูแลทั้งหมดจะสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) รูปแบบการดูแลโดยครอบครัว เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานะเป็นบุตร คู่สมรส หลาน และญาติพี่น้อง การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลด้านภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหาร การป้อนอาหาร การดูแลช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การดูแลช่วยเหลือด้านการขับถ่ายของเสีย การดูแลกำจัดสิ่งปฏิกูล การออกกำลังกายบนเตียงและการช่วยกายภาพบำบัดฟื้นฟู การดูแลสุขภาพทั่วไปทั้งด้านร่างกายและสภาพจิตใจ และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนั้นยังพบว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาทำความสะอาด อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือและการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเจ้าหน้าที่พยาบาลในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพสุขภาพที่บ้าน ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ฉันเป็นคนดูแลแม่ฉันเองทุกอย่าง ทั้งการกิน การนอน การขับถ่าย ทำให้เองทั้งหมด ฉันคิดว่าเราเป็นลูกก็ต้องดูแลแม่ ทำให้แม่ทุกอย่างแบบดีที่สุด ไม่ให้คนอื่นว่าเราได้...” (FCG-ID)

“...ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุก็เพราะเป็นหน้าที่ของเราและคนในครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ เช่น ดูแลความสะอาดไม่ให้คนอื่นรังเกียจ (ขี้เดียด) อาบน้ำ เช็ดตัว ป้อนข้าว ป้อนน้ำ เช็ดขี้ เช็ดเยี่ยว ทำทุกอย่างทั้งหมดเลย เพราะคุณตาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้...” (FCG-ID)

“...แต่ก่อนฉันทำงานที่กรุงเทพฯ แต่ตอนที่ยายป่วยหนักนอนติดเตียง ฉันและครอบครัวต้องออกจากงานมาดูแลกันเพราะครอบครัวเรามีกันแค่นี้ ฉันเป็นคนดูแลหลัก ดูแลตั้งแต่ตื่นจนนอน ตอนกลางคืนก็ต้องตื่นขึ้นมาดูแลเหมือนกัน กินข้าว อาบน้ำ กินยา ทำความสะอาด ทำแผล เปลี่ยนผ้าอ้อม ซักเสื้อซักผ้าจัดการเองหมดทุกอย่าง...” (FCG-ID)

“...ตานอนติดเตียงมานานหลายปีแล้ว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฉันต้องช่วยดูแลและฟื้นฟู ทำกายภาพบำบัดหรือพาออกกำลังกายทุกวัน ตามที่หมอสอนว่าต้องทำกายภาพให้บ่อย ๆ” (FCG-ID)

“...ดูแลกันมาแบบนี้ สิบกว่าปี ตั้งแต่ป่วยเดินไม่ได้ต้องนอนติดเตียง ต้องทำภารกิจให้หมดทุกอย่าง ตั้งแต่การอยู่ การกิน การนอน อาบน้ำ เก็บขี้เก็บเยี่ยว ดูแลให้หมดเลย ตอนป่วยรอบแรกนอนนิ่งทำอะไรไม่ได้เลย ยายต้องดูแลกายภาพให้ค่อยดีขึ้นมา จับราวไม้ลุกขึ้นนั่งเองได้ กินข้าวได้เองบ้างแต่หกเลอะเทอะ ต่อมาป่วยอีกครั้งอ่อนแรงไปหมด ช่วยตัวเองไม่ได้อีกรอบ ยายก็ต้องมาดูแลอีกป้อนข้าวป้อนน้ำ อาบน้ำ เช็ดขี้เช็ดเยี่ยวอีก จนตอนนี้ดีขึ้นบ้างหยิบจับอะไรได้บ้างนิดหน่อย...” (FCG-ID)

2) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อนบ้าน ผู้นำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และชาวบ้านทั่วไป เป็นการแวะเวียนมาเยี่ยมเพื่อพูดคุยและให้กำลังใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนั้นมีการดูแลในลักษณะที่รับเป็นธุระในการดูแลในระหว่างที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาระกิจหรือฝากเพื่อนบ้านให้ดูแลเป็นครั้งคราว ซึ่งการดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลสุขภาพในมิติด้านจิตใจและด้านสังคม ไม่ได้เน้นการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ชาวบ้าน พี่น้อง ผู้นำ ก็แวะเวียนมาเยี่ยมมาถามข่าวอยู่ แต่ที่มาประจำก็มี อสม.นี้ละที่มาดูแลประจำ ยายก็ดีใจที่มาดูแล แต่ยายก็ต้องช่วยกันเอง ชุมชนก็คงมาดูให้เราไม่ได้ทั้งหมด...” (FCG-FD1)

“...คนในชุมชนก็แวะเวียนมาประจำเพราะคุณพ่อเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้านหลายสมัย เป็นที่รักของชาวบ้าน และมีทีม อบต.แวะมาเยี่ยมเยือน เอาของเอานมมาเยี่ยม ก็ได้กำลังใจดีมาก...” (FCG-ID)

“...เวลาฉันจะไปธุระในเมืองก็จะฝากยายข้างบ้านช่วยดูแลไว้ให้ ยายก็จะมานั่งคุย คอยหยิบของ นั่งคุยเล่นเป็นเพื่อน ถ้าไม่มียายข้างบ้านฉันก็ไปไหนไม่ได้ ฝากแม่ไว้ชั่วครั้งชั่วคราว พอกลับมาก็ซื้อของกินมาแบ่งปันกัน มีอะไรก็ช่วยเหลือกัน บ้านนอกเรายังดูแลกันดีอยู่...” (FCG-FD1)

3) การดูแลจากหน่วยงาน องค์กร สถานบริการด้านสุขภาพ และกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยได้รับการดูแลจากหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเป็นคณะกรรมการในการดำเนินงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care

Manager) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริบาลผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรม (Care giver) ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...เป็นระบบการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงานทั้งฝ่ายสาธารณสุข โรงพยาบาล อบต. และการดำเนินการของ รพ.สต. ในการขับเคลื่อนการทำงาน LTC ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนก็จะได้รับการดูแลจากกองทุนเหล่านี้ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และกลุ่มติดบ้านติดเตียง...” (PG-ID)

“...ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่เรา จะมีทาง อบต.และ รพ.สต. ที่ทำงานประสานกัน มีกองทุนดูแลผู้สูงอายุและจะมี CG เป็นคนสำคัญที่จะคอยดูแลเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนทั้งเรื่องสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ทั่วไป...” (PG-ID)

“...จะมีหมอที่รพ.สต. และ CG มาเยี่ยมบ้านประจำ โดยเฉพาะ CG จะมาทุกสัปดาห์มาช่วยดูแลคุณตาและจะเบิกแพมเพิส เบิกเซตล้างแผล จาก รพ.สต. ออกมาให้ บางครั้งก็จะมาช่วยอาบน้ำช่วยยกคุณตา ก็ถือว่าดีมาก ๆ ที่มีการดูแลช่วยเหลือเราแบบนี้ และมีผู้ป่วยบางคนที่เป็นผู้พิการจะมีนักบริบาล จาก พม. ออกมาดุแลร่วมด้วย...” (PG-ID)

4.1.3.2 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่พบว่า เกิดจากกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะตามภาวะการพึ่งพิงและภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและไม่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือมีการเจ็บป่วยแต่มีอาการคงที่ไม่รุนแรง จะมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ กระดาษชำระแบบแห้งและแบบเปียก ภาชนะรองรับหรือกระโถนบ้วนน้ำลายและเสมหะ ผ้าที่เปื้อนปัสสาวะหรืออุจจาระ และสิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่ายของเสียของผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ฉันดูแลคุณตาอายุ 95 ปี แต่ยังแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ กิจกรรมที่ต้องดูแลส่วนใหญ่ก็ทำกับข้าว ซักเสื้อผ้า ดูแลอำนวยความสะดวกตา ขยะมูลฝอยหรือขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นก็จะมีไม่

ค่อยเยอะส่วนใหญ่จะเป็นกะโถนบ้วนน้ำลาย เสมหะ และทิ้งทิชชูเวลากินข้าว นอกนั้นก็ไม่มีขยะอะไร ...” (FCG-ID)

“...ของเสียส่วนใหญ่มาจากการขับถ่าย เยี่ยว น้ำลาย เสมหะ ส่วนตอนกลางคืนก็จะให้นั่งกระโถนแบบนั่งยอง จากนั้นค่อยนำไปเททิ้ง ส่วนอย่างอื่นก็ไม่ได้ใช้ เช่น แพมพิสไม่ได้ใส่ให้เพราะไปห้องน้ำเองได้...” (FCG-FD1)

“...คุณยายช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้เป็นส่วนใหญ่ กินข้าวได้เอง กินยาได้เอง จัดยากินเอง แต่บางครั้งก็ทิ้งรวมกันไปทั่ว ส่วนใหญ่ขยะที่เกิดขึ้นก็มีทิชชู มีซองยา บางทีก็มียาเหลือที่สะสมกินไม่หมด ยารวมกันแล้วแยกไม่ออกว่ายาไหนเป็นยาไหนก็มี...” (FCG-FD1)

“...ถ้าอยู่บ้านส่วนใหญ่ยายจะไม่ใส่แพมเพิส แต่ถ้าต้องเดินทางไปหาหมอหรือไปธุระที่ต้องพายายไปด้วยถึงจะให้ยายใส่...” (FCG-ID)

2) กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยร่วมกับมีภาวะการเจ็บป่วย กลุ่มนี้จะมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพมากกว่า เช่น การขับถ่ายปัสสาวะและอุจาระ การดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ การเช็ดล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การอาบน้ำ เช็ดตัว การเช็ดล้างอวัยวะสืบพันธุ์ การตัดเล็บมือ เล็บเท้า ตัดผม โกนหนดเครา และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลบนเตียง การดูแลฉีดยาอินซูลิน การให้ยารับประทานและการใช้ยาทาภายนอก การดูแลทำแผลผ่าตัด การดูแลทำความสะอาดแผลเจาะคอ การดูแลทำแผลกดทับร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเจ้าหน้าที่พยาบาล การล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน การเปลี่ยนถุงอุจาระทวารเทียมทางหน้าท้อง การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนและถุงรองรับปัสสาวะ การล้วงและการสวนอุจจาระ การดูดน้ำลายและเสมหะโดยใช้ลูกสูบยางแดง เป็นต้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...คุณยายจะใช้แพมเพิสเยอะหน่อย เปลี่ยนให้บ่อย ๆ วันละ 4-5 ชิ้นก็มี ต้องเปลี่ยนบ่อย ๆ เพราะตอนที่ไปอยู่กรุงเทพ ยายมีแผลที่ก้น ต้องล้างแผลดูแลแผลเองทุกวัน จึงต้องเปลี่ยนให้ยายบ่อยๆ...” (FCG-ID)

“...ขยะที่เกิดจากการล้างแผล เช่น สำลี น้ำยาล้างแผล น้ำเกลือ หนูล้างให้ยายเองทุกวัน เอามือจับล้างเองเลย สำลีชุบแอลกอฮอร์ น้ำเกลือแล้วล้าง ๆ แล้วเอาแป้งโยคีโรยไว้ไม่ให้อับชื้น...”(FCG-FD1)

“...แพมเพิสที่เปลี่ยนให้ยาย 3-4 ชิ้นต่อวัน กลางวัน 1-2 ชิ้น กลางคืน 2-3 ชิ้นก็มี วันไหนที่ถ่ายบ่อยหรือท้องเสียยิ่งต้องเปลี่ยนบ่อย...” (FCG-ID)

“...พ่อช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย นอนแบบนี้ทั้งวันทั้งคืน หนูก็จะดูแลทำหน้าที่ทั้งหมด อาบน้ำบนเตียง เช็ดตัวล้างทำความสะอาด ดูแลแผลเจาะคอ ดูแลแผลกดทับ เปลี่ยนผ้า เช็ดก้นทำทุกอย่างเลย...” (FCG-FD1)

“...กิจกรรมก็จะมีทำแผล เพราะหลวงตามีแผลที่ขาเป็นแผลผ่าตัดเอาหนังไปแปะที่สะโพก ก็จะมี CG มาทำแผลให้ทุกวัน ตัวฉันเองก็เป็น อสม. แต่การทำแผลจะให้ CG (ชี้ไปที่ CGที่ตามเยี่ยมบ้าน) CG ก็จะกล่าวเสริมว่า ฉันจะมาทำแผลให้หลวงตาทุกเช้า ใช้เซตทำแผลที่เบิกมาจาก รพ.สต. มาทำแผลให้ทุกวัน...” (FCG-ID, PG-ID)

“...ฉันดูแลแม่ที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ตอนแรกก็ว่าจะไม่ล้างเพราะกลัว แต่หมอมาแนะนำมาให้ความรู้แม่ก็เลยตัดสินใจล้างเองที่บ้าน มันก็จะมีขั้นตอนหลายอย่างทั้งเตรียมห้อง เตรียมคนล้างไต และจะมีคนเอาน้ำยามาส่งทุกสัปดาห์ ส่วนฉันก็มีหน้าที่ช่วยล้างปล่อยน้ำเข้า น้ำออก ทำความสะอาดและเอาไปทิ้งลงโถส้วม...” (FCG-FD1)

4.1.3.3 ประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

มูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถจำแนกประเภทและปริมาณเฉลี่ยที่เกิดขึ้นตามลำดับ ดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่และแผ่นรองซับที่ปนเปื้อนปัสสาวะและอุจจาระ ร้อยละ 89.3 ถุงปัสสาวะที่ยังไม่เทปัสสาวะทิ้ง ถุงและน้ำยาฟอกไตที่ผ่านการฟอกไตทางช่องท้อง ร้อยละ 54.1 ขวดยา หลอดยา ขวดแก้ว ซองยา ยา และเวชภัณฑ์จากยาที่เหลือจากการรักษา ร้อยละ 41.5 ผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพที่ปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ร้อยละ 21.9 ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย ร้อยละ17.5 วัสดุของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ร้อยละ 13.5 และชิ้นส่วนของร่างกายที่เป็นผลมาจากการทำแผล หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 7.2 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน (n= 429)

ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน	จำนวน (ร้อยละ)
1.ชิ้นส่วนของร่างกายที่เป็นผลมาจากการทำแผล หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น ชิ้นเนื้อ เศษเนื้อเยื่อ	
มี	31 (7.2)
ไม่มี	398 (92.8)
2.วัสดุของมีคม เช่น เข็มฉีดยา เข็มอินซูลิน ใบมีด หลอดแก้ว ภาชนะมีคมที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง	58 (13.5)
มี	371 (86.5)
ไม่มี	
3.ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย	75 (17.5)
มี	354 (82.5)
ไม่มี	
4.ผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพที่ปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง เช่น สำลี ผ้าก๊อส ผ้าต่าง ๆ ขวดน้ำเกลือ สายน้ำเกลือ และท่อยาง	94 (21.9)
มี	335 (78.1)
ไม่มี	
5.ขวดยา หลอดยา ขวดแก้ว ซองยา ยา และเวชภัณฑ์จากยา ที่เหลือจากการรักษา	
มี	178 (41.5)
ไม่มี	251 (58.5)
6.ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่และแผ่นรองซับที่ปนเปื้อนปัสสาวะและอุจจาระ	
มี	383 (89.3)
ไม่มี	46 (10.7)

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน (n= 429) (ต่อ)

ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน	จำนวน (ร้อยละ)
7.ถุงปัสสาวะที่ยังไม่เทปัสสาวะทิ้ง ถุงและน้ำยาฟอกไตที่ผ่านการฟอกไตทางช่องท้อง	
มี	232 (54.1)
ไม่มี	197 (45.9)

นอกจากนั้นสามารถจำแนกประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ดังนี้

1) ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่และแผ่นรองซับที่ปนเปื้อนปัสสาวะและอุจจาระ เกิดจากการขับถ่ายของเสียของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งอุจจาระและปัสสาวะ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ 1 คน มีการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ เฉลี่ย 2-3 ชิ้นต่อคนต่อวัน นอกจากนั้นมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่เนื่องจากปัญหาการระคายเคือง การไม่คุ้นชิ้น จะมีการใช้แผ่นรองซับเพื่อรองรับปัสสาวะหรืออุจาระแทน ซึ่งมีปริมาณการใช้แผ่นรองซับ โดยเฉลี่ย 1-2 แผ่นต่อคนต่อวัน ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...หลัก ๆ ก็จะมี แพมเพิส วันละ 2-3 ชิ้น ช่วงกลางวัน 1 ชิ้น อาบน้ำเสร็จตอนเย็นเปลี่ยนให้อีก 1 ชิ้น บางวันกลางดึกถ้าถ่ายก็จะเปลี่ยนให้อีก 1 ชิ้น...” (FCG-ID)

“...คุณพ่อจะมีเปลี่ยนแพมเพิสวันละ 2-3 ชิ้น เช้า เย็น บางวันถ้ามีถ่ายก็จะเพิ่มอีกชิ้น มีทิชชู ทิชชูเปียก และผ้าเช็ดที่เปื้อนด้วย...” (FCG-ID)

“...คุณยายเป็นคนแก่ที่ใส่แพมเพิสไม่ได้ บอกว่าอึดอัด ไม่ยอมใส่เลย ฉันก็ต้องหาแผ่นมารองเพื่อไม่ให้เปื้อนที่นอน ไม่ให้เปื้อนผ้า...” (FCG-ID)

2) ผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพที่ปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง เช่น สำลี ผ้าก๊อส ผ้าต่าง ๆ ขวดน้ำเกลือ สายน้ำเกลือ และท่อยาง เกิดจากกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การการดูแลทำแผลผ่าตัด การดูแลทำความสะอาดแผลเจาะคอ การดูแลทำแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การมีสายน้ำเกลือและขวดน้ำเกลือในกรณีการดูแลแบบประคับประคองหรือการ

ดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยกิจกรรมการดูแลสุขภาพดังกล่าวเกิดขึ้นเฉพาะบางกรณีและเกิดขึ้นเฉพาะผู้สูงอายุบางคนเท่านั้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ตามีแผลที่ก้นกบยายก็จะล้างแผลให้เอง ก็ใช้ผ้าก๊อส สำลีชุบน้ำเกลือ ล้างแผลให้ทุกวัน จากแผลลึกๆก็ค่อย ๆ ตื้นขึ้นจนตอนนี้แผลดีขึ้นเยอะ...” (FCG-ID)

“...ก็จะมีบางช่วงถ้าเยี่ยวไม่ออกก็จะมีสายสวนปัสสาวะ แต่อันนี้จะมีพยาบาลออกมาสวนให้ หรือมีบางทีก็จะมาฉีดยาหรือให้น้ำเกลือหลวงตา แต่ส่วนใหญ่ก็จะเอากลับ รพ.สต.ด้วย จะมีบางอย่างที่ฝาก CG เผา เช่นสำลี ผ้าก็อสต่าง ๆ ถ้ามันเยอะ...” (FCG-ID)

“...มีผ้าก๊อสทำแผล สำลี ไม้พันสำลี น้ำยาล้างแผล มีถุงขยะที่ทิ้งน้ำยาล้างแผล มีพลาสเตอร์ติดแผล หรือบางทีมันก็เปื้อนที่นอนเปื้อนผ้าก็มี เวลาเราทำแผลถึงแม้จะทำทุกวันบางทีก็จะมีเศษหลุดออกมาจากแผล เป็นเศษหนังเล็ก ๆ เนื้อเยื่อแผลเล็ก ๆ ซึมติดก๊อสก็มี บางครั้งก็มีเลือดปนติดมา ช่วงก่อน ๆ ที่ทำแผลแผลยังไม่มีก็มีทั้งเลือดทั้งหนองปนออกมา แต่ตอนนี้แผลเริ่มแห้งก็จะไม่เปื้อนมาก...” (FCG-FD1)

3) วัสดุของมีคม เช่น เข็มฉีดยา เข็มอินซูลิน ใบมีด หลอดแก้ว ภาชนะมีคมที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เกิดจากกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งการดูแลสุขภาพจากผู้สูงอายุดูแลตนเอง ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และการดูแลรักษาที่บ้านจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ได้แก่ การฉีดอินซูลินโดยใช้เข็มอินซูลินและเข็มแบบปากกาอัตโนมัติ การใช้เข็มเจาะปลายนิ้ว การใช้เข็มฉีดยาเพื่อให้ยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่บ้าน การใช้ใบมีดกรีดระบายฝี หนอง ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...แม่ต้องฉีดยาเบาหวานทุกวัน แต่ก่อนใช้เป็นเข็มแบบเข็มอินซูลิน แต่เดียวนี้เป็นแบบปากกา จะหมุนดังแกร็ก ๆ แล้วก็ฉีดให้กับคุณแม่ทุกวัน...” (FCG-ID)

“...ฉันเคยดูแลม่ป่วยเป็นมะเร็งนอนโรงพยาบาลเป็นเดือน จนไม่ไหว พี่น้องเลยตัดสินใจกลับมาบ้าน ก็จะมีพวกสายน้ำเกลือ สายต่าง ๆ ติดมาด้วย พอมาอยู่บ้านแกปวดมากก็จะมีพยาบาลมาฉีดยาแก้ปวดให้ ดูแลจนถึงวาระสุดท้ายเลย...” (FCG-FD1)

“...ยายเป็นเบาหวานมาหลายปีแต่ก่อนกินยาอย่างเดียว แต่ทุกวันนี้ทั้งฉีด ทั้งเจาะเลือด ดูค่าน้ำตาล เขาบอกว่ามันขึ้น ๆ ลงๆ...” (FCG-ID)

“...เวลาโกนหนวด โกนเครา ทำความสะอาดก็ใช้ใบมีดโกน ค่อย ๆ โกนออก บางทีก็บาดมีเลือดไหล เพราะเรามองไม่เห็น ตาไม่ดี...” (FCG-ID)

4) ขวดยา หลอดยา ขวดแก้ว ซองยา ยา และเวชภัณฑ์จากยา ที่หมดอายุหรือเหลือจากการดูแลรักษาสุขภาพ มูลฝอยที่เกิดขึ้นมักพบในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานยาหรือใช้ยาไม่ถูกวิธี ได้แก่ การลืมรับประทานยา การหยุดยาเอง การเก็บสะสมยา การเก็บยาปะปนกับยาชนิดอื่น การใช้ยาร่วมกันกับบุคคลอื่นที่มีอาการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหายาเหลือ ยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ยาปะปนกับยาชนิดอื่น และการได้รับยาเหลือใช้จากบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังพบมูลฝอยและของเสียอันตรายที่เกิดจากเครื่องมือ อุปกรณ์การดูแลสุขภาพที่ชำรุด แตกหัก เสียหาย เช่น ปรอทวัดอุณภูมิแตกหัก เครื่องวัดระดับความดันโลหิตแบบใช้มือพังชำรุด ลูกสูบยางแดงที่ใช้ดูดน้ำลายหรือเสมหะมีรอยแตกรั่ว เป็นต้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...คุณพี่งตาเสียเมื่อไม่นาน ตอนนี้ดูแลแต่คุณยาย พวกยา ซองยา ยาเหลือ ห่อยาจากโรงพยาบาล เยอะมาก ฉันก็ไม่แน่ใจว่าเป็นของเสียหรือขยะแบบไหน เคยถาม อสม. อยู่ว่าจะเอาไปคืนเขาได้ไหม เพราะไม่รู้จะเก็บยังไง...” (FCG-ID)

“...ยายบอกว่ากินยาตัวนี้แล้วแพ้ เลยไม่กินอีกเลย หมอเอมาให้ก็ไม่กิน บอกหมอแล้วแต่หมอก้ไม่ได้เปลี่ยนให้ บอกว่าเป็นผลค้างเคียงยาเฉย ๆ ไม่ใช่อาการแพ้ แต่ยายไม่ยอมกินเลยต้องเก็บไว้แบบนี้ บางทีก็ทิ้งไปบ้างก็มี...” (FCG-ID)

“...พวกถ่านไฟฉาย ก้อนแบตเตอรี่ และปรอทวัดไข้ ก็มี ปรอทเคยตกแตกก็มี เพราะตอนที่พ่อป่วยหนักมีไข้ เราก็วัดไข้ตลอด คงเสียบที่รักแร้ไม่ดีก็เลยตกลงพื้นแตกออกเลย...” (FCG-FD1)

“...ยานี้ไม่เคยเอาไปคืนสักทีได้มาก็ยัดลงตะกร้า นาน ๆ ทีก็ค่อยมาแยกออกเก็บออก อันไหนหมดอายุก็เอาไปทิ้ง บางทีก็สุมไฟรวมกันกับขยะอื่น ๆ...” (FCG-ID)

5) ถุงปัสสาวะที่ยังไม่เทปัสสาวะทิ้ง ถุงและน้ำยาฟอกไตที่ผ่านการฟอกไตทางช่องท้อง มูลฝอยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะทั้งกรณีสวนปัสสาวะเพื่อระบายปัสสาวะทิ้งและกรณีที่สวนคาสายปัสสาวะ นอกจากนั้นยังพบผู้สูงอายุบางส่วนที่มีการฟอกไตทางช่องท้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดของเสียที่เกิดขึ้นจากการฟอกไตรวมทั้งถุงน้ำยาจากการฟอกไตเกิดขึ้นด้วย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ฉันดูแลแม่ที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ตอนแรกก็ว่าจะไม่ล้างเพราะกลัว แต่หมอมาแนะนำมาให้ความรู้แม่ก็เลยตัดสินใจล้างเองที่บ้าน มันก็จะมีขั้นตอนหลายอย่างทั้งเตรียมห้อง เตรียมคนล้าง

ไต และจะมีคนเอาน้ำยามาส่งทุกสัปดาห์ ส่วนฉันก็มีหน้าที่ช่วยล้างปล่อยน้ำเข้า น้ำออก ทำความสะอาดและเอาไปทิ้งลงโถส้วม…” (FCG-ID)

“…ตาใส่สายสวนเยี่ยวไว้ประจำ เพราะควบคุมไม่ได้ ไม่รู้สึกตัวเลย ส่วนของยายไปหาหมอสัปดาห์ก่อน ก็มีปัญหาเรื่องการกลั้นเยี่ยวจนหมอต้องใส่สวนไว้ให้เหมือนกัน ยายก็จะมัดถุงเยี่ยวติดขาไว้ เวลาเดินไปไหนมาไหนก็พอไปได้…” (FCG-ID)

6) ชิ้นส่วนของร่างกายที่เป็นผลมาจากการทำแผล หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น เศษชิ้นเนื้อ เศษเนื้อเยื่อ ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย มูลฝอยที่เกิดขึ้นนี้พบได้เป็นส่วนน้อยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่สามารถพบได้ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงมีการทำแผลซึ่งเป็นแผลขนาดใหญ่ มีความกว้างและลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือกระดูก ซึ่งส่วนมากจะมีเนื้อเยื่อและเศษชิ้นเนื้อเล็ก ๆ ติดออกมาตามสำลีหรือผ้าก๊อสที่ใช้ในการล้างแผล นอกจากนั้นยังพบในผู้สูงอายุที่มีฝี หนอง ที่ต้องมีการกรีดปากแผลเพื่อให้หนองระบายออกมา ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะมี เลือด หนอง สารคัดหลังปะปนออกมาด้วย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“…ถ้าจะบอกว่าเป็นชิ้นเนื้อ เศษเนื้อก็คงไม่เยอะขนาดนั้น แต่เท่าที่เห็นคือมันจะเป็นเหมือนขุย ๆ ตามผิวหนัง เป็นสะเก็ดดำ ๆ ลอกเป็นแผ่น ๆก็มี…” (FCG-FD1)

“…มีผ้าก๊อสทำแผล มีสำลี มีไม้พันสำลี มีน้ำยาล้างแผล มีถุงขยะที่ทิ้งน้ำยาล้างแผล มี พลาสเตอร์ติดแผล หรือบางทีมันก็เปื้อนที่นอนเปื้อนผ้าก็มี เวลาเราทำแผลถึงแม้จะทำทุกวันบางทีก็จะมีเศษหลุดออกมาจากแผล เป็นเศษหนังเล็ก ๆ เนื้อเยื่อแผลเล็ก ๆ ซึมติดก๊อสก็มี บางครั้งก็มีเลือดปนติดมา…” (FCG-FD1)

“…ขยะติดเชื้อที่เคยดูแลคุณยาย คือ ผ้าก๊อสล้างแผล สำลีลางแผล ก็จะมีพวกเลือด หนองติดไปด้วย…” (FCG-ID)

4.1.3.4 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าในแต่ละพื้นที่มีความหลากหลายทั้งขั้นตอนและวิธีการ บางขั้นตอนมีลักษณะคล้ายคลึงกันและบางขั้นตอนมีข้อแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนในการจัดการ รวมทั้งนโยบายและแนวปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ ซึ่งการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถสรุปขั้นตอนและวิธีการ ได้ดังนี้

1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เมื่อมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีถุงหรือภาชนะรองรับมูลฝอยดังกล่าว โดยมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียออกจากขยะทั่วไปประเภทอื่น ๆ จากนั้นมีการแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อก่อนการรวบรวมลงถุงหรือภาชนะรองรับ ได้แก่ 1) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม เช่น เข็มอินซูลิน เข็มเจาะปลายนิ้ว ใบมีดโกน เป็นต้น 2) มูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง เช่น สำลี ผ้าก๊อส ถุงมือยาง ท่อยาง ผ้าต่าง ๆ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ กระดาษชำระ กระดาษชำระแบบเปียก ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย และผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่ปนเปื้อน เป็นต้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ก็ต้องแยกเอาไปกำจัดต่างหาก ไม่ปะปนกัน ขยะขายได้ก็เก็บไว้ขาย ขยะเศษอาหารก็เอาไปทำปุ๋ยเอาให้หมูให้มากิน ขยะติดเชื้อก็ต้องแยกออกจากกันพวกเข็มแหลมก็เอาไว้ใส่กล่องใส่ขวด ส่วนอื่น ๆ ก็แยกออกเอาไปเผาทำลาย ไม่ให้สกปรก...” (FCG-FD1)

“...แพมเพิส ผ้าก๊อส ทิชชู หรือขยะที่อยู่ในกระโถนจะมัดรวมกันในถุงพลาสติก และเอาไปรวมกันในถุงดำใหญ่อีกครั้ง แยกออกจากกันกับขยะในบ้านอื่น ๆ ขยะจากคุณตาจะเอาออกไปที่นาแล้วค่อยเอาไปฝังที่นา...” (FCG-ID)

“...ถ้าเป็นขยะมีคม พวกเข็ม หรือที่เจาะปลายนิ้ว เขาจะให้แยกเอาใส่ขวดพลาสติกหรือกล่องพลาสติกหนา ๆ จะไม่ทิ้งรวมหรือปนกัน...” (FCG-ID)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในบางพื้นที่ยังพบว่ามีการดำเนินการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ ไม่มีการคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อทั้งประเภทมีคม ประเภทไม่มีคม และยาหรือเวชภัณฑ์หมดอายุ มีการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียปะปนกับมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ นอกจากนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับประเภท และการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ที่บ้านฉันไม่ได้แยกขยะออกจากกัน เพราะคิดว่ายังไงก็ต้องเอาไปเผารวมกันอยู่ดี แต่ก่อนนำไปทิ้งรวมกับขยะอื่น ๆ ฉันจะนำขยะติดเชื้อพวกนี้ใส่ถุงมัดให้ดีก่อน...” (FCG-FD1)

“...บางทีขยะที่เปื้อนมาก ๆ ฉันจะจับยัดรวมกันไปเลย ไม่ได้มานั่งแยกว่าเป็นประเภทไหนบ้าง” (FCG-FD1)

“...เวลาทำแผลจะทิ้งขยะในถังและมีถุงรองอีกชั้น ทิ้งรวมกันเลยไม่ได้แยกว่าอะไรเป็นอะไร ล้างแผลเสร็จก็จะมัดปากถุงแล้วเอาไปทิ้งรวมกับถุงขยะใหญ่ รอรถมารับเอาไปทิ้งอีกที” (FCG-ID)

“...ซองยา ยาเหลือ ยาเก่ากินไม่หมดก็จับทิ้งรวมกันไปเลย ไม่ได้เอาไปคืนที่โรงพยาบาล เพราะมันไม่ได้เยอะมาก เลยทิ้งรวมกันไปเลย” (FCG-ID)

“...เคยได้ยินอยู่ว่าต้องแยกขยะก่อนทิ้ง แต่ถ้าถามว่าแยกประเภทอะไรบ้างฉันก็ไม่รู้ เหมือนกัน ตอบไม่ถูกหรอก” (FCG-ID)

2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เป็นขั้นตอนภายหลังจากการแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เป็นวัสดุมีคมและมูลฝอยติดเชื้อที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่ง ผู้ดูแลจะนำมูลฝอยแต่ละประเภทมารวบรวมไว้ในถุงขยะหรือภาชนะรองรับ โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในขั้นตอนการรวบรวม ดังนี้

(1) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม เช่น เข็มอินซูลิน เข็มเจาะปลายนิ้ว ใบมีดโกน จะบรรจุรวบรวมลงในภาชนะที่หนาและแข็งแรง เช่น ขวดน้ำอัดลมพลาสติก กระปุกบรรจุยา กล่องพลาสติก และขวดแก้ว เป็นต้น วิธีการบรรจุรวบรวมจะนำมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมทิ้งลงในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ และรอจนกว่าวัสดุมีคมนั้นจะมีปริมาณเต็มภาชนะรองรับ

(2) มูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง เช่น สำลี ผ้าก๊อส ถุงมือยาง ท่อยาง ผ้าต่าง ๆ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ กระดาษชำระ กระดาษชำระแบบเปียก ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย และผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่ปนเปื้อน มูลฝอยติดเชื้อและของเสียดังกล่าวจะถูกห่อด้วยถุงพลาสติกหรือกระดาษก่อนอย่างน้อย 1 ชั้น จากนั้นจะนำไปรวบรวมในถุงขยะขนาดใหญ่หรือถังพักมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่มีขนาดใหญ่อีกครั้ง ลักษณะถุงขยะหรือภาชนะบรรจุจะมีความแตกต่างและหลากหลาย ได้แก่ ถุงขยะสีแดง ถุงขยะสีดำ ถุงพลาสติกใส ถุงกระสอบปุ๋ย ถังขยะสีดำ ถังสีทาบ้าน ถังใส่น้ำ ตะกร้าผ้า เป็นต้น โดยการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ปนเปื้อนเลือดสารคัดหลั่งก็จะมีวิธีการแตกต่างกัน ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...เก็บรวบรวมขยะ เช่น แพมเพิส ทิชชู และขยะที่เปื้อนน้ำลาย เสมหะ ห่อใส่ถุงพลาสติกเล็ก และรวมไว้ในถุงดำใหญ่อีกชั้น มัดปากถุงให้ดี...”(FCG-ID)

“...เก็บรวบรวมกันไว้กับขยะทั่วไป รวมกันทั้งสัปดาห์แล้วนำไปทิ้งที่จุดทิ้งขยะ (กองขยะเทศบาล) จะเอาไปทิ้งรวมกันที่นั้นทุกขยะ แต่ก่อนเขาให้ทิ้งได้แต่ตอนนี้ขยะมันล้น เขาจะห้ามทิ้งหรือถ้าจะทิ้งต้องเอาเข้าไปทิ้งลึก ๆ เข้าไปอีก แต่ก็เหม็นมาก...” (FCG-ID)

“...ก่อนเอาไปเผาก็จะมีถุงดำรวมกันไว้ก่อน พอมีขยะ เช่น เปลี่ยนแพมเพิส เช็ดขี้เช็ดเยี่ยวเสร็จ ก็จะมัดใส่ถุงพลาสติกไว้ก่อนแล้วค่อยเอาไปรวมกันในถุงดำหรือบางทีก็เป็นถุงปุ๋ยบ้านเรานี้แหละ รวมกันไว้พอมันเต็มถุงค่อยเอาออกไปเผาที่นา แต่บางทีถ้าเผาขยะอื่น ๆ ที่หน้าบ้านก็เผาขยะพวกนี้ไปด้วยเลย...” (FCG-ID)

“...เก็บขยะรวมกันทั้งแพมเพิสยายทั้งแพมเพิสหลานรวมกันเอาไปเผาที่นา...”(FCG-FD1)

นอกจากนั้นการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลายพื้นที่ยังพบว่ามีการเก็ยรวบรวมยังไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้ภาชนะรองรับหรือภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสีย ไม่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น การบรรจุในถุงกระสอบปุ๋ย การบรรจุในถุงพลาสติกทั่วไป การเก็บบรรจุในถุงขยะที่ไม่มีฝาปิดมิดชิด รวมทั้งขาดการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์และภาชนะรองรับมูลฝอยมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ถูกต้องเหมาสม เช่น ถุงรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ถังหรือกล่องพลาสติกหนาทึบสำหรับรองรับมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนั้นยังพบว่ามีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียสะสมไว้ ในครัวเรือนเป็นระยะเวลานานก่อนการขนย้ายไปกำจัด และการมีสถานที่ในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียภายในบ้านไม่เหมาะสมไม่เหมาะสม เช่น เก็บรวบรวมไว้ใกล้สถานที่ประกอบอาหาร หรือที่พักอาศัย การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ในที่ที่มีสัตว์มาคุ้ยเขี่ย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่มและข้อมูลจากการสังเกตที่ว่า

“...ส่วนใหญ่ก็จับยัดใส่ถุงปุ๋ย รอจนขยะเต็มค่อยเอาไปเผา บางทีก็นานเป็นสัปดาห์... ” (FCG-ID)

“...ที่บ้านฉันจะเก็บใส่ถุงพลาสติกทั่วไป ไม่มีถุงขยะแดงหรอก ใส่ถุงพลาสติกที่หาได้ทั่วไปแล้วเอาไปรวมไว้ในถังอีกที เป็นถังสีทาบ้านที่ไม่ได้ใช้งาน ฉันเลยเอามาใส่ขยะพวกนี้...” (FCG-FD1)

“...หายากอยู่หรอกคะที่บ้านไหนจะทิ้งขยะติดเชื้อในถุงสีแดง ส่วนใหญ่ใส่ถุงพลาสติกทั่วไปถุงปุ๋ย ดีหน่อยก็มีถุงขยะสีดำ...” (FCG-FD1)

“...ไม่รู้ว่าต้องเก็บหรือบรรจุอย่างไร แต่ที่ทำเป็นประจำคือรวมขยะในถุงใหญ่จนเต็มแล้วค่อยมัดปากก่อนนำไปเผา...” (FCG-ID)

“...ฉันวางถังขยะทั้งติดเชื้อไม่ติดเชื้อไว้ข้างกันตรงนี้ (ชี้ไปที่บริเวณห้องครัว มีถังขยะและถุงใส่ขยะติดเชื้อวางอยู่ใกล้ ๆ เตาไฟและอ่างล้างชาม) วางตรงนี้มันสะดวกเวลาเอาไปเผาก็จับรวมกันขึ้นรถซาเล้งไปเลย...” (FCG-ID)

“...ฉันเอาขยะติดเชื้อรวมกันใส่ถุงวางไว้ข้างบ้าน กองรวมกันไว้กับขยะอื่น ๆ ด้วย บางทีก็ไม่หมามาคุ้ย มีไก่มาจิกกัดก็มี ตอนนี้ฉันยังไม่มีที่จะเอาไปรวมกันไว้...” (FCG-FD1)

3) การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียสามารถแบ่งได้หลายลักษณะ ได้แก่ การขนย้ายโดยใช้รถจักรยานยนต์หรือรถจักยานยนต์พ่วงข้าง การขนย้ายด้วยรถยนต์ทั้งรถกระบะและรถเก๋ง การขนย้ายโดยใช้รถเข็น และการขนย้ายโดยใช้วิธีการหาบและการหิ้ว เพื่อขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียไปรวบรวมในสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อหรือนำไปกำจัดเองที่ไร่นาของแต่ละคน

การขนย้ายส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ทำการขนย้ายไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว รองเท้าบูท เป็นต้น นอกจากนั้นการทำความสะอาดยานพาหนะภายหลักการขนย้ายขยะ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการล้างทำความสะอาดยานพาหะนะ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...น้องชายจะเป็นคนเอาขยะคุณตาออกไปฝังที่นาทุกวัน เอาถุงขยะใส่แฮนด์รถมอเตอร์ไซด์ ขับออกไปที่นาทุกวัน...” (FCG-FD1)

“...วันไหนที่ต้องเข้าไปตลาดหรือในเมืองก็จะเอาขยะพวกนี้ติดหลังรถกระบะไปด้วย... ” (FCG-FD1)

“...ยายก็เอาขยะใส่ถุงแล้วก็หาบออกไปนาประจำ ถ้าไม่เยอะก็หิ้วใส่ถัง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง แล้วแต่ว่าจะมีขยะมากหรือน้อย...” (FCG-ID)

“...เอาขยะขึ้นรถเข็นแล้วก็เข็นออกไปสวน เอาไปจัดการที่สวนท้ายบ้าน...” (FCG-ID)

“...ตอนขนขยะไปก็ใส่ชุดปกติธรรมดา ไม่ได้ใส่ถุงมือ หน้ากากก็ไม่ได้ใส่ ขนออกไปไม่ไกลยายก็ไม่ได้ใส่อะไร” (FCG-ID)

“...ตอนขนขยะไม่ได้ใส่ถุงมือ แต่บางครั้งตอนที่เปลี่ยนแพมเพิสก็จะใส่...” (FCG-ID)

“...ไม่ได้ล้างทำความสะอาดทันที ส่วนใหญ่ก็รอล้างรถครั้งเดียวเลย เพราะมันก็ไม่ได้เปื้อนหรือสกปรกมาก...” (FCG-FD1)

4) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในแต่ละพื้นที่การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับนโยบาย ระเบียบ ข้อตกลงของทางชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทำข้อตกลงร่วมกันไว้ ซึ่งสามารถแยกการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การกำจัดโดยการรวบรวมขยะประเภทวัสดุมีคมและมูลฝอยติดเชื้อที่มีการปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ไปรวบรวมไว้ที่สถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ภายใน รพ.สต. เพื่อรอรถของทางโรงพยาบาลมาเก็บรวบรวมและนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี และการกำจัดโดยการจัดการเอง ณ ครัวเรือน ได้แก่ การเผา การฝัง ในพื้นที่ไร่ นาของตนเอง โดยการเผาส่วนใหญ่จะเผากองบนพื้นดินไม่มีภาชนะรองรับ นอกจากนั้นมีบางส่วนที่ขุดหลุมสำหรับเผามูลฝอยติดเชื้อ และก่อนการเผามีบางส่วนที่จะนำมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากโดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูปมาผึ่งแดดให้แห้งก่อนนำไปเผา ส่วนวิธีการฝังส่วนใหญ่จะขุดหลุมฝังในบริเวณที่สวนหรือไร่นา บางส่วนฝังใต้โคนต้นไม้เพราะเชื่อว่าสามารถอุ้มน้ำได้ดีและสามารถย่อยสลายเป็นปุ๋ยได้เอง ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ถ้าเป็นพวกเข็มหรือของมีคมฉันจะแยกเอาไปทิ้งที่ รพ.สต. แต่ถ้าเป็นขยะอื่น ๆ จะใส่ถุงรวมกันแล้วเอาไปเผาที่นา เพราะหมู่บ้านเราไม่ให้เผาในเขตหมู่บ้าน ต้องเอาออกไปเผานาตัวเอง...” (FCG-ID)

“...หมู่บ้านเรามีข้อตกลงให้แต่ละบ้านที่มีขยะติดเชื้อให้ดำเนินการเผาหรือกำจัดกันเอง ซึ่งทราบว่าขยะบางส่วนต้องนำไปรวมที่ รพ.สต. เช่นเข็ม ผ้าก๊อสเปื้อนเลือดเปื้อนหนอง แต่ถ้าเป็นขยะติดเชื้ออื่น ๆ ให้แต่ละบ้านเอาออกไปเผาที่ไร่นาของตนเอง ไม่ให้เผาในเขตหมู่บ้าน...” (FCG-FD1)

“...บ้านฉันเผาเองทั้งหมดเลยค่ะ บางทีก็เผารวมกันกับขยะอื่น ๆ เพราะถ้าจะเผาเฉพาะแพมเพิสอย่างเดียวมันไหม้ไม่หมด...” (FCG-ID)

“...หมู่บ้านเรามีแต่เผาทั้งนั้นครับ ไม่รู้จะให้กำจัดยังไง ถ้าเอาไปทิ้งก็กลัวหมาหรือสัตว์ไปคุ้ยเขี่ย เผาให้หมดไปเลยก็สบายใจดี...” (FCG-FD1)

“...เท่าที่รู้มามีบางบ้านเอาไปฝังใต้ต้นกล้วย ต้นมะพร้าว เพราะเชื่อว่ามันจะอุ้มน้ำได้ดีและจะสลายเป็นปุ๋ยได้...” (FCG-FD1)

“...มีบางบ้านก็ฝัง บางบ้านก็เผาครับ แต่ส่วนใหญ่คือกองบนพื้นแล้วเผาทั่วไปนิละครับ ผมเคยเผาในทอปูนซีเมนต์ ไม่นานท่อปูนก็แตก เลยเผากองบนดินไปเลย...” (FCG-FD1)

“...ก่อนเผาฉันจะเอาแพมเพิสที่ไม่เปื้อนมากมาผึ่งแดดให้แห้งก่อน แล้วค่อยเอาไปเผา เพราะถ้าเผาเลยมันจะไหม้ไม่หมด...” (FCG-ID)

“...ที่ทุ่งนาฉันมันจะมีหลุมสำหรับเอาไว้เผาขยะ เป็นหลุมไม่ลึกมากกว้างประมาณ1-2 เมตร ฉันขุดไว้เผาขยะเพื่อไม่ให้มันปลิวหรือฝุ่นขี้เถ้ามันฟุ้งกระจาย...” (FCG-FD1)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถสรุปสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาอุปสรรคและการจัดการในแต่ละพื้นที่ที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เป็นไปตามมาตรฐานในแต่ละขั้นตอน ได้ดังตารางที่ 4

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 4 ขั้นตอน สถานการณ์ การจัดการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและปัญหาอุปสรรคในการจัดการฯ
1. การคัดแยก	-มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมออกจากมูลฝอยติดเชื้อประเภทอื่น ๆ -มีการทิ้งรวมมูลฝอยติดเชื้อรวมกับมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ ในครัวเรือน -มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อภายในครัวเรือน แต่มีการทิ้งรวมกันเมื่อมีรถขยะมารับมูลฝอย -ไม่รู้ว่ามูลฝอยติดเชื้อและของเสียมีกี่ประเภท -รู้ว่าควรแยกมูลฝอยก่อนนำไปกำจัดแต่ไม่รู้วิธีการคัดแยก -ไม่รู้วิธีการป้องกันตนเองที่ถูกต้องในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	-การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯยังไม่ได้ประสิทธิภาพ เช่น ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียปะปนกับมูลฝอยทั่วไป -มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับประเภท และการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ -มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ณ ครัวเรือน แต่มีการเก็บรวบรวมเพื่อนำไปกำจัดรวมกัน
2. เก็บรวบรวม	-เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมบรรจุในขวดพลาสติกหรือขวดแก้ว รอจนเต็มขวดจึงขนย้ายไปกำจัด -เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ในภาชนะต่าง ๆ ได้แก่ ถังพลาสติกเปิดฝา ถุงปุ๋ย ถุงกระสอบ ถุงพลาสติกขนาดใหญ่ ซึ่งจัดหาภาชนะรองรับเองตามที่มีในแต่ละครัวเรือน	-ภาชนะรองรับหรือภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสีย ไม่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักการจัดการฯ -ขาดการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงขยะ ถังหรือกล่องพลาสติกหนาทึบรองรับมูลฝอยติดเชื้อ -การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯไว้ ณ ครัวเรือนเกินระยะเวลา

ตารางที่ 4 ขั้นตอน สถานการณ์ การจัดการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและปัญหาอุปสรรคในการจัดการฯ
	-พื้นที่หมู่บ้านอยู่ห่างไกลจากสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้ต้องเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้จนมีปริมาณมากก่อนนำไปกำจัด -สถานที่เก็บรวบรวม เก็บรวบรวมภายในที่พักอาศัย ใกล้แหล่งประกอบอาหาร -สถานที่เก็บรวบรวม มีสัตว์ แมลงมาคุ้ยเขี่ยมูลฝอยติดเชื้อ -ไม่ทราบวิธีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะวิธีการมัดรวมและการเขียนป้ายติดกำกับ	-สถานที่ในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียไม่เหมาะสม -มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในขั้นตอนการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ
3. การขนย้าย	-ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมไปรวมกันที่สถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต. -ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ไปกำจัดเองในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ที่สวน ที่นา พื้นที่สาธารณะ โดยใช้วิธีการขนย้าย ได้แก่ การหิ้ว การหาบ ขนย้ายโดยรถเข็น รถมอเตอร์ไซด์ รถมอเตอร์ไซด์พ่วงข้าง หรือรถยนต์	-วิธีปฏิบัติการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด -มีการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯไปทิ้งอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม -ไม่มีการทำความสะอาดยานพาหนะในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯภายหลังการขนย้าย -มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับวิธีการดูแลและป้องกันตนเองในขณะขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ

ตารางที่ 4 ขั้นตอน สถานการณ์ การจัดการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและปัญหาอุปสรรคในการจัดการฯ
	-ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ไปทิ้งในที่สาธารณะและแหล่งพักรวมมูลฝอยอื่น ๆ ในต่างพื้นที่ เช่น ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯไว้ข้างถนน ทิ้งในพื้นที่บุคคลอื่น ทิ้งในถังขยะตามปั๊มน้ำมันหรือจุดทิ้งขยะในเขตเมือง และขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียไปทิ้งรวมที่สถานีกำจัดขยะในแต่ละพื้นที่ -ส่วนใหญ่ไม่มีการทำความสะอาดยานพาหนะที่ใช้ในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ -ไม่รู้วิธีป้องกันตนเองขณะขนย้าย	
4. สถานที่พักรวมก่อนนำไปกำจัด	-มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมรวบรวมไว้ที่สถานที่พักรวม ก่อนที่จะมีรถจากบริษัทมารับไปกำจัด -นำมูลฝอยติดเชื้อมาไว้โดยไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแล -วางหรือแขวนมูลฝอยติดเชื้อ ไว้ด้านนอกอาคารพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เสี่ยงต่อการคุ้ยเขี่ยของสัตว์ -ไม่มีการจดบันทึกหรือรายงานข้อมูลการนำมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสียฯ มาเก็บรวมไว้ในสถานที่พักรวม	-รพ.สต.มีอาคารพักรวมมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามมาตรฐาน แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับระบบการจัดเก็บ การนำส่งและการรวบรวมมูลฝอยมูลฝอยติดเชื้อ -รพ.สต.สามารถรองรับได้เฉพาะมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม -ขาดการบันทึกข้อมูลและการรายงานผลการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ที่มาจากแหล่งกำเนิดจากครัวเรือน

ตารางที่ 4 ขั้นตอน สถานการณ์ การจัดการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและปัญหาอุปสรรคในการจัดการฯ
5. การกำจัด	-มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมนำไปฝาก รพ.สต.กำจัด โดยจะมีรถจากบริษัทรับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมารับไปกำจัดอย่างถูกวิธี -มูลฝอยติดเชื้อประเภทอื่น ๆ แต่ละครัวเรือนดำเนินการกำจัดด้วยตนเอง ได้แก่ การเผา การฝัง การทิ้งปะปนรวมกับมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ การนำไปทิ้งในที่สาธารณะ การลักลอบทิ้ง -การเผา ส่วนใหญ่เผาในที่โล่งแบบกองบนพื้น ในที่ไร่ นา สวนของแต่ละครัวเรือน มีบางส่วนเผาในเขตที่พักอาศัยของตนเอง -การฝัง ส่วนใหญ่มีการฝังในที่ไร่ นา สวนของแต่ละครัวเรือน โดยมีการฝังในพื้นโล่งและพื้นที่ใต้ต้นไม้ -รู้ว่ามูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ต้องมีการกำจัด แต่ไม่รู้วิธีที่ถูกต้องเหมาะสมว่าควรกำจัดอย่างไร	-การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด -มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ โดยการลักลอบทิ้งและการทิ้งปะปนกับมูลฝอยทั่วไป -ขาดเทคโนโลยีในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ -ขาดแนวทางหรือข้อกำหนดที่เหมาะสมในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างถูกวิธี -มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างถูกวิธี

4.1.3.5 นโยบาย แหล่งทรัพยากร สิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชนจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนสามารถแบ่งตามที่มาของนโยบายได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) นโยบายที่มาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีนโยบายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยกำหนดนโยบายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นบทบาทหน้าที่การดูแลร่วมกันระหว่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งแต่ละฝ่ายจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน โดยบทบาทการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การรวบรวม และการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากครั้งเรือน จะเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับผู้ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (CG) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมและมูลฝอยติดเชื้อที่มีการปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เลือด หนอง แล้วนำมารวบรวม ณ สถานพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีหน้าที่ดำเนินการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อในระหว่างที่มีเจ้าหน้าที่เก็บรวมและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากทางโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายมาขนย้ายมูลฝอยเพื่อนำไปรวบรวมและกำจัดโดยบริษัทเอกชนต่อไป 2) นโยบายที่มาจากหน่วยงาน องค์กรส่วนท้องถิ่นและชุมชนร่วมกันกำหนดนโยบาย ระเบียบหรือข้อตกลงในชุมชน ได้แก่ การกำหนดให้แต่ละครัวเรือนมีการจัดการมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดต้นทาง โดยมุ่งเน้นที่การจัดการขยะเปียก ขยะรีไซเคิล และขยะมีพิษ แต่การจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีแนวนโยบายที่คล้ายคลึงกันของทุกพื้นที่ คือ กำหนดให้เป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละครัวเรือนที่มีมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับผู้ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (CG) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติเชื้อเอง โดยแต่ละชุมชนจะมีการกำหนดการกำจัดมูลฝอยที่แตกต่างกัน เช่น มีการกำหนดห้ามเผามูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่หมู่บ้านที่มีประชาชนอาศัยโดยทำข้อตกลงให้สามารถกำจัดมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ส่วนบุคคลที่ห่างไกลบ้านเรือน เช่น ที่สวน ที่นา ไร่ หรือพื้นที่ส่วนบุคคล นอกจากนั้นในบางพื้นที่มีการให้คำแนะนำและกำหนดให้มีการฝังกลบมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อ เช่น มูลฝอยประเภทผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ กระดาษชำระที่ปนเปื้อน โดยมีการขุดหลุมใต้โคนต้นไม้และนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปลงไปฝังเพราะมีความเชื้อว่าผ้าอ้อมสำเร็จรูปจะสามารถซึมซับและอุ้มน้ำได้ดี ทำให้ต้นไม้หรือพืชผลทางการเกษตรเติบโตและได้ผลผลิตดี ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...การดำเนินการจัดการขยะและขยะติดเชื้อในชุมชนของเรามีที่มาหลัก ๆ 2 ส่วน คือ การดำเนินการในส่วนของ อบต.และท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการ โดยส่วนใหญ่เป็นการจัดการขยะทั่วไป ขยะอันตราย ในส่วนขยะติดเชื้อจะเป็นฝั่งสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล หรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขดูแลรับผิดชอบ เช่น รพ.สต. กลุ่ม อสม. และCG จะดำเนินการจัดการขยะติดเชื้อหรือขยะจากผู้ป่วย...” (PG- FD1)

“...ในส่วน อบต.ของเราเองแล้วก็ดำเนินงานด้านการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนมาอย่างต่อเนื่องครับ เพราะทางอำเภอเราถือเป็นนโยบายเร่งด่วน โดยท่านนายอำเภอเป็นผู้ดูแลกำกับเอง อบต.เราก็สนองตอบนโยบาย โดยมุ่งเน้นการจัดการขยะที่ต้นทาง ไม่ว่าจะเป็นการคัดแยกขยะ การกำจัดขยะ การทำธนาคารขยะ และกิจกรรมอื่น ๆ อีกหลายกิจกรรม แต่ในส่วนขยะติดเชื้อและขยะที่เกิดจากการดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนในหมู่บ้านเองแล้ว ที่ผ่านมาก็เป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าของบ้านร่วมกับกลุ่ม อสม.หรือกลุ่มผู้ดูแล โดยมี รพ.สต.เป็นผู้ควบคุมกำกับครับ... ” (PG-FD1)

“...นโยบายหรือข้อตกลงร่วมกันในชุมชนเราก็มีครับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะหรือขยะติดเชื้อต่าง ๆ อย่างหมู่บ้านผมกำหนดให้แต่ละครัวเรือนต้องดูแลจัดการขยะที่เกิดขึ้นในบ้านตนเอง ในทุกประเภทครับ และมีการแยกขยะก่อนนำไปกำจัดหรือนำไปขายเป็นขยะรีไซเคิล ขยะอื่น ๆ เช่น ขยะเปียกในทุกครัวเรือนต้องมีการขุดหลุมขยะ ส่วนขยะติดเชื้อนี้ก็เข้าใจว่าต้องนำไปทิ้งที่ รพ.สต. หรือไม่อย่างนั้นต้องเอาไปกำจัดเอง เช่น นำไปฝัง หรือนำไปเผา และมีการกำหนดด้วยว่าต้องไม่เผาขยะในเขตชุมชนหรือที่มีบ้านเรือนอาศัยอยู่ครับ... ” (PG- FD1)

แหล่งทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยส่วนใหญ่พบว่าแหล่งทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนมาจากหน่วยงานและองค์ในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแหล่งทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนหลักในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น การสนับสนุนให้ความรู้ให้คำแนะนำและจัดให้มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัด สนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงมือ ถุงรองรับมูลฝอยติดเชื้อ และสถานที่พักรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนั้นมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเป็นแหล่งทรัพยากรและสนับสนุน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและการจัดกิจกรรมในแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...การจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนของเรา ส่วนใหญ่ดำเนินการเองในแต่ละครัวเรือน โดยครัวเรือนไหนที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยต่าง ๆ จะต้องดำเนินการเองค่ะ บ้านไหนที่พอมีกำลังทรัพย์หรือมีฐานะหน่อย ก็จะมีการจัดหาถุงขยะ ถังขยะ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ มาจัดเก็บรองรับขยะ ส่วนครัวเรือนไหนไม่สามารถจัดการได้ทาง รพ.สต.ของเราก็จะมีอุปกรณ์เล็กน้อย ๆ สนับสนุน เช่น ถุงมือ เซตทำแผล สำลี ถุงขยะ หรือถังขยะต่าง ๆ ไว้รองรับขยะติดเชื้อ...” (PG- FD1)

“...อุปกรณ์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ได้มาจาก รพ.สต.ค่ะ จะมีอสม. และผู้ดูแลเบิกมาให้เป็นประจำ เช่น ถุงขยะ ถุงมือ สำลี น้ำยาล้างแผล หรืออุปกรณ์ทำแผลต่าง ๆ...” (FCG- FD1)

“...ในส่วนการสนับสนุนในการจัดการขยะในชุมชนเองแล้ว ทาง อบต.เราก็พร้อมสนับสนุนเต็มที่ครับเพียงแต่เราอาจไม่มีข้อมูลความต้องการในจุดนี้ว่าต้องการสนับสนุนอะไรบ้าง และในช่วงการทำแผนปีงบประมาณ เราจะได้มีการทำแผนให้ครอบคลุมในส่วนนี้ด้วยครับ ซึ่งตอนนี้เราจะสามารถสนับสนุนได้บางรายการ เช่น ถุงขยะ หรือถังรองรับขยะเท่านั้นครับ...” (PG- ID)

ปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ผ่านมายังพบปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) งบประมาณที่สนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังมีอย่างจำกัดโดยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่จะต้องดำเนินการด้านนี้ 2) ขาดแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 3) บุคลากร เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 4) ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม 5) การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ชัดเจนโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายไม่สามารถรองรับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อได้ทุกประเภทเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณในการกำจัดอย่างถูกวิธี

ความต้องการและการช่วยเหลือในการจัดการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงมือ ถุงรองรับมูลฝอยติดเชื้อ และระบบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนั้นมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติและการดูแลตนเองในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี เนื่องจากที่ผ่านมายังขาดความมั่นใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกวิธี รวมถึงความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม ส่วนผู้นำ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มีความพร้อมและความสนใจในการสนับสนุนด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยมีความต้องการเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้และแนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ รวมทั้งมีความต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการจัดการมูลฝอยอื่น ๆ และมูลฝอยติดเชื้อ มาร่วมมือเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื่อร่วมกันในชุมชน ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ว่า

“...ในมุมมองของผม ผมมองภาพรวมเกี่ยวกับปัญหาการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน ว่าคนส่วนใหญ่ยังมองเป็นปัญหาเล็ก ๆ ที่จัดการได้ เพราะขยะเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเฉพาะบางครัวเรือนที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ไม่มีข้อมูลภาพรวมว่าปัญหาขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในภาพรวมนั้นเป็น

อย่างไร ดังนั้นสิ่งที่ต้องการคือ ต้องทำให้คนในชุมชนรับรู้ถึงข้อมูลปัญหา พร้อมทั้งมีแนวทางการจัดการกับปัญหาที่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การจัดการที่ถูกวิธี และเชื่อว่าทุกคนจะให้ความร่วมมือที่ดีครับ ...” (PG- FD1)

“...ปัญหาของฉันก็ไม่รู้จะว่ายังไง ก็มีเรื่องอยากให้ทางผู้เกี่ยวข้องเข้ามาสนับสนุน เรื่องถุงมือ ถุงขยะ หรือหาวิธีมากำจัดขยะพวกนี้ให้ถูกวิธีเท่านี้ล่ะคะที่ฉันต้องการ...” (FCG- FD1)

“...อย่างที่นำเรียนไปก่อนนี้แล้วเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการจัดการ อาจเป็นปัญหาหรือข้อที่เราจะต้องนำกลับไปทบทวนและพัฒนา ส่งเสริม สนับสนุนในการจัดการให้มากยิ่งขึ้นครับ...” (PG- FD1)

“...ฉันมองเห็นความไม่ชัดเจนในการปฏิบัติที่ถูกต้องว่าสิ่งที่ฉันทำหรือคนอื่น ๆ ทำ ในการกำจัดขยะติดเชื้อเหล่านี้เป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักการหรือไม่ ฉันเองก็ไม่มั่นใจ ไม่กล้ายืนยันเหมือนกัน เช่น การเผาขยะสามารถทำเองได้ไหม หรือถ้าทำได้ต้องเผาอย่างไรให้ถูกวิธี ในจุดนี้ฉันอยากให้มีการพัฒนาแนวทางให้มีความชัดเจนและสามารถในไปปฏิบัติได้ให้เข้ากับชุมชนของเราได้อย่างจริงจังค่ะ...” (PG- ID)

“...ในส่วนของ รพ.สต.เองแล้วก็มีปัญหาและข้อจำกัดในการจัดการขยะติดเชื้ออยู่หลายอย่าง เช่น รพ.สต.เราเองสามารถรองรับได้เฉพาะขยะติดเชื้อบางประเภท เช่น พวกเข็มฉีดยา ของแหลมคม หรือขยะติดเชื้อที่เกิดจากการให้บริการใน รพ.สต.เองเท่านั้น ขยะติดเชื้ออื่น ๆ ที่เกิดขึ้นตามครัวเรือนเราก็ยังไม่สามารถจัดการได้ ทั้งเกิดปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการกำจัดเองและปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรที่รับผิดชอบในการจัดการสิ่งเหล่านี้ ดังนั้นสิ่งที่ รพ.สต.ต้องการคือ ความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจของทุกภาคส่วนในการจัดการกับปัญหาและหาแนวทางในการจัดการร่วมกัน... ” (PG- FD1)

“...ฉันก็อยากรู้วิธีการกำจัดที่ถูกต้องว่าต้องทำยังไง ฉันไม่รู้ว่าที่ทำอยู่ทุกวันนี้ถูกต้องไหม อยากให้มาสอนหรือมาให้ความรู้เกี่ยวกับการกำจัดที่ถูกวิธี...” (FCG- FD1)

“...ถ้าเป็นไปได้อยากให้พัฒนาเตาเผาขยะเหล่านี้ของชุมชนเราด้วยครับ...” (FCG- FD1)

4.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับ ดี ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ร้อยละ 97.9 (Mean = 11.02, SD = 1.37, Min = 5, Max = 14) แปลผลอยู่ในระดับดี ด้านเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

ในชุมชน ร้อยละ 79.3 (Mean = 8.51, SD = 1.37, Min = 5, Max = 13) แปลผลเห็นด้วยมาก และด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ร้อยละ 90.0 (Mean = 9.75, SD = 1.82, Min = 1, Max = 13) แปลผลอยู่ในระดับ ดี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=429)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ (Mean = 11.02, SD = 1.37, Min = 5, Max = 14)	
ระดับดี	419 (97.7)
ระดับไม่ดี	10 (2.3)
เจตคติ (Mean = 8.51, SD = 1.37, Min = 5, Max = 13)	
เห็นด้วยมาก	340 (79.3)
เห็นด้วยน้อย	89 (20.7)
การปฏิบัติ (Mean = 9.75, SD = 1.82, Min = 1, Max = 13)	
ระดับดี	386 (90.0)
ระดับไม่ดี	43 (10.0)

ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกสูงสุด ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม ได้แก่ สำลี ผ้าพันแผล ผ้าก๊อส และการเก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ควรเก็บเวลากลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี ร้อยละ 98.6 รองลงมาคือ มูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรคจากการติดเชื้อได้ ร้อยละ 97.9 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ เชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแพร่กระจายลงสู่แหล่งน้ำและพื้นดินได้ ร้อยละ 2.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ (n=429)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.มูลฝอยติดเชื้อ คือ มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค เช่น เลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย	15	3.5	414	96.5
2.เชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแพร่กระจายลงสู่แหล่งน้ำและพื้นดินได้	12	2.8	417	97.2
3.มูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรคจากการติดเชื้อได้	420	97.9	9	2.1
4.การคัดแยกมูลฝอย ต้องมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ ก่อนการนำไปกำจัด	392	91.4	37	8.6
5.มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของมีคม ได้แก่ เข็ม ใบมีด หลอดแก้วแตกหัก	401	93.5	28	6.5
6.มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของไม่มีคม ได้แก่ สำลี ผ้าพันแผล ผ้าก๊อส	423	98.6	6	1.4
7.การเก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ควรเก็บเวลากลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี	423	98.6	6	1.4
8.ที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนต้องเป็นวัสดุ ที่ทนทานแข็งแรง มีข้อความแสดงชัดเจน มีหูหิ้ว มีฝาปิดมิดชิดและสามารถทำความสะอาดได้ง่าย	409	95.3	20	4.7
9.การเก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงขยะติดเชื้อสีแดงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	415	96.7	14	3.3
10.การเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของ กล่องภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	407	94.9	22	5.1
11.การเก็บมูลฝอยติดเชื้อไม่ควรเก็บเกิน 10 วัน ในอุณหภูมิห้องปกติ	390	90.9	39	9.1
12.สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับมูลฝอยทั่วไปได้	316	73.7	113	26.3

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ (n=429) (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13.มูลฝอยติดเชื้อกำจัดได้โดยการฝังกลบที่บ้านผู้ป่วย	389	90.7	40	9.3
14.ผู้เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลก็ได้	21	4.9	408	95.1
15.สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ อยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด มีประตูปิดมิดชิดทำความสะอาดได้ง่าย	365	85.1	64	14.9

เจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อตามค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ระดับความเห็นด้วยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.15, SD=0.25) โดยรายข้อพบว่า ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด คือ คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้องนั้นทำได้ยาก (M=4.51, SD=0.87) ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ คิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอจะช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อได้มากขึ้น (M=1.31, SD=0.67) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อ (n=429)

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วย		
	Mean	SD	แปลผล
1.คิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด	4.35	0.89	มาก
2.คิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอจะช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อได้มากขึ้น	1.31	0.67	น้อยที่สุด
3.คิดว่ามูลฝอยติดเชื้อ ต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสม มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้	1.89	0.39	น้อย
4.คิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัย	1.82	0.08	น้อย
5.คิดว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครอบครัวและชุมชนควรอาศัยผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามาร่วมดูแลและแก้ไขปัญหาร่วมกัน	2.25	0.37	น้อย
6.คิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้ง สามารถใช้ปากถุงมัดกันแทนเชือกได้	4.25	0.36	มาก
7.คิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป	4.09	0.20	มาก
8.คิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื้อกลางแจ้งไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม	2.00	0.27	น้อย
9.คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นหน้าที่ของ อสม. ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อบต.เพียงเท่านั้น	4.35	0.06	มาก
10.คิดว่าการแยกประเภทมูลฝอยเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลาและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์	3.59	0.34	มาก
11.คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้อง นั้นทำได้ยาก	4.51	0.87	มากที่สุด

ตารางที่ 7 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อ (n= 429) (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วย		
	Mean	SD	แปลผล
12.คิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด ออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่น โดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนส่งไปกำจัด	3.86	0.43	มาก
13.คิดว่ากระปุกน้ำเกลือหรือถุงน้ำยาล้างไตสามารถนำมาล้างทำความสะอาดและส่งขายในร้านรับซื้อของเก่าได้	1.79	0.14	น้อย
14.คิดว่าคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอยติดเชื้อในทุกขั้นตอนตั้งแต่การคัดแยกจนถึงการกำจัดมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี	4.28	0.12	มาก
15.คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรนำส่งสถานพยาบาล/รพสต. ใกล้บ้านเพื่อนำไปกำจัดต่อไป	2.91	0.35	ปานกลาง
รวม	3.15	0.25	ปานกลาง

การปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อตามค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ระดับความเห็นด้วยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.43, SD=0.23) โดยรายข้อพบว่า ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด คือ คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้องนั้นทำได้ยาก (M=4.51, SD=0.87) ระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ คิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจนมีจำนวนที่เพียงพอจะช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อได้มากขึ้น (M=1.31, SD=0.67) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อ (n=437)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ		
	Mean	SD	แปลผล
1.แยกมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงใส่ปัสสาวะ เข็มฉีดยา ผ้าพันแผลออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	2.89	0.35	มาก
2.แยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ขวดยา ออกจากมูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม เช่น ผ้าพันแผล สำลี	2.84	0.48	มาก
3.กรณีมีมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ของผู้ป่วยท่านนำมาเทลง ในโถส้วมแล้วราดน้ำตามให้โถสะอาด	1.93	0.28	ปานกลาง
4.มัดปากถุงใส่ขยะติดเชื้อด้วยเชือกให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด	2.89	0.34	มาก
5.เก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม โดยบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงขยะติดเชื้อสีแดงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	2.82	0.50	มาก
6.เก็บมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม โดยบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่องหรือภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	1.26	0.63	น้อย
7.ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภท เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปในที่สาธารณะ เช่น ข้างทาง ป่าที่รกร้าง	1.59	0.81	น้อย
8.เก็บมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ที่บ้านโดยเก็บพักไว้ไม่เกิน 7 วัน ก่อนนำไปกำจัด	1.08	0.32	น้อย
9.มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดปากจมูก ทุกครั้งที่เก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	2.31	0.92	ปานกลาง
10.ทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น ถุงมือ โดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก	1.94	0.28	ปานกลาง
11.เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ภาชนะที่แข็งแรง ไม่รั่วซึม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมบริเวณที่พักมูลฝอยติดเชื้อ	2.95	0.25	มาก

ตารางที่ 8 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อ (n=437) (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ		
	Mean	SD	แปลผล
12.ใช้ถุงพลาสติกสีแดง หรือถุงพลาสติกที่เหนียว ไม่ขาด ไม่รั่วซึม ในการใส่มูลฝอยติดเชื้อ	2.72	0.63	มาก
13.นำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล,อบต,รพ.สต. จัดให้	2.78	0.54	มาก
14.มีการล้างทำความสะอาดรถที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังการใช้งาน	2.22	0.80	ปานกลาง
15.มีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อตอนนำส่งมูลฝอยติดเชื้อ	2.22	0.80	ปานกลาง
รวม	2.43	0.23	ปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปี 2.162 เท่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุ จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่านการอบรม 4.285 และ 3.211 เท่า ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความรู้ในระดับดี จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้ในระดับไม่ดี 4.061 เท่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เจตคติเห็นด้วยมาก จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่มีเจตคติเห็นด้วยน้อย 2.002 เท่า ส่วนด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่า 12.586 เท่า รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=429)

ตัวแปร	การปฏิบัติ		Crude Odds Ratio	95% CI	*p*-value
	ไม่ดี n (%)	ดี n (%)			
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
เพศ					
ชาย	8 (1.9)	49 (11.5)	1		
หญิง	35 (8.2)	337 (78.6)	1.572	0.689-3.585	0.279
อายุ					
ไม่เกิน 50 ปี	22 (5.1)	126 (29.4)	1		
ตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป	21 (4.9)	260 (60.6)	2.162	1.146-4.078	0.015*
สถานภาพสมรส					
สมรส	33 (7.7)	301 (70.2)	1		
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยก	10 (2.3)	85 (19.8)	0.922	0.441-1.068	0.853
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	20 (4.7)	198 (46.2)	1		
สูงกว่าประถมศึกษา	23 (5.4)	188 (43.8)	0.826	0.439-1.553	0.552
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรม	33 (7.7)	289 (67.4)	1		
ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ	10 (2.3)	97 (22.6)	1.108	0.526-2.331	0.788
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 18,000 บาท	41 (9.6)	358 (83.5)	1		
ตั้งแต่ 18,000 บาท	2 (0.5)	28 (6.5)	1.603	0.368-6.977	0.526
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
น้อยกว่า 3 คน	14 (3.3)	150 (35.0)			
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	29 (6.8)	236 (55.0)	0.760	0.389-1.484	0.420

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=429) (ต่อ)

ตัวแปร	การปฏิบัติ		Crude Odds Ratio	95% CI	*p*-value
	ไม่ดี n (%)	ดี n (%)			
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
น้อยกว่า 5 ปี	34 (79.1)	274 (70.9)	1		
ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป	9 (20.9)	112 (29.1)	1.544	0.717-3.325	0.264
การอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
ไม่เคย	35 (81.4)	195 (50.5)	1		
เคย	8 (18.6)	191 (49.5)	4.285	1.938-9.476	0.001*
การอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
ไม่เคย	32 (74.4)	184 (47.7)	1		
เคย	11 (25.6)	202 (52.3)	3.211	1.573-6.555	0.001*
ความรู้					
ไม่ดี	3 (7.0)	7 (1.8)	1		
ดี	40 (93.0)	379 (98.2)	4.061	1.010-16.323	0.033*
เจตคติ					
เห็นด้วยน้อย	14 (32.6)	75 (19.4)	1		
เห็นด้วยมาก	29 (67.4)	311 (80.6)	2.002	1.008-3.975	0.044*
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
เพศ					
ชาย	10 (23.3)	124 (32.1)	1		
หญิง	33 (76.7)	262 (67.9)	0.640	0.306-1.341	0.234

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=429) (ต่อ)

ตัวแปร	การปฏิบัติ		Crude Odds Ratio	95% CI	*p*-value
	ไม่ดี n (%)	ดี n (%)			
อายุ					
ไม่เกิน 70 ปี	10 (23.3)	109 (28.2)	1		
ตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป	33 (76.7)	277 (71.8)	0.770	0.367-1.616	0.489
จำนวนโรคประจำตัว					
ไม่เกิน 2 โรค	42 (97.7)	297 (76.9)	1		
ตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป	1 (2.3)	89 (23.1)	12.586	1.708-92.742	0.002*
ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ					
ติดบ้าน	27 (62.8)	289 (74.8)	1		
ติดเตียง	16 (37.2)	97 (25.6)	0.566	0.293-1.096	0.088

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดำเนินการในระยะนี้เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับรู้สภาพปัญหาและสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและร่วมกันอภิปรายและวางแผนปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.3.1 การคืนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยได้สรุปข้อมูลจากการวิเคราะห์ต่อจากนั้นได้คืนข้อมูลโดยการนำเสนอและสะท้อนกลับปัญหาที่ได้จากการรวบรวม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตรวจสอบความเข้าใจและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้รับอย่างอิสระและร่วมกันวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อนำสู่การแก้ไขต่อไป

ก่อนที่จะมีการวิเคราะห์และเลือกปัญหาเพื่อการวางแผนการพัฒนาผู้วิจัยได้นำเสนอตัวอย่างภาพและเรื่องเล่า ที่สะท้อนคิดถึงปัญหาและต้นตอสำคัญของสาเหตุที่จะนำไปสู่ปัญหาและ

ผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และด้านสังคมอื่น ๆ ตามมา โดยภาพที่ใช้ในการสะท้อนความคิด คือ ภาพแสดงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญจำเป็นในการจัดการปัญหาดังกล่าวเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตจากนั้นผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้เพิ่มเติมข้อมูลและร่วมแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้รับ โดยมีผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้รับจากการนำเสนอว่า การได้เข้าร่วมรับฟังการคืนข้อมูลในครั้งนี้ทำให้ตนเองและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยคนอื่น ๆ ทราบถึงข้อมูล สถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเกิดมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อประเภทต่าง ๆ รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมทั้งด้านภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่และด้านสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการประชุมชมกลุ่มที่ว่า

“...ฉันมาร่วมประชุมวันนี้ก็รู้สึกดีมากเลยค่ะ ที่มีการประชุมแบบนี้เพราะทำให้ทุกคนได้รับทราบข้อมูลปัญหาร่วมกันว่าในชุมชนของเรามีปัญหาขยะติดเชื้อมากน้อยแค่ไหน ส่วนใหญ่เรารู้แต่บ้านตัวเอง แต่พอมาฟังภาพรวมทำให้เห็นปัญหาจริง ๆ เลยคะ...” (FCG-GM1)

“...ผมก็ไม่รู้มาก่อนว่าผู้สูงอายุตำบลเราจะมีจำนวนมากขนาดนี้ และที่น่าสนใจคือข้อมูลขยะติดเชื้อ ที่ผ่านมาผมก็เข้าใจว่ามันจะมีแต่พวกเข็มฉีดยา ผ้าทำแผลเท่านั้น แต่นึกไม่ถึงว่ามันจะมีอย่างอื่นด้วย เช่น แพมพิสที่ผู้ป่วยทั้งติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่ใช้กันเกือบทุกคนมันจะมีเยอะขนาดนี้ครับ มาประชุมครั้งนี้ก็ถือว่าได้ข้อมูลใหม่ ๆ ครับ...” (FCG-GM1)

“...แต่ก่อนเราก็คิดว่าขยะมันจะทำให้เกิดมลพิษในชุมชน แต่ข้อมูลที่นำเสนอในวันนี้มันมีผลต่อทั้งสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วย ที่สำคัญมันตกค้างในดินในน้ำ แล้วชีวิตคนบ้านเราก็สัมผัสกับสิ่งเหล่านี้ทุกวัน จึงทำให้ทุกวันนี้มีคนเจ็บป่วย ทั้งมะเร็ง ทั้งโรคเรื้อรังต่าง ๆ นานา...” (FCG-GM1)

“...ข้อมูลที่ฟังวันนี้ชัดเจนมากครับ ทำให้เราได้เข้าใจเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นและจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตหากเราไม่จัดการกับสิ่งที่ฟังข้อมูลฝนวันนี้ครับ...” (FCG-GM1)

เมื่อผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการคืนข้อมูลและสะท้อนคิดเกี่ยวกับการการจัดการและผลกระทบจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรับรู้และเข้าใจถึงสถานการณ์ที่แท้จริงของตนเอง และนำไปสู่การคิดวิเคราะห์และค้นหาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถสรุปประเด็น ได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และขาดประสบการณ์ในการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยตรง

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการดูแลตนเองในขณะจัดการตนเองไม่เหมาสม เช่น การไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองขยะคัดแยก รวบรวม ขนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

3. ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม

4. มีการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่สาธารณะ โดยมีการทิ้งปะปนรวมกับมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ

5. มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเองในครัวเรือนและเป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้องเหมาสม เช่น การเผากองรวมกันกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาในเขตพื้นที่ชุมชนที่มีประชาชนอาศัยอยู่ การฝังมูลฝอยติดเชื้อใต้โคนต้นไม้ การฝังและการเผามูลฝอยติดเชื้อใกล้แหล่งน้ำและแหล่งเพาะปลูกพืชผลทางการเกษตร

6. งบประมาณที่สนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังมีอย่างจำกัดโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นสนับสนุนงบประมาณในการจัดการมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ

7. ขาดแนวทางและสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

8. บุคลากร เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

9. การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่มีความชัดเจนโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ และหน่วยงานส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่จะต้องดำเนินการด้านนี้

10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายไม่สามารถรองรับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อได้ทุกประเภทเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณในการกำจัดอย่างถูกวิธี

11. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงมือ ถุงรองรับมูลฝอยติดเชื้อ และระบบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม และมีความความต้องการเกี่ยวกับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติและการดูแลตนเองในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี

12. ผู้นำและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มีความพร้อมและความสนใจในการสนับสนุนด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และมีความต้องการเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้และแนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ รวมทั้งมีความต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการจัดการมูลฝอยอื่น ๆ และมูลฝอยติดเชื้อ มาร่วมมือเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื่อร่วมกันในชุมชน

4.3.2 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและพัฒนาแผนปฏิบัติเพื่อการแก้ไข

ภายหลังที่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้ร่วมกันคิดวิเคราะห์จนค้นพบปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อนำสู่การจัดลำดับความสำคัญและการแก้ไขปัญหา ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้อภิปรายถึงความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาและความต้องการทั้งหมด โดยอภิปรายและแสดงความคิดเห็นผ่านการประชุมกลุ่มว่า ปัญหาและสถานการณ์รวมทั้งความต้องการที่เกิดขึ้นในพื้นที่ล้วนมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงในการจัดการปัญหา ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการแก้ไขและพัฒนาร่วมกัน นอกจากนั้นมีผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้กล่าวและเสนอแนะเพิ่มเติมว่า หากมองที่ประเด็นปัญหา สถานการณ์และความต้องการที่เกิดขึ้นและจะนำไปสู่การจัดการปัญหาร่วมกันได้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นในระดับครัวเรือนและชุมชน กล่าวคือการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและประชาชนทั่วไป และปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นในระดับการบริหารงานและระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ดังนั้นจึงเสนอความคิดเห็นว่าควรมีการพัฒนาระบบการดูแลและการจัดการให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการในทุกระดับ โดยนำประเด็นปัญหาดังกล่าวที่มีความคล้ายคลึงและเกี่ยวข้องกันยุบประเด็นปัญหารวมกัน และเสนอให้มีการอภิปรายร่วมกันโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางในการจัดการปัญหาร่วมกันในแต่ละประเด็นต่อไป โดยประเด็นที่ยุบรวมกันสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ยุบรวมประเด็นความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ทั้งในระดับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับครัวเรือน ประชาชนในชุมชน และบุคลากรเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด และเพิ่มประเด็นการขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2. ยุบรวมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม

3. ยุบรวมประเด็นการขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

4. ยุบรวมความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีพาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

หลังจากที่ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการแล้วผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ด้วยวิธี Nominal group technique โดยให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยสามารถออกเสียงได้อย่างเปิดเผย โดยการให้ยกมือลงคะแนนเสียงในแต่ละปัญหาที่ต้องการแก้ไข ซึ่งผู้ร่วมดำเนินการวิจัยมีสิทธิ์เพียงครั้งเดียวเท่านั้น หลังจากนั้นเรียงลำดับจากข้อที่มีคะแนนมากไปหาน้อย โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุดอยู่อันดับที่ 1 และรองลงมาตามลำดับ ดังนี้

1. ประเด็นความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2. ประเด็นการขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

3. ประเด็นความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4. ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม

หลังจากที่ได้ปัญหาเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อยแล้ว ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้เลือกปัญหาและความต้องการมาทั้งหมด 4 ปัญหา โดยการที่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเลือกปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับประเด็นความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อ มาเป็นอันดับที่ 1 เนื่องจากผู้ร่วมดำเนินการวิจัยคิดว่าการแก้ไขปัญหาร่วมกันทุกอย่างต้องเริ่มต้นจากตัวบุคคลก่อน ดังนั้นการที่ทำให้บุคคลทุกคนมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจะนำไปสู่การจัดการปัญหาในประเด็นอื่น ๆ ด้วย นอกจากนั้นให้เหตุผลว่า การที่จัดลำดับประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม ไว้ในลำดับที่ 4 เนื่องจากว่าเป็นปัญหาที่ระดับปลายทาง หากมีการจัดการกับปัญหาในประเด็นที่ 1-3 ได้แล้ว ปัญหาที่ 4 ก็จะได้รับการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสมตามไปด้วย นอกจากนั้นผู้ดำเนินการวิจัยที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการสนับสนุนระดับนโยบายกล่าวเพิ่มเติมว่าในส่วนของปัญหาประเด็นที่ 2 และ 3 เป็นการจัดการที่ต้องอาศัยระยะเวลาและการขับเคลื่อน การสนับสนุนบางอย่างสมารถบรรจุเข้าในแผนงานโครงการได้เลย ส่วนการสนับสนุนบางอย่างต้องอาศัยระเบียบ

และความเป็นไปได้ของการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามคิดว่าสามารถที่จะดำเนินการและพลักดันในระดับนโยบายและการสนับสนุนได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวจากการประชุมกลุ่มที่ว่า

“...เท่าที่ผมฟังข้อมูลจากการนำเสนอมาและเราก็ร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหามันคืออะไรแล้ว ก็พบว่ามีปัญหาหาอยู่หลายประการทั้งที่เป็นปัญหาที่แก้ได้ทันทีและปัญหาที่ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่าย และปัญหาที่เราสรุปมานั้นถ้าดูดี ๆ บางปัญหาก็ซ้อน ๆ กันอยู่ ผมเสนอว่า ปัญหาไหนที่มันพอจะรวมกันได้ให้รวมกันเพื่อจะง่ายต่อการพิจารณาต่อไปดีไหมครับ...” (PG- GM)

“...ดิฉันเห็นด้วยกับท่านรองฯ ที่ให้รวมปัญหาในหมวดเดียวกันไปอยู่ด้วยกัน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของชุมชน ชาวบ้าน ก็อาจอยู่รวมกันกับเรื่องการขาดข้อมูล ขาดสื่อความรู้ หรือวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ปัญหาเราจะได้ชัดเจนขึ้นค่ะ...” (PG- GM)

“...ผมเสนอว่าต่อว่าปัญหาแต่ละปัญหาหรือข้อมูลแต่ละประเด็นไม่ควรทิ้ง เพราะเป็นประโยชน์มาก เสนอว่าบางปัญหานำมาเป็นข้อมูลประกอบกันให้ปัญหามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ครับ ...” (PG- GM)

4.3.3 การพัฒนาแผนปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาและความต้องการ (Planning: P)

หลังจากที่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้ระดมความคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในการจัดทำแผนปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาและความต้องการร่วมกันร่วมกัน โดยในช่วงแรกผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกลุ่มกันและเป็นผู้เขียนแผนหรือกิจกรรมลงในกระดาษซึ่งเป็นช่องตารางที่เตรียมไว้ แต่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งไม่สามารถเขียนแผนหรือแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาได้เท่าที่ควร เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งไม่เข้าใจวิธีการและไม่มีประสบการณ์ในการจัดทำแผนงานโครงการมาก่อน จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการโดยการขอความร่วมมือจาก สมาชิก อบต. ผู้อบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. รวมทั้งผู้นำหมู่บ้าน ช่วยกันอธิบายและชี้แจงหลักการทำแผนงานโครงการ เนื่องจากทุกคนเคยมีประสบการณ์การเขียนมาก่อนและเคยได้รับการอบรมการจัดทำแผนงานมาแล้ว จึงสามารถดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ตรงตามความต้องการในการแก้ไขปัญหาร่วมกันมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แบ่งผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้สนทนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีการจัดทำแผนปฏิบัติและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอแนวทางให้ทุกคนฟังอีกครั้งก่อนจะสรุปรวมกัน ซึ่งทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกคนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและกล้าแสดงความคิดเห็นรวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ มากขึ้น เกิดพลังอำนาจใน

ตนเองและสามารถร่วมกันจัดทำแผนแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถสรุปการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา ดังนี้

4.3.3.1 แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 1 แผนแก้ไขปัญหาการมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม และการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีประเด็นครอบคลุมการแก้ไขปัญหาความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ และการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม โดยมีแผนดำเนินการจัดกิจกรรมใช้การบรรยายอย่างมีส่วนร่วม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งการการฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องเหมาะสม

2) พัฒนาสื่อการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้ร่วมกันพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดทำสื่อการเรียนรู้

3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีส่วนร่วมระหว่างคณะดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในชุมชน กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งติดตามประเมินผลและร่วมเสริมสร้างพลังทางบวกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกวิธีและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

4) จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านและเวทีประชุมหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำแผนการให้ความรู้ผ่านหอกระจายเสียงเพื่อให้ผู้นำหมู่บ้านหรือผู้ให้ความรู้สามารถที่จะให้ความรู้และประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม

5) การสร้างพื้นที่การเรียนรู้และช่องทางในการเข้าถึงความรู้และการติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ โดยมีการจัดตั้งกลุ่มสื่อสารผ่านระบบออนไลน์เพื่อให้สามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที เช่น กลุ่มไลน์ กลุ่มเฟสบุ๊ค เป็นต้น

4.3.3.2 แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 2 ขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

1) ทบทวนระบบและโครงสร้างสภาชุมชน ที่ได้ดำเนินการจัดตั้งขึ้นเพื่อการจัดการและแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยที่ผ่านมาเคยมีการจัดตั้งสภาชุมชนในการขับเคลื่อนการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนมาแล้ว แต่พบอุปสรรคในการดำเนินการที่ไม่ต่อเนื่อง

2) เพิ่มเติมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เข้าสู่การบรรจุเป็นประเด็นสำคัญในสภาชุมชน เพื่อนำสู่การจัดการมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้ออย่างเป็นระบบ

3) จัดทำข้อตกลงร่วม (MOU) เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ผ่านกลไกลสภาชุมชนในการสร้างความร่วมมือกับประชาชนทุกหมู่บ้านเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเหมาะสม

4) เป็นศูนย์กลางข้อมูลและการประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการร่วมกันจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

5) กำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างชัดเจน

6) ศึกษาเรียนรู้แนวทางการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนจากพื้นที่ตัวอย่างในการจัดการที่ประสบผลสำเร็จ

7) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีร่วมกัน

8) กำหนดให้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยผลักดันให้เกิดกิจกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านกลไกลผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care manager) และผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)

4.3.3.3 แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 3 ความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

1) หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องศึกษาความเป็นไปได้ในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งทรพยากรเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

2) นำเสนอข้อมูลที่เป็นปัญหาและความต้องการในเวทีการประชุมในระดับบริหารหรือเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเป็นระบบ

3) หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผนเพื่อรองรับปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

4) ให้การสนับสนุน กำกับและติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4.3.3.4 แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 4 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

1) จัดกิจกรรมกระตุ้นและส่งเสริมการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ถูกต้อง เช่น การประกวดครัวเรือน/หมู่บ้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีเด่น กิจกรรมครัวเรือนตัวอย่างการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2) สร้างความร่วมมือกับประชาชนในการสอดส่องดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสมในชุมชน

3) การกำหนดจุดเสี่ยงในการลักลอบทิ้งหรือการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

4) ปลูกฝังจิตสำนึกของคนในชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกัน โดยการส่งเสริม สนับสนุน ชี้ให้เห็นข้อมูลและความสำคัญในโอกาสต่าง ๆ

4.3.4 การปฏิบัติการตามแผน (Action: A)

การปฏิบัติการตามแผนได้เริ่มดำเนินการระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ดำเนินการในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังปทุม และองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

4.3.4.1 การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 1 เพื่อแก้ไขปัญหาการมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม และการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม มีผลการดำเนินการดังนี้

1) ดำเนินการพัฒนาสื่อการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยได้ร่วมกันพัฒนาชุดการเรียนรู้ ประกอบด้วย คู่มือการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ชุดฝึกทักษะการคัดแยกและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และป้ายประชาสัมพันธ์ความรู้ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย โดยได้ดำเนินการในระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 มีผู้ร่วมดำเนินการ ได้แก่ ตัวแทนผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) ตัวแทนคณะกรรมการสภาชุมชน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีกิจกรรมในการดำเนินการ คือ การกำหนดประเด็นและ

กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ การสืบค้นเนื้อหาการเรียนรู้ตามหัวข้อที่กำหนด การตรวจสอบเรียบเรียงเนื้อหา การวิพากษ์เพื่อหาข้อเสนอแนะและการปรับปรุง การทดลองใช้และการพัฒนาปรับปรุงและการนำสื่อการเรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริง

2) ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ และการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม จำนวน 2 ครั้ง ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมครั้งละ 2 วัน ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังปทุม และครัวเรือนในเขตพื้นที่บ้านวังปทุม ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม มีผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 56 คน และครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชาด และครัวเรือนในเขตพื้นที่บ้านชาด ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม มีผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 52 คนโดยมีกิจกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การบรรยายอย่างมีส่วนร่วม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละขั้นตอน กิจกรรมกลุ่มในการระดมสมองเพื่อการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างถูกวิธี และกิจกรรมการฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องเหมาะสม

3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมระหว่างคณะดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในชุมชน กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งติดตามประเมินผลและร่วมเสริมสร้างพลังทางบวกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกวิธีและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และประเมินทักษะและความต้องการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากผู้ดูแลและผู้สูงอายุในพื้นที่ ดำเนินการในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน 16 ครอบครัว ระยะที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและกำกับการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในแต่ละครัวเรือน โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) เป็นผู้ติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ระยะที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลและเสริมพลังในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) คณะกรรมการสภาชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

4) ดำเนินการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านและเวทีประชุมหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำสื่อการเรียนรู้และแผ่นประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เพื่อให้ผู้นำหมู่บ้านประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการ

มูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ถูกต้องเหมาะสม ดำเนินการในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2567ในการดำเนินการนี้ได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้นำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน จำนวน 20 หมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม และนอกจากนั้นหัวข้อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน ได้ถูกบรรจุในวาระการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านและวาระการประชุมประจำเดือนของผู้นำหมู่บ้านทุกหมู่บ้านรวมถึงการประชุมสภาสุขภาพชุมชนอีกด้วย

5) ดำเนินการเพิ่มพื้นที่การเรียนรู้และช่องทางในการเข้าถึงความรู้และการติดต่อประสานงานในชุมชน โดยใช้กลุ่มสื่อสารระบบออนไลน์ที่ชุมชนสร้างขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในการสื่อสารในชุมชน ได้แก่ กลุ่มไลน์ กลุ่มเฟสบุ๊ค เพื่อให้สามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที การดำเนินการนี้ได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการสภาสุขภาพชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) โดยมีข้อมูลที่ใช้ในการสื่อสารและเรียนรู้ ได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลความรู้และแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ข้อมูลการประชาสัมพันธ์และการนัดหมายการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน และข้อมูลภาพการดำเนินการในแต่ละกิจกรรม ตลอดระยะเวลาในช่วงดำเนินการ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

4.3.3.2 การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 2 การพัฒนาแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

1) จัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยในชุมชน โดยในพื้นที่ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการสภาชุมชนขึ้นเพื่อการจัดการและแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยประเด็นปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยในชุมชน ได้มอบหมายให้รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบโครงการและการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ครอบคลุมทั้ง 20 หมู่บ้าน ผลการประชุมคณะกรรมเพื่อทบทวนระบบและโครงสร้างสภาชุมชน มีมติให้นำแนวทางการจัดการมูลฝอยในชุมชนที่ผ่านมาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ และมีมติให้เพิ่มเติมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เข้าสู่การดำเนินการในแผนงานโครงการจัดการมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้ออย่างในชุมชนเป็นระบบ

2) ดำเนินการจัดทำข้อตกลงร่วม (MOU) ในการสร้างความร่วมมือกับประชาชนทุกหมู่บ้านและเป็นศูนย์กลางการประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยทั่วไปและได้เพิ่มเติมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพในชุมชน โดย

คณะกรรมการสภาชุมชนได้จัดเวทีการบันทึกข้อตกลง ในวันที่ เมษายน พ.ศ. 2567 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีคณะกรรมการสภาชุมชนร่วมบันทึกข้อตกลง ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำหมู่บ้านทั้ง 20 หมู่บ้าน สมาชิกจิตอาสาหมู่บ้าน จำนวนหมู่บ้านละ 4 คน รวมทั้งตัวแทนกลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver)

3) จัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยในชุมชน เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยมติจากการประชุมมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยในชุมชน	**บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการ**
1) คณะกรรมการระดับตำบล ประกอบด้วย -นายกองค์การบริการส่วนตำบล -รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล -ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล -เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม -ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล -พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager)	1) จัดทำแผนระดับตำบล เพื่อกำหนดทิศทางและเป้าหมายการดำเนินงานให้ทุกหมู่บ้านมีการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสม 2) สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ ในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระดับหมู่บ้าน 3) พัฒนาและกำหนดแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

ตารางที่ 10 บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (ต่อ)

คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยในชุมชน	บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการ
	4) เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและศูนย์ข้อมูล โดยการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์มูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) ส่งเสริม สนับสนุนและถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแก่ประชาชนในพื้นที่ 6) ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 7) ติดตามประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานการบริหารจัดการขยะมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
1) คณะกรรมการระดับตำบล ประกอบด้วย -นายกองค์การบริการส่วนตำบล -รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล -ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล -เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม -ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล -พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager)	1) จัดทำแผนระดับตำบล เพื่อกำหนดทิศทางและเป้าหมายการดำเนินงานให้ทุกหมู่บ้านมีการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสม 2) สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ ในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระดับหมู่บ้าน

ตารางที่ 10 บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (ต่อ)

คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยในชุมชน	บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการ
	3) พัฒนาและกำหนดแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ 4) เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและศูนย์ข้อมูล โดยการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์มูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) ส่งเสริม สนับสนุนและถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแก่ประชาชนในพื้นที่ 6) ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 7) ติดตามประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานการบริหารจัดการขยะมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
3) คณะกรรมการระดับครัวเรือน ประกอบด้วย -ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน (Family Caregiver) -สมาชิกในครอบครัว	1) ให้ความร่วมมือในประชุมวางแผน ระดมความคิดเห็น ตลอดจนการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 10 บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (ต่อ)

คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยในชุมชน	บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการ
	2) เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความเอาใจใส่ 4) ดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในขั้นตอน การคัดแยก การรวบรวม การขนย้าย การจัดเก็บในสถานที่พักเก็บ และการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางที่กำหนด 5) กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 6) ให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ การแสดงความคิดเห็นและสะท้อนผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

4) จัดการศึกษาเรียนรู้แนวทางการจัดการมูลฝอยทั่วไปมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนจากพื้นที่ตัวอย่างในการจัดการที่ประสบผลสำเร็จ โดยดำเนินการจัดกิจกรรมในช่วงวันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2567 ในพื้นที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด มีประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาเรียนรู้ในครั้งนี้ ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยที่ต้นทาง การเพิ่มมูลค่าขยะมูลฝอยโดยการคัดแยกและแปรรูปขยะ การทำหลุมขยะเปียกทุกครัวเรือน การกำหนดจุดทิ้งขยะในชุมชน การดำเนินงานธนาคารขยะในชุมชน การจัดตั้งกลุ่มฌาปณกิจสงเคราะห์หมู่บ้านโดยใช้การออมด้วยขยะ การจัดทำบัญชีครัวเรือนรายรับจากการขายขยะรีไซด์เคิล นอกจากนั้นในประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน ทางกลุ่มผู้ศึกษาดูงานได้นำเสนอประเด็นเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับพื้นที่ต้นแบบ โดยได้แนวทางและข้อเสนอแนะ

เพิ่มเติม ได้แก่ ประเด็นปัญหาการกำจัดผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ยังมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม การมีพื้นที่รองรับในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ และการดำเนินการจัดการของเสียและสิ่งปฏิกูลในชุมชน โดยประเด็นการเรียนรู้ที่ได้จากชุมชนต้นแบบได้ถูกนำมาวิเคราะห์และปรับใช้ในการกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางการจัดการจัดการมูลฝอยทั่วไปมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน เช่น การคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน การจัดหาพื้นที่จัดเก็บและพื้นที่กำจัดมูลฝอย การจัดทำฐานข้อมูลมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครัวเรือนในการจัดทำบัญชีข้อมูลขยะ การจัดตั้งธนาคารขยะ

5) ดำเนินการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีร่วมกัน โดยกำหนดเป็นส่วนหนึ่งในวาระการประชุมหมู่บ้านในแต่ละเดือนเพื่อติดตามผลการดำเนินการและปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย รวมทั้งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาร่วมกัน โดยมีประเด็นที่เกิดการเรียนรู้ในที่ประชุมหมู่บ้าน เช่น วิธีการกำจัดผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วโดยการผึ่งแดดให้แห้งก่อนนำไปเผาจะทำให้เกิดการเผาไหม้ที่ดีกว่าการเผาโดยที่ไม่ผึ่งแดด วิธีการขุดหลุมขยะใหญ่เพื่อใช้เป็นสถานที่ในการเผามูลฝอยติดเชื้อจะทำให้ขี้เถ้าจากการเผามูลฝอยไม่ฟุ้งกระจายและเป็นการป้องกันไม่ให้สัตว์มาคุ้ยเขี่ยมูลฝอย

6) ดำเนินการจัดประชุมเพื่อทบทวนและปรับปรุงการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีประเด็นในการพิจารณา คือ การกำหนดกิจกรรมเพิ่มเติมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยมีผู้ร่วมการประชุม ประกอบด้วย ผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care manager) จำนวน 2 คน ผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จำนวน 22 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จำนวน 36 คน

4.3.3.3 การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 3 ความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีการดำเนินการ คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการมูลฝอยในชุมชน ได้จัดประชุมเพื่อทบทวนและวางแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 และปีงบประมาณ 2567 โดยที่ผ่านมาได้ดำเนินการตามแผนงานโครงการเรียบร้อยแล้ว และในปีงบประมาณ 2567 ได้ทบทวนและเสนอเพื่อปรับเพิ่มกิจกรรมและงบประมาณในแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน ดังนี้

1) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ได้แก่ ถุงรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ถุงมือยางเพื่อใช้ในการหยิบจับมูลฝอยในขั้นตอนการรวบรวม และถังพักเก็บมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัด

2) บรรจุประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนเพิ่มในแผนการจัดการมูลฝอยในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมามีแผนการจัดการมูลฝอยเฉพาะ ขยะรีไซเคิล ขยะเปียก ขยะมีพิษอันตราย แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดจากการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยได้นำเสนอข้อมูลที่เป็นปัญหาและความต้องการในเวทีการประชุมในระดับบริหารหรือเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเป็นระบบต่อไป

3) แผนการสนับสนุน กำกับและติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องโดยการกำกับติดตามการดำเนินงานของแต่ละหมู่บ้านในที่ประชุมประจำเดือน

4.3.3.4 ดำเนินตามแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 4 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีการดำเนินการดังนี้

1) การดำเนินการของแต่ละหมู่บ้านได้ดำเนินการจัดกิจกรรมกระตุ้นส่งเสริมการปฏิบัติและการปลูกฝังจิตสำนึกของคนในชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ถูกต้อง โดยมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การคัดเลือกครัวเรือนจัดการมูลฝอยติดเชื้อตัวอย่าง การคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุดีเด่น ด้านการดูแลและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2) ดำเนินการเพิ่มช่องทางในการรายงานหรือแจ้งเหตุการลักลอบทิ้งมูลฝอยหรือมูลฝอยติดเชื้อต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ รายงานผ่านช่องทางออนไลน์ การรับแจ้งข่าวสารของผู้นำหมู่บ้าน

3) กำหนดจุดเสี่ยงในการลักลอบทิ้งหรือการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีการประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจุดเสี่ยงและจุดลักลอบทิ้งมูลฝอยหรือมูลฝอยติดเชื้อ พร้อมทั้งทำแผนที่จุดเสี่ยงและการติดป้ายแจ้งเตือนในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ จุดร่องน้ำใกล้สะพานทางเข้าหมู่บ้าน จุดข้างถนนพื้นที่สาธารณะในเขตรอบนอกชุมชนและจุดพื้นที่สวนหรือไร่นาของประชาชน

3.3.5 การสังเกตการณ์ (Observation)

ดำเนินการสังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วมก่อนและภายหลังการดำเนินการ และการประเมินการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนภายหลังการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วน ได้แก่

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์และการเตรียมความพร้อมในพื้นที่ ได้รับความร่วมมืออย่างดีในการประสานงาน การนัดหมายและการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่

เป็นจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในพื้นที่ชุมชนแต่ละหมู่บ้าน โดยในช่วงแรกของการเข้าพื้นที่พบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับความไม่เข้าใจประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งความคิดเห็นส่วนใหญ่ของชุมชนมีความคิดเห็นว่ามูลฝอยติดเชื้อเป็นมูลฝอยที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะต้องดำเนินการในการแก้ไขปัญหาในประเด็นนี้ ผู้วิจัยจึงมีการอธิบายและชี้แจงข้อมูลเพิ่มเติมถึงข้อมูลสถานการณ์และความสำคัญจำเป็นในการจัดการประเด็นปัญหาดังกล่าว ซึ่งทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นและให้ความสำคัญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยเสนอให้เพิ่มเติมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพให้เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้วิจัยได้สังเกตการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมการคืนข้อมูลชุมชนและการประชุมรับฟังการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในพื้นที่ พบว่า ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอรวมทั้งมีการสอบถามและอภิปรายเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยเฉพาะในประเด็นปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นเนื่องจากที่ผ่านมายังไม่เคยรับรู้ข้อมูลนี้มาก่อน นอกจากนั้นมีประเด็นการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นแต่ละหมู่บ้านมีการจัดการที่แตกต่างกันซึ่งผลจากการอภิปรายดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนด้วย

การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การให้ข้อเสนอแนะและการอภิปรายในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาและการออกแบบวางแผนกิจกรรมการแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยสังเกตการณ์จากการเข้าร่วมการประชุมการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาในระดับตำบล ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งอภิปรายเหตุผลอย่างกว้างขวางในการร่วมกันวางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ สังเกตการณ์ในกิจกรรมการปฏิบัติการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดในแต่ระดับ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการระดับตำบลเป็นผู้กำหนดนโยบาย แผนงานโครงการ ผู้สนับสนุนและการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในระดับหมู่บ้านได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้นำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละหมู่บ้าน เช่น การประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอดความรู้ การกระตุ้นสนับสนุนให้ครัวเรือมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างถูกวิธี รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในระดับครัวเรือน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกใน

ครอบครัว มีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียตามแนวทางที่กำหนด ครอบคลุมทุกขั้นตอนทั้งการ คัดแยก การรวบรวม การขนย้าย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างถูกวิธี

การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและการสรุปผล สังเกตการณ์ในกิจกรรมการติดตามประเมินผลและสรุปผลการดำเนินการ โดยแต่ละภาคส่วนได้แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน การมีส่วนร่วมในการสะท้อนและประเมินผลการพัฒนาคู่มือการเรียนรู้และแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน การมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในแต่ละครัวเรือน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการประเมินผลกิจกรรมภาพรวมโดยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นรวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการจำนวนทั้งสิ้น 42 คน ได้แก่ ผู้บริหารจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนแต่ละชุมชน จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care Giver) จำนวน 16 คน และเพิ่มเติมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ จำนวน 12 คน คือ กลุ่มจิตอาสาจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวเกิดขึ้นในการบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะในชุมชนของสภาชุมชน เป็นกลุ่มจิตอาสาที่เป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านที่อาสาสมัครเข้ามาเป็นคณะกรรมการดำเนินงานการจัดการขยะในพื้นที่ร่วมกับคณะกรรมการสภาชุมชน จากการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมจะพบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมมีหลายลักษณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วมแบบจัดการให้มาร่วม การมีส่วนร่วมแบบอาสาสมัครเข้าร่วม การมีส่วนร่วมเพื่อให้คำปรึกษา และการมีส่วนร่วมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ดังนี้

การมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ คือกลุ่มที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียงจาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมตามลักษณะนี้ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนมีการขับเคลื่อนและเป็นรูปแบบที่ชัดเจน เนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะมีบทบาทหน้าที่ที่คอยส่งเสริมสนับสนุนให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียนร้อย

การมีส่วนร่วมแบบจัดการให้มาร่วม คือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในชุมชน การมีส่วนร่วมตามลักษณะนี้เป็นการประสานงานเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดีจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในชุมชนในการทำหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยงสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละครัวเรือน รวมทั้งเป็นผู้สื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงการกำกับติดตามและกระตุ้นให้แต่ละครัวเรือนมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดุแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

การมีส่วนร่วมแบบอาสาสมัครเข้าร่วม คือกลุ่มจิตอาสาจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ลักษณะการมีส่วนร่วมของกลุ่มนี้เกิดจากการอาสาสมัครเข้ามาทำหน้าที่ในการดูแลและจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ และของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มจิตอาสาจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนจะเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่คอยดูแลและจัดการปัญหามูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนร่วมกับผู้นำหมู่บ้านและคณะกรรมการหมู่บ้าน เช่น ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในชุมชน ร่วมกับคณะกรรมการในชุมชนจัดทำธนาคารขยะและจัดทำบัญชีการซื้อขายขยะ และทำหน้าที่เกี่ยวกับการสอดส่องดูแลความเรียบร้อยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย

การมีส่วนร่วมเพื่อให้คำปรึกษา คือผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ และของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการดำเนินการจัดการปัญหามูลฝอยในชุมชน

การมีส่วนร่วมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน คือการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ดำเนินการร่วมกันในการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีกระบวนการที่มีการติดต่อสื่อสาร การประสานงาน การมีปฏิสัมพันธ์กันและแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นร่วมกัน โดยเกิดขึ้นในกิจกรรมการดำเนินงานขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูลสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน 2) การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การเลือกและการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางและการวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ 5) การมีส่วนร่วมในการติดตาม กำกับ ประเมินผล และสะท้อนผลในการดำเนินการร่วมกัน

3) การสังเกตการณ์และประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าชุมชนมีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนการจัดประชุมเพื่อรับฟังข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งได้ร่วมรับฟังข้อมูลสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จากนั้นนำไปสู่การอภิปรายร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน และนำไปสู่การระดมความคิดร่วมกันเพื่อออกแบบและวางแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน โดยการสร้างความรู้แล้วความเข้าใจ ร่วมวิเคราะห์ รับรู้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแนวทางพัฒนาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการ จากการสงเกตุการณ์พบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือในการระดมความคิดเห็นในการจัดทำแผนได้เป็นอย่างดี แต่พบปัญหาอุปสรรคในระหว่างการจัดทำแผนปฏิบัติการ คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มาร่วมกิจกรรมยังมีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการทำแผนเชิงปฏิบัติการไม่เพียงพอ ทำให้มีการปรับกิจกรรมการทำแผนปฏิบัติการ โดยการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นโดยแต่ละกลุ่มย่อยจะประกอบด้วย ผู้นำชุมชนและกลุ่ม อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำแผนปฏิบัติการเป็นพี่เลี้ยงที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งภายหลักจากการปรับเปลี่ยนกิจกรรมกลุ่มย่อยพบว่า แต่ละกลุ่มย่อยมีการร่วมระดมความคิดและให้ข้อคิดเห็นในการวางแผนอย่างกว้างขวางจนทำให้เกิดแผนปฏิบัติการทั้งหมดจำนวน 4 แผน 21 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 1 มี 5 กิจกรรมย่อย เป็นแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม และการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม 2) แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 2 มี 8 กิจกรรมย่อย เป็นแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3) แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 3 มี 4 กิจกรรมย่อย เป็นแผนเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 4 มี 4 กิจกรรมย่อย เป็นแผน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม

ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน การสังเกตการณ์ในระหว่างการดำเนินการพบว่า ได้ดำเนินการตามแผนครบทุกแผนและครอบทุกกิจกรรมย่อย โดยระหว่างการดำเนินการพบปัญหาอุปสรรคและมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในบางกิจกรรม ได้แก่ 1) มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการจากเดิมที่วางแผนจัดรวมกันในพื้นที่หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล แต่เนื่องด้วยพื้นที่แต่ละหมู่บ้านมีระยะทางห่างกันจึงทำให้ผู้มาร่วมกิจกรรมไม่สะดวก จึงปรับเปลี่ยนเป็นการจัดอบรมในห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งแทน 2) มีการปรับเปลี่ยนช่วงวันที่และเวลาในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจและประเมินทักษะในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากในช่วงที่วางแผนไว้ตรงกับช่วงฤดูทำนาผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องมีภารกิจในการทำนา จึงมีการขยายช่วงเวลาในการติดตามออกไปเพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลได้ด้วยความสะดวกเรียบร้อย 3) ข้อจำกัดในการดำเนินการของกิจกรรม ได้แก่ ข้อจำกัดในการเก็บรวมรวมและการขนส่งเนื่องจากบางหมู่บ้านอยู่ห่างไกลจากสถานที่พักเก็บมูลฝอยของ รพ.สต. ดังนั้นต้องมีการเก็บรวมรวมให้มูลฝอยติดเชื้อไว้ที่ครัวเรือนในปริมาณมากพอ ก่อนที่จะขนย้ายมารวบรวมไว้ที่สถานที่พักเก็บซึ่งอาจทำให้ใช้เวลาในการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่ครัวเรือนนานหลายวัน ข้อจำกัดในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้แก่ชุมชน ซึ่งยังไม่สามารถจัดการระบบสนับสนุนได้อย่างเต็มที่ มีเพียงข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่การทำแผนปฏิบัติการในปีงบประมาณต่อไป นอกจากนั้นยังพบข้อจำกัดในการดำเนินการจัดระบบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องจากยังขาดบุคลากรในการควบคุมระบบ การมีต้นทุนในการสร้างระบบสูง และยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นผลกระทบที่อาจเกิดกับประชาชนพื้นที่ใกล้เคียงรวมถึงข้อร้องเรียนต่าง ๆ ที่จะตามมา ซึ่งสิ่งที่สามารถดำเนินการได้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อครั้งนี้ คือ การสร้างข้อตกลงและมติร่วมกันของชุมชน ในการกำจัดด้วยวิธีการเผาในภาชนะหรือหลุมเผาที่มีที่รองรับเถ้าจากการเผา การฝังกลบอย่างถูกวิธี โดยกำหนดพื้นที่ในการกำจัดคือบริเวณพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนหรือเขตที่พักอาศัยของคนในชุมชน

ขั้นตอนการติดตามและการประเมินผล การสังเกตการณ์เพื่อการกำกับติดตามและประเมินผล พบว่า ผู้ร่วมดำเนินการให้ความร่วมมือในการติดตามประเมินผลได้เป็นอย่างดีทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมในการติดตามประเมินผลประกอบด้วย 1) ผลการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย 2) ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการดำเนินการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ผลการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย สามารถแบ่งการประเมินผลออกเป็นขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อและของเสียก่อนและหลัง รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ก่อนการดำเนินการ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ภายหลังดำเนินการ
1. การคัดแยก	-มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมออกจากมูลฝอยติดเชื้อประเภทอื่น ๆ -มีการทิ้งรวมมูลฝอยติดเชื้อรวมกับมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ ในครัวเรือน -มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อภายในครัวเรือน แต่มีการทิ้งรวมกันเมื่อมีรถขยะมารับมูลฝอย	-กำหนดการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ออกเป็นประเภท 3 ประเภท ได้แก่ 1. มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด เศษแก้ว 2. มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม เช่น ผ้าก๊อส สำลี ผ้าพันแผล ผ้าที่ปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และของเสียจากผู้สูงอายุ 3. ของเสียจากการดูแลสุขภาพ ปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ -กำหนดวิธีการดูแลและป้องกันตนเองในการสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯในขั้นตนอนการคัดแยก ได้แก่ การสวมถุงมือและอุปกรณ์ป้องกันตนเอง การล้างมือและทำความสะอาดร่างกายภายหลังการสัมผัสทันที

พหุน ปณฺ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ก่อนการดำเนินการ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ภายหลังดำเนินการ
2. เก็บรวบรวม	-เก็บรวบรวมมูลฝอยประเภทมีคมบรรจุในขวดพลาสติกหรือขวดแก้ว รอจนเต็มขวด -เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทอื่น ๆ ในภาชนะต่าง ๆ ได้แก่ ถังพลาสติกเปิดฝา ถุงปุ๋ย ถุงกระสอบ ถุงพลาสติกขนาดใหญ่ รอจนปริมาณเยอะจึงขนย้ายไปกำจัด -สถานที่เก็บรวบรวม เก็บรวบรวมภายในที่พักอาศัย ใกล้แหล่งประกอบอาหาร	-กำหนดให้มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯแต่ละประเภทโดยแยกวิธีการรวบรวมดังนี้ 1. มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมบรรจุในกล่องหรือถังมีฝาปิด ไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วน มีเครื่องหมายและคำเตือน “ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ” 2. มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคมบรรจุในถุงหรือถังสีแดงทึบแสงทนทาน มัดปากถุงด้วยเชือก บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนและมีเครื่องหมายและคำเตือน “ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ” 3. ของเสียจากการดูแลสุขภาพ ปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ บรรจุในห่อเดิมและบรรจุในถุงสีเทา ติดป้ายตามประเภทยา “ของเสียอันตราย” “ยาอันตรายสูง”“ยาอันควบคุมพิเศษ” หรือ“ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณ”

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ก่อนการดำเนินการ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ภายหลังดำเนินการ
3. การขนย้าย	-ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมไปรวมกันที่สถานที่พักขยะติดเชื้อที่ รพ.สต. -ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อประเภทอื่น ๆ ไปกำจัดเองในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ที่สวน ที่นา พื้นที่สาธารณะ โดยใช้วิธีการขนย้าย ได้แก่ การหิ้ว การหาบ ขนย้ายโดยรถเข็น รถมอเตอร์ไซด์ รถมอเตอร์ไซด์พ่วงข้าง หรือรถยนต์	-กำหนดให้มีการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ โดยแบ่งตามประเภทการและขนย้าย ดังนี้ 1.มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมรวบรวมในกล่องหรือถังมีฝาปิดไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วน ขนย้ายไปรวมกันที่สถานที่พักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต. 2.มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคมแบ่งเป็นมูลฝอยติดเชื้อที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งมาก ให้ขนย้ายไปรวมที่สถานพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนมูลฝอยที่ปนเปื้นน้อยและของเสียอื่น ๆ ให้รวบรวมในสถานพักเก็บมูลฝอยในแต่ละครัวเรือนก่อนขนย้ายนำไปกำจัด 3.มูลฝอยประเภทของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ให้รวบรวมและขนย้ายไปที่สถานที่พักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต.

พหุน ปณฺ ฑิโต ภิกฺขุ

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ก่อนการดำเนินการ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ภายหลังดำเนินการ
4. สถานที่พักรวมก่อนนำไปกำจัด	-มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมรวบรวมไว้ที่สถานที่พักรวม รพ.สต. ก่อนที่จะมีรถจากบริษัทรับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมารับไปกำจัด -มูลฝอยติดเชื้อประเภทอื่น ๆ เก็บรวมไว้ในแต่ละครัวเรือนก่อนนำไปกำจัด สถานที่เก็บไม่มิดชิด อยู่ใกล้กับสถานที่พักอาศัยและใกล้กับสถานที่ประกอบอาหาร เสี่ยงต่อการคุ้ยเขี่ยของสัตว์ต่าง ๆ	-มีการจัดและกำหนดสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัดอย่างชัดเจน มิดชิดและเป็นระเบียบมากขึ้น มีลักษณะดังนี้ 1.สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม และไม่มีคมแต่มีการปนเปื้อนสารคัดหลั่ง และประเภทของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ มีสถานที่พักรวมเป็นอาคารแยกชัดเจนมีโครงสร้างเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก พื้นสามารถขัดล้างทำความสะอาดได้ มีประตูปิดมิดชิด 2.สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคมและไม่ปนเปื้อนสารคัดหลัง เก็บในสถานที่พักรวมในแต่ละครัวเรือนโดยจัดสถานที่แยกจากบริเวณที่พักอาศัยและแหล่งประกอบอาหาร เป็นพื้นที่

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

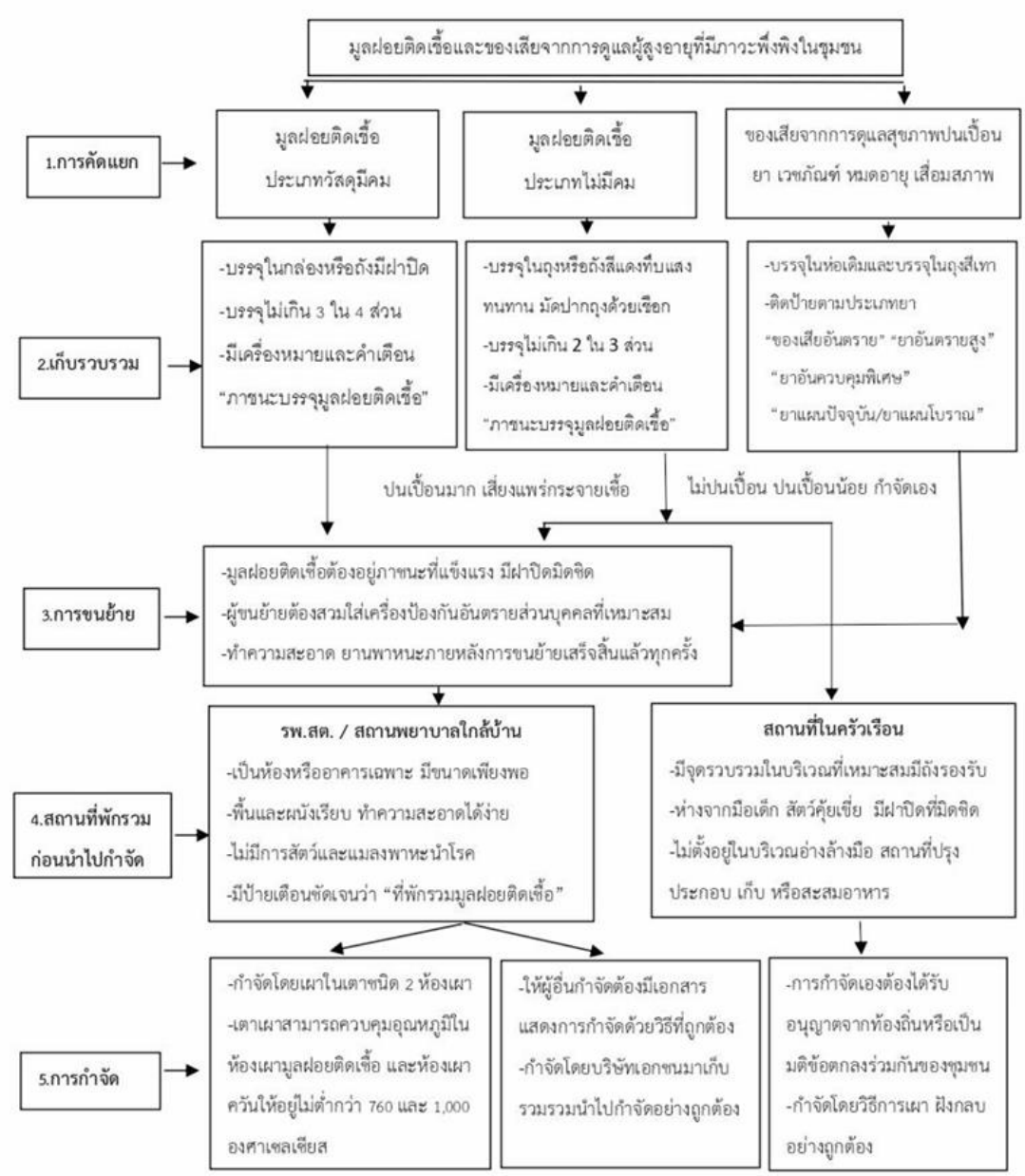
ตารางที่ 11 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ก่อนการดำเนินการ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ภายหลังดำเนินการ
		มิดชิด ไม่เสี่ยงต่อการคุ้ยเขี่ยของสัตว์ รวบรวมไว้ในถังพลาสติกหรือถุงรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อที่หนาแน่น มีฝาปิดมิดชิด 3.กำหนดแนวทางให้ผู้นำมูลฝอยติดเชื้อมาเก็บรวมรวม ณ สถานที่พักเก็บต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบพร้อมมีการบันทึกประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ
5. การกำจัด	-มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมกำจัดโดยจะมีรถจากบริษัทรับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมารับไปกำจัดอย่างถูกวิธี -มูลฝอยติดเชื้อประเภทอื่น ๆ แต่ละครัวเรือนมีการกำจัดด้วยตนเอง ได้แก่ การเผา การฝัง การทิ้งรวบกับขยะประเภทอื่น การนำไปทิ้งในที่สาธารณะ การลักลอบทิ้ง	การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดำเนินการตามสภาพบริบทและความพร้อมในพื้นที่ ดังนี้ 1.การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม ประเภทไม่มีคมแต่มีการปนเปื้อนสารคัดหลั่ง และมูลฝอยประเภทของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ให้แต่ละครัวเรือนนำมูลฝอยดังกล่าวมาเก็บรวบรวมที่ รพ.สต. เพื่อนำไปกำจัดโดยมีรถบริษัทเอกชนมารวบรวมและนำไปกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการต่อไป 2. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคมและไม่มีการปนเปื้อนสารคัดหลังกำจัดโดย

ตารางที่ 11 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ก่อนการดำเนินการ	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯ ภายหลังดำเนินการ
		แต่ละครัวเรือนดำเนินการจัดการเอง ซึ่งการกำจัดเองต้องได้รับอนุญาตจากราชการส่วนท้องถิ่นหรือเป็นมติข้อตกลงร่วมกันของชุมชน โดยมีวิธีการได้แก่1) การกำจัดด้วยวิธีการเผาในภาชนะรองรับหรือหลุมเผาที่มีที่รองรับเถ้าจากการเผา 2) การฝังกลบอย่างถูกวิธี โดยกำหนดพื้นที่ในการกำจัดคือบริเวณพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนหรือเขตที่พักอาศัยของคนในชุมชน ไม่ใกล้แหล่งน้ำหรือแหล่งเพาะปลูก

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม และยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่หมดอายุ เสื่อมคุณภาพ และแตกหักชำรุด 2) การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ คือ วิธีการเก็บรวบรวมบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน 3) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ คือขั้นตอน วิธีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อนำไปพักรวมหรือนำไปกำจัด 4) ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ โดยการรวบรวมมาทิ้งในจุดที่เตรียมไว้ เช่น อบต. รพ.สต.และนำส่งต่อไปกำจัดอย่างถูกต้อง 5) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ คือ วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสมตามมติที่ตกลงของชุมชน ได้แก่ การเผาในภาชนะรองรับหรือหลุมเผาในพื้นที่ห่างไกลจากชุมชนและที่พักอาศัย และการขุดหลุมฝังกลบในพื้นที่ที่กำหนดของแต่ละครัวเรือนสามารถสรุปเป็นแผนผังขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ดังแผนภาพที่ 4



ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 70 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.6 มีอายุเฉลี่ย 51.61 ปี (SD = 9.69, Min = 29, Max = 78) สถานภาพสมรส ร้อยละ81.4 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.0 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 85.7 สถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 62.9 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 77.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัวน้อยกว่า 18,000 บาท ร้อยละ 93.0 (Mean = 6722.9, SD = 5674.3, Median = 5,000, Min = 800, Max = 30,000) บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกและผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว ร้อยละ 90.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 70)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	8 (11.4)
หญิง	62 (88.6)
อายุ (ปี)	
ต่ำกว่า 40	8 (11.4)
40-49	21 (30.0)
50-59	34 (48.6)
60-69	5 (7.1)
ตั้งแต่ 70	2 (2.9)
(Mean = 51.61, SD = 9.69, Min = 29, Max = 78)	
สถานภาพสมรส	
โสด	5 (7.1)
สมรส	57 (81.4)
หม้าย	5 (7.1)
หย่าร้าง/แยก	3 (4.3)

ตารางที่ 12 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 70) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	15 (21.4)
มัธยมศึกษา	49 (70.0)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	6 (8.6)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
น้อยกว่า 3 คน	16 (22.9)
ตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป	54 (77.1)
(Mean = 4.31, SD = 2.04, Min = 2, Max = 10)	
อาชีพหลักของครอบครัว	
เกษตรกรรม	61 (85.7)
ค้าขาย	2 (2.9)
รับจ้าง	1 (1.4)
ข้าราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	1 (1.4)
ธุระกิจส่วนตัว	5 (7.1)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัว (บาท)	
น้อยกว่า 18,000 บาท	399 (93.0)
ตั้งแต่ 18,000 บาท	30 (7.0)
(Mean = 6722.9, SD = 5,674.3, Median = 5,000, Min = 800, Max = 30,000)	
บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	
เป็นสมาชิกและผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว	63 (90.0)
เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ	6 (8.5)
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.)	1 (1.4)
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี)	
น้อยกว่า 5 ปี	68 (97.1)
ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป	2 (2.9)
(Mean = 2.05, SD = 2.32, Min = 1, Max = 15)	

ตารางที่ 12 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 70) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์การอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	
ไม่เคยอบรมหรือได้รับความรู้	22 (31.4)
เคยอบรมหรือได้รับความรู้ จากแหล่งข้อมูล	48 (68.6)
เจ้าหน้าที่/พยาบาล/อสม.	22 (45.8)
เอกสาร/แผ่นพับ/หนังสือ/คู่มือ/สื่อสิ่งพิมพ์	20 (41.7)
สื่อออนไลน์/เฟสบุ๊ค/ไลน์/อินเตอร์เน็ต	6 (12.5)
ประสบการณ์การอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุ	
ไม่เคยอบรมหรือได้รับความรู้	31 (44.3)
เคยอบรมหรือได้รับความรู้ จากแหล่งข้อมูล	39 (55.7)
เจ้าหน้าที่/พยาบาล/อสม.	22 (56.4)
เอกสาร/แผ่นพับ/หนังสือ/คู่มือ/สื่อสิ่งพิมพ์	12 (30.8)
สื่อออนไลน์/เฟสบุ๊ค/ไลน์/อินเตอร์เน็ต	5 (12.8)

ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ พบว่า ก่อนการพัฒนาข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 3 มูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรคจากการติดเชื้อได้ ข้อ 4 การคัดแยกมูลฝอย ต้องมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ ข้อ 5 ก่อนการนำไปกำจัด มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม ได้แก่ เข็ม ใบมีด หลอดแก้วแตกหัก ข้อ 7 การเก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ควรเก็บเวลากลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี และข้อ 8 ที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนต้องเป็นวัสดุ ที่ทนทานแข็งแรง มีข้อความแสดงชัดเจน มีหูหิ้ว มีฝาปิดมิดชิดและสามารถทำความสะอาดได้ง่าย ร้อยละ 95.7 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลก็ได้ ร้อยละ 7.1 ภายหลังการพัฒนาข้อที่ตอบถูกมากที่สุด พบว่า ข้อ 6 มูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม ได้แก่ สำลี ผ้าพันแผล ผ้าก๊อส ข้อ 7 การเก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ควรเก็บเวลากลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี ข้อ 8 ที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนต้องเป็นวัสดุ ที่ทนทานแข็งแรง มีข้อความแสดงชัดเจน มีหูหิ้ว มีฝาปิดมิดชิดและสามารถทำความสะอาดได้ง่าย และข้อ 9 การเก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงขยะติดเชื้อสีแดงและมัด

ปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ เชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแพร่กระจายลงสู่แหล่งน้ำและพื้นดินได้ ร้อยละ 17.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70)

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา				หลังการพัฒนา			
	ตอบถูก		ตอบผิด		ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.มูลฝอยติดเชื้อ คือ มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค เช่น เลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย	14	20.0	56	80.0	61	87.1	9	12.9
2.เชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแพร่กระจายลงสู่แหล่งน้ำและพื้นดินได้	11	15.7	59	84.3	12	17.1	58	82.9
3.มูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรคจากการติดเชื้อได้	67	95.7	3	4.3	63	90.0	7	10.0
4.การคัดแยกมูลฝอย ต้องมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ ก่อนการนำไปกำจัด	67	95.7	3	4.3	64	91.4	6	8.6
5.มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม ได้แก่ เข็ม ใบมีด หลอดแก้วแตกหัก	67	95.7	3	4.3	64	91.4	6	8.6

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา				หลังการพัฒนา			
	ตอบถูก		ตอบผิด		ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6.มูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม ได้แก่ สำลี ผ้าพันแผล ผ้าก๊อส	66	94.3	4	5.7	70	100.0	0	0
7.การเก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ควรเก็บเวลากลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี	67	95.7	3	4.3	70	100.0	0	0
8.ที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนต้องเป็นวัสดุที่ทนทานแข็งแรง มีข้อความแสดงชัดเจน มีหูหิ้ว มีฝาปิดมิดชิดและสามารถทำความสะอาดได้ง่าย	67	95.7	3	4.3	70	100.0	0	0
9.การเก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงขยะติดเชื้อสีแดง และมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	64	91.1	6	8.6	70	100.0	0	0

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อ ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา				หลังการพัฒนา			
	ตอบถูก		ตอบผิด		ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10.การเก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของ กล่องภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	64	91.1	6	8.6	69	98.6	1	1.4
11.การเก็บมูลฝอยติดเชื้อไม่ควรเก็บเกิน 10 วัน ในอุณหภูมิห้องปกติ	63	90.0	7	10.0	61	87.1	9	12.9
12.สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับมูลฝอยทั่วไปได้	62	88.6	8	11.4	69	98.6	1	1.4
13.มูลฝอยติดเชื้อกำจัดได้โดยการฝังกลบที่บ้านผู้ป่วย	63	90.0	7	10.0	68	97.1	2	2.9
14.ผู้เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลก็ได้	5	7.1	65	92.9	18	25.7	52	74.3
15.สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ อยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดมีประตูปิดมิดชิดทำความสะอาดได้ง่าย	55	78.6	15	21.4	66	94.3	4	5.7

ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนการพัฒนาความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 80 ภายหลังหลังการพัฒนา มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 90 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70)

ข้อความ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้อยู่ในระดับดี (คะแนน >= 10.97)	56	80.0	63	90.0
ความรู้อยู่ในระดับไม่ดี (คะแนน < 10.97)	14	20.0	7	10.0

ด้านเจตคติคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายข้อ พบว่า ก่อนพัฒนาข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้อง นั้นทำได้ยาก (M=4.51, SD=0.87) ข้อที่เห็นด้วยมากน้อยที่สุด ได้แก่ คิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอจะช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อได้มากขึ้น (M=1.31, SD=0.67) ภายหลังการพัฒนามีข้อเห็นด้วยระดับมากและระดับมากที่สุด โดยข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นหน้าที่ของ อสม. ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อบต. เพียงเท่านั้น (M=4.86, SD=0.28) คิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้ง สามารถใช้ปากถุงมัดกันแทนเชือกได้ (M=4.79, SD=0.35) คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้อง นั้นทำได้ยาก (M=4.68, SD=0.42) และคิดว่ามูลฝอยติดเชื้อ ต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสม มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ (M=4.62, SD=0.69) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 15

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 15 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการพัฒนาจำแนกรายข้อ (n=70)

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยก่อนการพัฒนา			ระดับความเห็นด้วยหลังการพัฒนา		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1.คิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด	4.35	0.89	มาก	3.77	0.14	มาก
2.คิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอจะช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อได้มากขึ้น	1.31	0.67	น้อยที่สุด	3.40	0.75	ปานกลาง
3.คิดว่ามูลฝอยติดเชื้อ ต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสม มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค	1.89	0.39	น้อย	4.62	0.69	มากที่สุด
4.คิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัย	1.82	0.08	น้อย	4.14	0.29	มาก
5.คิดว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครอบครัวและชุมชนควรอาศัยผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามาร่วมดูแลและแก้ไขปัญหาร่วมกัน	2.25	0.37	น้อย	4.13	0.09	มาก
6.คิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งสามารถใช้ปากถุงมัดกันแทนเชือกได้	4.25	0.36	มาก	4.79	0.35	มากที่สุด
7.คิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป	4.09	0.20	มาก	4.43	0.08	มาก
8.คิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื้อกลางแจ้งไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม	2.00	0.27	น้อย	3.57	0.51	มาก

ตารางที่ 15 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ (n=70) (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยก่อนการพัฒนา			ระดับความเห็นด้วยหลังการพัฒนา		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
9.คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นหน้าที่ของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อบต.	4.35	0.06	มาก	4.86	0.28	มากที่สุด
10.คิดว่าการแยกประเภทมูลฝอยเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลาและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์	3.59	0.34	มาก	4.29	0.12	มาก
11.คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้อง นั้นทำได้ยาก	4.51	0.87	มากที่สุด	4.68	0.42	มากที่สุด
12.คิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด ออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่น โดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนส่งไปกำจัด	3.86	0.43	มาก	4.44	0.75	มาก
13.คิดว่ากระปุกน้ำเกลือหรือถุงน้ำยาล้างไตสามารถนำมาล้างทำความสะอาดและขายในร้านรับซื้อของเก่าได้	1.79	0.14	น้อย	4.26	0.16	มาก
14.คิดว่าคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอย ติดเชื้อในทุกขั้นตอนตั้งแต่การคัดแยกจนถึงการกำจัดมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี	4.28	0.12	มาก	4.47	0.81	มาก
15.คิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรนำส่งสถานพยาบาล/รพสต. ใกล้บ้านเพื่อนำไปกำจัดต่อไป	2.91	0.35	ปานกลาง	4.43	0.81	มาก
รวม	3.15	0.25	ปานกลาง	4.50	0.73	มาก

ด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจำแนกรายข้อ พบว่า ก่อนการพัฒนาข้อที่มีการปฏิบัติระดับมากสูงสุด ได้แก่ เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ภาชนะที่แข็งแรง ไม่รั่วซึม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมบริเวณที่พักมูลฝอยติดเชื้อ (M=2.95, SD=0.25) รองลงมาคือ แยกมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงใส่ปัสสาวะ เข็มฉีดยา ผ้าพันแผลออกจากมูลฝอยประเภทอื่น และมัดปากถุงใส่ขยะติดเชื้อด้วยเชือกให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด (M=2.89, SD=0.35) ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติระดับน้อย ได้แก่ ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภท เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปในที่สาธารณะ เช่น ข้างทาง ป่าที่รกร้าง (M=1.59, SD=0.81) เก็บมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม โดยบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่องหรือภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (M=1.26, SD=0.63) และเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ที่บ้านโดยเก็บพักไว้ไม่เกิน 7 วัน ก่อนนำไปกำจัด (M=1.08, SD=0.32) ภายหลังการพัฒนาข้อที่มีระดับการปฏิบัติระดับมากสูงสุด ได้แก่ เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ภาชนะที่แข็งแรง ไม่รั่วซึม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมบริเวณที่พักมูลฝอยติดเชื้อ (M=2.97, SD=0.17) รองลงมาคือ แยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ขวดยา ออกจากมูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม เช่น ผ้าพันแผล สำลี (M=2.91, SD=0.28) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการพัฒนาจำแนกรายข้อ (n=70)

ข้อความ	การปฏิบัติก่อนการพัฒนา			การปฏิบัติหลังการพัฒนา		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1.แยกมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงใส่ปัสสาวะ เข็มฉีดยา ผ้าพันแผลออกจากมูลฝอยประเภทอื่น	2.89	0.35	มาก	2.90	0.30	มาก
2.แยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ขวดยา ออกจากมูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม เช่น ผ้าพันแผล สำลี	2.84	0.48	มาก	2.91	0.28	มาก

ตารางที่ 16 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ (n=70) (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติก่อนการพัฒนา			การปฏิบัติหลังการพัฒนา		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
3.กรณีมีมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ของผู้ป่วย ท่านนำมาเทลง ในโถส้วมแล้วราดน้ำตามให้โถสะอาด	1.93	0.28	ปานกลาง	2.41	0.88	ปานกลาง
4.มัดปากถุงใส่ขยะติดเชื้อด้วยเชือกให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด	2.89	0.35	มาก	2.83	0.59	มาก
5.เก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม โดยบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงขยะติดเชื้อสีแดงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	2.82	0.50	มาก	2.86	0.43	มาก
6.เก็บมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม โดยบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่องหรือภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	1.26	0.63	น้อย	2.90	0.35	มาก
7.ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภท เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปในที่สาธารณะ เช่น ข้างทาง ป่าที่รกร้าง	1.59	0.81	น้อย	2.83	0.51	มาก
8.เก็บมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ที่บ้านโดยเก็บพักไว้ไม่เกิน 7 วัน ก่อนนำไปกำจัด	1.08	0.32	น้อย	1.56	0.58	ปานกลาง
9.มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดปากจมูก ทุกครั้งที่เก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	2.31	0.92	ปานกลาง	2.84	0.37	มาก

ตารางที่ 16 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ (n=70) (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติก่อนการพัฒนา			การปฏิบัติหลังการพัฒนา		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
10.ทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น ถุงมือ โดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก	1.94	0.28	ปานกลาง	2.33	0.86	ปานกลาง
11.เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ภาชนะที่แข็งแรง ไม่รั่วซึม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมบริเวณที่พักมูลฝอยติดเชื้อ	2.95	0.25	มาก	2.97	0.17	มาก
12.ใช้ถุงพลาสติกสีแดง หรือถุงพลาสติกที่เหนียว ไม่ขาด ไม่รั่วซึมในการใส่มูลฝอยติดเชื้อ	2.72	0.63	มาก	2.89	0.17	มาก
13.นำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล,อบต, รพ.สต. จัดให้	2.78	0.54	มาก	2.69	0.69	มาก
14.มีการล้างทำความสะอาดรถที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังการใช้งาน	2.22	0.80	ปานกลาง	2.79	0.48	มาก
15.มีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อตอนนำส่งมูลฝอยติดเชื้อ	2.22	0.80	ปานกลาง	2.10	0.75	ปานกลาง
รวม	2.43	0.23	ปานกลาง	2.65	0.22	มาก

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา 10.75 และ 11.24 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.007$) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ ก่อนและหลังการพัฒนา 8.54 และ 11.63 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนา 9.60 และ 13.99 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) รายละเอียด ดังตาราง 17

ตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อน-หลังการพัฒนา (n=70)

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ค่าเฉลี่ย	Mean difference	t	p-value
ความรู้				
ก่อนการพัฒนา	10.75	-0.48	-2.76	0.007
หลังการพัฒนา	11.24			
เจตคติ				
ก่อนการพัฒนา	8.54	-3.09	-19.37	<.001
หลังการพัฒนา	11.63			
การปฏิบัติ				
ก่อนการพัฒนา	9.60	-4.38	-56.56	<.001
หลังการพัฒนา	13.99			

3.3.6 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

1) ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ดำเนินการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการเรียนรู้ และถอดบทเรียนในช่วงวันที่ 26 กรกฎาคม

พ.ศ. 2567 โดยใช้วิธีการถอดบทเรียนและประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ จากการเล่าเรื่องและเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยผลการถอดบทเรียนสามารถแยกเป็นประเด็นการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้จากข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน การเรียนรู้จากกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม การเรียนรู้จากการเป็นเจ้าของร่วมกัน การเรียนรู้จากการเสริมแรงและการสร้างกำลังใจที่ดีร่วมกัน การเรียนรู้จากการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และเรียนรู้จากการประสานงานและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การเรียนรู้จากข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน โดยการเรียนรู้นี้เกิดขึ้นจากกิจกรรมการคืนข้อมูล การสนทนากลุ่มและการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงรวมทั้งรายละเอียด ที่มาของการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทและปริมาณของการเกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จึงทำให้เห็นความสำคัญและนำไปสู่การเรียนรู้ในการจัดการปัญหาร่วมกัน โดยสะท้อนจากการถอดบทเรียนดังคำกล่าวที่ว่า

“...ผมไม่เคยทราบมาก่อนว่า ขยะติดเชื้อหรือขยะจากผู้ป่วยจะมีประมาณเยอะขนาดนี้ เข้าใจว่าแต่ละครัวเรือนมีคนละเล็กละน้อยแล้วก็จัดการกันเอง” (GM-PG2)

“...ฉันรู้แค่ว่าในครัวเรือนตัวเองมีแพมเพิสจากการดูแลคุณตาที่บ้านวันละ 4-5 ชิ้น แต่ปริมาณภาพรวมทั้งตำบล ทั้งอำเภอฉันก็ไม่เคยรู้มาก่อน” (GM-FCG2)

“...ที่ปฏิบัติกันมาก่อนหน้านี้ คือ ให้แต่ละครัวเรือนที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีขยะติดเชื้อเหล่านี้ดูแลและจัดการกันเอง โดยจะมี อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เป็นผู้ดูแลจัดการร่วมกัน แต่พอมารับฟังข้อมูลปัญหานี้แล้ว คิดว่าคงต้องมีวิธีการอื่น ๆ ที่จะเข้ามาดูแลและจัดการให้ดีขึ้น” (GM-PG2)

“...ทุกวันนี้ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมากขึ้น มีทั้งกลุ่มติดบ้านติดเตียง ขยะก็ต้องเพิ่มมากขึ้นไปด้วย หากไม่ดูแลจัดการก็คงเป็นปัญหาต่อไปในอนาคต” (GM-PG2)

การเรียนรู้จากกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้ร่วมดำเนินการวิจัยสะท้อนว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เป็นการเพิ่มพูนทักษะ ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ร่วมดำเนินการส่วนใหญ่ยังไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย แต่ภายหลังการร่วมกิจกรรมในแผนปฏิบัติการทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นและ

สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ได้แก่ 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม 2) กิจกรรมการพัฒนาสื่อการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกวิธีและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม 4) กิจกรรมประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านเพื่อให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม และ5) กิจกรรมการสร้างพื้นที่การเรียนรู้และช่องทางในการเข้าถึงความรู้โดยมีการจัดตั้งกลุ่มสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ก่อนหน้านี้ฉันก็ไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ชุมชนรู้เป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือไม่ เพราะก็พากันทำมาอย่างนี้ตลอด เช่น ขยะที่เกิดจากผู้ป่วยพวกเราก็เผา บางบ้านก็ฝัง ไม่รู้ว่าทำแบบนี้จะถูกต้องไหม” (GM-FCG2)

“...จากการที่มีกิจกรรมการให้ความรู้ การประชุมต่าง ๆ ในพื้นที่ของเรา ก็ทำให้ชาวบ้านมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น โดยเฉพาะตัวผมเองก็คิดว่ามีความรู้ในการจัดการขยะเหล่านี้มากขึ้น เพราะข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับมา ผมก็นำไปประกาศหอกระจายข่าวอยู่เป็นประจำ ก็ได้เรียนรู้ผ่านการประกาศข่าวครับ” (GM-PG3)

“...ผมคิดว่าคู่มือการเรียนรู้ที่เราร่วมกันพัฒนาก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทุกคนเกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น มองเห็นภาพและขั้นตอน วิธีการต่าง ๆ ที่จะนำไปจัดการขยะร่วมกันครับ ดีมาก ๆ เลยครับ” (GM-FCG2)

“...มีคุณหมอ เจ้าหน้าที่ ทีมอสม. ทีม CG ไปเยี่ยมถึงบ้าน ไปให้ความรู้ให้คำแนะนำ และไปขอดูวิธีการกำจัดขยะติดเชื้อ ก็ทำให้ฉันมั่นใจขึ้นว่าฉันทำได้ถูกต้อง สิ่งไหนที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมก็ได้รับคำแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยน” (GM-FCG3)

การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นทีมในรูปแบบคณะกรรมการสภาชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน การเรียนรู้นี้เกิดขึ้นจากการร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ซึ่งรวมถึงการจัดการมูลฝอยทุกประเภท ทั้งมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยติดเชื้อ ของเสีย มูลฝอยอันตราย ที่เกิดขึ้นภายในชุมชน โดยการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสภาชุมชนมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การประชุมเพื่อหาแนวทางในการจัดการมูลฝอยร่วมกัน การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการจัดการมูลฝอยของแต่ละหมู่บ้าน การประชุมเพื่อกำหนดกฎระเบียบข้อบังคับในชุมชนในการจัดการมูลฝอย การกำหนดพื้นที่เสี่ยงในชุมชน การศึกษาดูงานในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการมูลฝอยในพื้นที่ และกิจกรรมติดตามประเมินผลและการเสริม

กำลังใจในการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมดังกล่าวทำให้คณะกรรมการที่ร่วมกันดำเนินงานมีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจในการดำเนินงานที่จะนำไปสู่การจัดการมูลฝอยในชุมชนอย่างยั่งยืน รวมถึงการทำบทบาทหน้าที่อย่างเต็มที่เพื่อความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

"...การมาประชุมร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ออกพื้นที่ร่วมกันทำให้รู้ว่าการทำงานให้ประสบความสำเร็จที่ดีได้ต้องอาศัยทีมงานที่เข็มแข็ง สามัคคีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน" (GM-PG3)

"...สภาชุมชนเราทำงานด้วยความทุ่มเท จิตอาสา เพื่อดูแลความเป็นอยู่พี่น้องของเรา เช่น เรื่องขยะหากทุกคนไม่ร่วมมือกัน ก็คงเป็นปัญหาที่ต้องตามแก้ไขต่อไปตลอด" (GM-PG3)

"...กิจกรรมที่เราร่วมกันคิดวางแผน เกิดขึ้นได้จริงเพราะเราทุกคนร่วมแรงร่วมใจกัน ถึงแม้ว่าผลที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่อย่างน้อยเราก็เกิดแนวทางในการทำงานร่วมกันและจะต้องสานต่อทำต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ" (GM-PG3)

การเรียนรู้จากการเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยผู้ร่วมวิจัยสะท้อนบทเรียนให้เห็นถึงการรับรู้ปัญหาและการเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดังกล่าวเป็นหน้าที่ของ อสม. ผู้ดูแลผู้อายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องเข้ามาดูแลและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมทำให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาและทำให้เกิดการเรียนรู้ว่ามูลฝอยทั้งหมดเกิดจากการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นการจัดการกับปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกฝ่ายเพราะทุกคนในชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน หากไม่มีการจัดการผลกระทบก็จะเกิดกับคนในชุมชนทุกคนเช่นกัน ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

"...ชาวบ้านส่วนใหญ่เขาก็จะรอให้ อสม. CG หรือเจ้าหน้าที่เข้าไปจัดการกับปัญหา มีบางครัวเรือนจัดการด้วยตนเอง แต่ก็ยังเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของ อสม.และ CG ต้องเข้ามาดูแล ทุกวันนี้ดีขึ้นเยอะเพราะต่างคนก็ต่างรู้ว่าจะต้องรับผิดชอบร่วมกัน มีขยะเกิดขึ้นต้องจัดการร่วมกันในชุมชน" (GM-PG3)

"...แต่ก่อนในชุมชนเราจะเน้นจัดการที่ขยะที่ขายได้ ส่วนขยะจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นหน้าที่ของฝั่งสาธารณสุขที่ต้องเข้ามาจัดการ แต่พอมีโครงการนี้เข้ามาถึงทำให้รู้ว่าเราต้องรับผิดชอบร่วมกัน เพราะอนาคตต่อไปข้างหน้าทุกบ้านก็มีโอกาสในการเจ็บป่วย ต้องติดบ้านติดเตียง ทางชุมชนเองก็ต้องคิดว่ามันเป็นปัญหาภาพรวมที่เราต้องร่วมกันแก้ไข" (GM-PG3)

"...แต่ละฝ่ายเองก็ปัดหน้าที่ความรับผิดชอบ ชุมชนบอกว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงาน หน่วยงานก็บอกเป็นหน้าที่ของชุมชน ถาม อบต.ก็บอกว่าไม่มีโครงการรองรับขยะพวกนี้เป็นหน้าที่ของ รพ.สต. พอไปถามรพ.สต.ก็บอกว่ารับได้เฉพาะขยะที่เป็นเข็มและของมีคม ขยะติดเชื้ออย่างอื่น

ต้องให้ชุมชนดูแลจัดการเอง หากไม่มีเวทีกลางแบบนี้ก็ไม่รู้ว่าต่างฝ่ายต่างคิดอย่างไร พอเกิดเวทีกลางก็ต้องร่วมด้วยช่วยกันเพราะปัญหานี้เป็นปัญหาร่วมกันของทุกคนในชุมชน" (GM-FCG3)

การเรียนรู้จากการเสริมแรงและการสร้างกำลังใจที่ดีร่วมกัน โดยสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนเป็นความท้าทายที่จะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาร่วมกัน โดยในช่วงแรกของการดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากชุมชนและครัวเรือนน้อยเนื่องจากยังไม่เห็นถึงความสำคัญและสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำให้มีการปรับวิธีการโดยการเพิ่มการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุบรรจุเข้าไปในการจัดการมูลฝอยของชุมชนและจัดตั้งคณะกรรมสภาชุมชนขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของทุกหมู่บ้าน และเพิ่มกิจกรรมการกระตุ้นและเสริมแรงให้แต่ละหมู่บ้านมีการจัดตั้งธนาคารขยะและการจัดการมูลฝอยในชุมชนแบบครบวงจร โดยองค์การบริหารส่วนตำบลมีการสนับสนุนงบประมาณตั้งต้นในการดำเนินการเพื่อกระตุ้นให้แต่ละชุมชนมีการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้อง จากนั้นให้แต่ละหมู่บ้านรายงานและนำเสนอผลการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยในชุมชนในเวทีการประชุมประจำเดือนในแต่ละเดือน และมีการกล่าวยกย่องชมเชยหมู่บ้านที่มีผลการดำเนินการดีเยี่ยม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวทำให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและให้ความร่วมมือในการจัดการมูลฝอยทั่วไปในครัวเรือนรวมไปถึงการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

"...ตอนแรกฉันไปชวนใครมาร่วมกิจกรรมก็บอกว่าไม่สะดวก แต่ละบ้านก็ดูแลจัดการขยะของตนเองอยู่แล้ว ทำไมต้องไปร่วมโครงการอีก แต่พอกระตุ้นเรื่อย ๆ ไปหาบ่อย ๆ บ้านที่มีผู้ป่วยผู้สูงอายุก็เริ่มเปิดใจมาร่วมกิจกรรมกับเรา..." (GM-PG3)

"...อบต. มีงบประมาณสนับสนุนให้แต่ละหมู่บ้านนำไปจัดการปัญหาขยะ ขยะติดเชื้อ ก็นับว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สนับสนุนให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตื่นตัวที่จะมาจัดการปัญหาร่วมกัน..." (GM-FCG3)

"...ช่วงแรกที่เชิญมาร่วมกิจกรรมขยะติดเชื้อ ต่างคนก็บอกว่าไม่สะดวกต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยฉันก็ไม่รู้จะทำยังไง จนต้องตามไปเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ ค่อย ๆ พูดค่อย ๆ สื่อสารให้เข้าใจ บ้านไหนทำดีดูแลดีฉันก็ชื่นชมต่อหน้าให้ได้ยินเลย..." (GM-PG3)

การเรียนรู้จากการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้สะท้อนถึงการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ ทั้งบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บทบาทผู้ดูแลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย รวมถึงบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยบทบาทดังกล่าวเกิดขึ้นจากการร่วมระดมความคิดเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายในการ

ดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน ซึ่งแต่ละฝ่ายที่ได้รับมอบหมายได้ทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มที่ เช่น การให้ความร่วมมือในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางที่กำหนดในการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนของตน การทำบทบาทหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ฉันได้เรียนรู้ว่าหน้าที่ที่มอบหมายมาเราต้องทำให้เต็มที่ ทำให้สุดความสามารถ ถ้าทุกคนร่วมมือกันทำในสิ่งที่ตนได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ทุกอย่างจะสำเร็จได้ตามที่ตั้งไว้...” (GM-PG3)

“...ให้แม่ทำอะไรขอให้บอก แม่เต็มที่เสมอ ถ้าเราทำหน้าที่เราอย่างดีแล้วคนอื่นจะว่าเราไม่ได้ เช่น การดูแลคุณยายที่ป่วยติดเตียง ถ้าเราไม่ดูแลก็ไม่รู้ใครจะมาดูแลแทนเรา แม่ของเราเราก็ต้องใส่ใจดูแล ตอนเด็กพ่อแม่เคยเช็ดขี้เช็ดเยี่ยวให้เรา พอท่านป่วยไม่สบายเราก็ต้องดูแลท่านให้ดี...” (GM-FCG3)

“...ตามจริงแล้วก็เป็นบทบาทหน้าที่ที่ทุกคนต้องร่วมมือร่วมใจกันทำ เพราะเป็นบ้านเมืองของเรา ที่อยู่ของเรา ถ้าไม่สะอาดหูสะอาดตาเราก็ต้องช่วยกันดูแล ซึ่งแต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่ของตนเองก็ต้องทำให้สุดความสามารถ...” (GM-FCG3)

การเรียนรู้จากการประสานงานและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานในการจัดการมูลฝอยในชุมชนมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประสานงานและมีการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะในทีมการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนการเรียนรู้ว่าการประสานงานและการสื่อสารที่ดีเป็นหัวใจหลักของการดำเนินงานในครั้งนี้ เนื่องจากการทำงานร่วมกันหลายคนและหลายหมู่บ้านจำเป็นต้องมีการสื่อสารและการประสานงานที่ชัดเจนถูกต้อง เช่น การนัดหมายการประชุม การสื่อสารทางออนไลน์ หรือการประสานงานขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หากไม่ชัดเจนและเป็นการสื่อสารที่ซ้ำซ้อนไม่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้การดำเนินงานนั้นล้มเหลวได้ ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...การนัดหมายประสานงานสำคัญมากเลยครับ เพราะผู้นำเราต่างคนต่างมีหน้าที่หลายอย่าง การประสานงานหรือการพูดคุยกันที่ชัดเจนจะทำให้การทำงานของเราราบรื่นไปได้ด้วยดี...” (GM-PG3)

“...ฉันขอสะท้อนนิดหนึ่งว่า คนปฏิบัติอย่างพวกเรารอรับฟังคำสั่งการว่าจะให้ทำอะไรบ้าง ถ้าสั่งการมาไม่ชัดเจน คนหนึ่งพูดอย่างหนึ่ง อีกคนพูดอย่างหนึ่ง มันก็ลำบากในการปฏิบัติ ดังนั้นฉันจึงคิดว่าถ้ามีการพูดคุยกัน สื่อสารกัน ประสานงานกันจะทำให้มีความเข้าใจตรงกัน ทำอะไรก็ทำไปได้

พร้อมกัน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมขยะในวันนี้ถ้าไม่มีการประสานงานหรือแจ้งให้เข้าร่วมพวกเราก็ไม่ได้มาร่วม เพราะต่างคนต่างก็มีหน้าที่...” (GM-PG3)

“...แม่ก็ไม่เคยมาร่วมกิจกรรมแบบนี้มาก่อน แต่ก่อนก็มีแต่ผู้นำ ผู้ใหญ่บ้านไปประชุมแล้วเอาไปแจ้งข้อมูลในหมู่บ้าน แต่ครั้งนี้เขาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมาร่วมด้วย ก็เลยต้องมา อสม.เขาไปบอกถึงบ้าน ไปเชิญถึงบ้านให้มาร่วมรับฟัง ได้ยินแบบนี้แม่ก็ดีใจที่ไปถึงบ้าน...” (GM-FCG3)

“...ปกติฉันก็ไม่ได้ไปร่วมโครงการที่ไหนเพราะต้องดูแลคุณพ่อป่วยติดเตียงไปไหนไกลไม่ได้ อสม.และCG และบอกว่าถ้าไปร่วมทุกกิจกรรมไม่ได้ก็อยู่ที่บ้านเดี๋ยวทีมงานจะตามไปที่บ้าน จะไปเล่าให้ฟังเอง ตอนแรกฉันก็ไม่คิดว่าจะมาเยี่ยมถึงบ้าน แต่ทีมงานก็มาจริง ๆ วันนั้นมีหลานคนที่ไปเยี่ยมพ่อฉันถึงบ้าน...” (GM-FCG3)

นอกจากนั้นได้ถอดบทเรียนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ดีและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้สะท้อนผ่านการเล่าเรื่อง การแสดงความคิดเห็น รวมทั้งการอภิปรายกลุ่ม ในประเด็นวิธีการปฏิบัติที่ดีและความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในชุมชน โดยได้สะท้อนมุมมองและความคิดหลากหลายประเด็น ดังนี้

วิธีการปฏิบัติที่ดีหรือการดำเนินการที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้สะท้อนถึงการมองปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ทุกฝ่ายมองเห็นความสำคัญซึ่งจะนำไปสู่การคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและการออกแบบวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนั้นมีผู้อภิปรายเพิ่มเติมถึงการดำเนินงานที่ดี นอกจากการมองเห็นปัญหาและมีแผนงานที่ดีแล้วสิ่งที่สำคัญคือการนำไปสู่การปฏิบัติหรือการลงมือทำอย่างจริงจังและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการดำเนินการครั้งนี้ถือได้ว่าทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ถึงแม้จะมีปัญหาหรืออุปสรรคบ้างในบางกิจกรรมแต่การดำเนินการก็สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ดังคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ผมคิดว่าทุกคนรับรู้ปัญหาและมองเห็นปัญหาร่วมกัน ทำให้ทุกคนเห็นความสำคัญมากขึ้น ประกอบกับปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนหรือขยะที่เกิดจากผู้ป่วย ผู้สูงอายุในครัวเรือนก็ดี เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และทาง อบต. ทางหมู่บ้านก็พูดคุยเรื่องนี้กันมาตลอดครับ...” (GM-PG3)

“...สิ่งที่ผมคิดว่าทำได้ดีและถือว่าเป็นความสำเร็จที่เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจกันคือ พอทุกคนทราบปัญหาร่วมกัน แล้วนำปัญหานั้นไปพูดคุยวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่เคยมีเวทีแบบนี้มาก่อน การที่ทีมวิจัยได้เข้ามาทำกิจกรรมผมก็คิดว่าเป็นการออกแบบและวางแผนที่ดีร่วมกันครับ...” (GM-PG3)

“...ฉันขอเพิ่มเติมว่านอกจากแผนหรือแนวปฏิบัติที่ดีแล้ว หากไม่ลงมือทำก็ไม่สำเร็จ ฉันจึงเสนอว่าสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการลงมือปฏิบัติร่วมกันอย่างจริงจัง มีการกำกับติดตาม ไม่ปล่อยปละละเลย และทุกหมู่บ้านต้องนำไปปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง...” (GM-FCG3)

จากนั้นผู้วิจัยได้สรุปประเด็นร่วมกันอีกครั้งว่าวิธีการปฏิบัติที่ดีหรือการดำเนินการที่ก่อให้เกิดความสำเร็จได้นั้นสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1. มอง คือ มองปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาร่วมกัน 2. คิด คือ คิดวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาและคิดออกแบบวางแผนร่วมกัน 3. ทำ คือ ลงมือปฏิบัติเพื่อจัดการปัญหาและประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน 4.นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง คือ การนำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียไปปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากนั้นให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องและสรุปร่วมกันว่าวิธีการปฏิบัติที่ดีหรือการดำเนินการที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ ประกอบด้วย 4 ประการหลัก คือ “1.มอง 2.คิด 3.ทำ 4.นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง”

การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ภายหลังจากได้ข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ดีหรือการดำเนินการที่ก่อให้เกิดความสำเร็จแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงเปิดประเด็นเพื่อนำเข้าสู่การสะท้อนการเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้สะท้อนมุมมองและความคิดเห็นของแต่ละคนผ่านการอภิปรายกลุ่มและเขียนลงในกระดาษที่ได้จัดเตรียมให้ จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จ และผู้วิจัยได้สอบถามเพื่ออธิบายในแต่ละประเด็นเพิ่มเติมในระหว่างการนำเสนอ จากนั้นมีการจัดกลุ่มประเด็นที่มีความคล้ายคลึงโดยมีประเด็นการเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จ 13 ประเด็น ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ร่วมกันจากทุกฝ่ายทำให้มีความเข้าใจตรงกันและมองเห็นปัญหาร่วมกัน รวมทั้งมีเป้าหมายร่วมกันในการจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...การที่ได้มาร่วมกิจกรรมดี ๆ อย่างนี้ก็ทำให้ผมได้เห็นว่าหากทุกคนรับรู้ปัญหาหรือสถานการณ์ในพื้นที่ร่วมกัน มองเห็นเป็นปัญหาที่สำคัญเหมือนกัน ก็จะทำให้การทำงานของเราสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีครับ...” (GM-PG3)

2) เกิดการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย เช่น การประยุกต์ใช้ถังน้ำมันมาประดิษฐ์เป็นเตาเผาขยะความร้อนสูง การประยุกต์ใช้ถังสีทาบ้านเป็นภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียก่อนนำไปกำจัด ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...บ้านฉันเผาขยะติดเชื้อในเตาเผาถ่าน ตอนแรกฉันซื้อมาว่าจะเผาถ่านขาย แต่พอพ่อมาป่วยติดเตียง ฉันเลยเอามาเผาขยะแทน มันเผาได้ดีมากไม่ต้องห่วงว่าจะไหม้ไม่หมด และไม่ต้องห่วงเรื่องหมาแมวมาคุ้ยเขี่ย...” (GM-FCG3)

“...ฉันไม่มีถังขยะเหมือนที่แนะนำ ฉันก็ไปหาถังสีเก่า ๆ ที่ซื้อมาตอนสร้างบ้าน ฉันก็ให้พ่อบ้านดัดแปลงมาเป็นถังใส่ขยะติดเชื้อ มันก็ใช้ได้ดีเพราะมันหนาและมันมีฝาปิดมิดชิดอย่างดีเลย...” (GM-FCG3)

3) มีการวางแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ดีและมีการออกแบบกิจกรรมในการจัดการที่หลากหลาย และมีที่มาจากการระดมความคิดเห็นของทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินการที่ออกมาได้ผลดี และก็คิดว่าเป็นสำสำคัญเลยก็คือการมีส่วนร่วมจากทุกที่ ทุกฝ่าย ที่ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผนและปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าขาดตัวนี้ไปคิดว่าจะประสบความสำเร็จก็คงยากครับ...” (GM-PG3)

“...ก็ต้องยกความดีงามนี้ให้กับทุกคน ทุกฝ่าย โดยเฉพาะพี่น้องในชุมชนเราที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งการเสนอแนะ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และนำไปใช้ในการวางแผนและการพัฒนาได้เป็นอย่างดี...” (GM-PG3)

4) การกำหนดนโยบายร่วมกันเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน รวมถึงการบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) ในการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยร่วมกันของทุกหมู่บ้าน เช่น กำหนดพื้นที่และระยะเวลาในการเผามูลฝอย กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ กำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยร่วมกัน ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ในฐานะที่ผมเป็นผู้นำชุมชน ผู้นำหมู่บ้าน ก็มองเห็นถึงความสำคัญของนโยบายหรือการทำข้อตกลงร่วมกันของทุกฝ่าย เพราะลำพังการทำงานของผู้นำเองแล้วก็คงไม่สามารถทำได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและกำหนดร่วมกันครับ...” (GM-PG3)

5) มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการสื่อสารและการตัดสินใจ ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อและของเสียรวมทั้งมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารและการทำงานร่วมกันอย่างรวดเร็วและทันสมัย ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ส่วนตัวเองมองเห็นความสำคัญของข้อมูล การพูดคุยสื่อสารรวมถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการสื่อสาร ให้ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น ข้อมูลที่นำมาเสนอวันที่เราประชุมคืนข้อมูลก็เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ชัดเจนและนำไปสู่การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี...” (GM-PG3)

6) การมีเครือข่ายความร่วมมือที่ดีทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น เครือข่ายชุมชนต้นแบบด้านการจัดการมูลฝอยในชุมชน เครือข่ายธนาคารขยะ เครือข่ายสถาบันการศึกษาภายนอกที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการและให้ข้อมูลคำแนะนำ และมีการจัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานที่ประกอบด้วยฝ่ายต่าง ๆ และมีที่มาของคณะกรรมการจากทุกหมู่บ้าน และมีกลุ่ม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในครั้งนี้ด้วย ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...หัวใจสำคัญในการดำเนินงานที่ได้เรียนรู้นอกจากทุกฝ่ายให้ความสำคัญแล้ว ก็มองว่าความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ราบรื่นด้วยดี ฝ่ายแต่ละฝ่ายมีหน้าที่แตกต่างกัน มีความรับผิดชอบต่างกัน ถนัดกันคนละเรื่อง แต่พอมาทำงานร่วมกันก็จะทำให้งานของเราสำเร็จได้ด้วยดี...” (GM-PG3)

“...ที่ผ่านมาก็ได้รับความร่วมมือที่ดีจากทุกภาคส่วนครับ โดยเฉพาะคณะกรรมการที่ร่วมกันจัดการขยะในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งก็ทราบว่ามีหลายส่วนร่วมมือกันเพื่อพัฒนาชุมชนของเรา... ” (GM-PG3)

7) มีการแจ้ง ประกาศ บอกข่าว ให้ประชาชนในชุมชนรับรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสีย อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการจัดการอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ผู้ใหญ่บ้านบ้านฉันประกาศหอกระจายข่าวทุกวัน ถ้าไม่ทำก็อายบ้านอื่นเขา เพราะฉะนั้นเราก็ต้องให้ความร่วมมือกัน พัฒนาไปด้วยกัน การประกาศแจ้งข้อมูลข่าวสารมันก็ดีที่ทำให้เรารับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ และอีกอย่างต้องกระตุ้นเตือนกันบ่อย ๆ ทุกคนถึงจะทำร่วมกัน...” (GM-FCG3)

“...ฉันอ่านในไลน์หมู่บ้านประจำ เห็นข้อมูล เห็นภาพกิจกรรมแต่ละหมู่บ้านว่าแต่ละบ้านทำอะไรบ้าง บางบ้านถ่ายภาพตอนขายขยะได้เงินหลายบาท บางบ้านก็ถ่ายภาพตอนไปเยี่ยมบ้านและดูวิธีการกำจัดขยะแต่ละครัวเรือน...” (GM-FCG3)

8) การได้เรียนรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทำให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลและจัดการอย่างถูกต้องเหมาะสมร่วมกัน ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ฉันก็เห็นข่าวในโทรทัศน์บ่อย ๆ เห็นกองขยะล้นบ้านล้นเมือง ฉันก็กลัวว่าบ้านเราถ้าไม่ร่วมกันมันก็คงเป็นเหมือนในข่าว อีกอย่างถ้าบ้านเราไม่ช่วยกันจัดการไปไหนมาไหนก็อายคนบ้านอื่น ...” (GM-FCG3)

“...เห็นในรูปมันมีเชื้อโรคต่าง ๆ มันก็คงจะเหมือนการระบาดโควิด ถ้ามันติดเชื้อติดต่อกันมามันก็เป็นปัญหาใหญ่ตามมา...” (GM-FCG3)

“...ฉันเห็นคนเอาขยะไปทิ้งข้างถนนจุดที่อยู่ใกล้สะพานทางเข้าหมู่บ้าน ฉันก็ว่ามันไม่สวยงาม รกหูรกตา คนที่เอาไปทิ้งก็ไม่รู้คิดยังไงแทนที่จะจัดการในบ้านตัวเองให้เรียบร้อย... ” (GM-FCG3)

9) บริบทชุมชนและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรัก ผูกพัน เกรงใจกัน ไม่อยากให้เดือดร้อนหรือได้รับผลกระทบ เช่น การเผามูลฝอยติดเชื้อในเขต

ชุมชนจะก่อให้เกิดกลิ่นและควันรบกวนเพื่อนบ้าน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียเพราะไม่อยากให้คนอื่นรู้สึกรังเกียจ ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ขยะหรือของไม่ดีภายในบ้านก้ไม่อย่างให้ใครเห็น แต่ละบ้านก็ต้องดูแลบ้านตัวเอง ชุมชนบ้านเราจะเป็นอย่างนี้ ไม่อยากให้มองว่าเราไม่รับผิดชอบ เพราะฉะนั้นขยะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็ต้องจัดการให้เรียบร้อย...” (GM-FCG3)

“...เวลาเผาขยะเหล่านี้มันจะมีกลิ่นเหม็น ผมต้องเอาออกไปเผาที่นาที่สวนนู้นครับ กลัวชาวบ้านเขาว่า ที่บ้านนี้เขามีข้อตกลงว่าห้ามเผาขยะในเขตบ้าน ต้องเอาไปเผาที่ทุ่งนาครับ... ” (GM-FCG3)

“...กลัวชาวบ้านมองว่าฉันดูแลแม่ไม่ดีค่ะ ฉันต้องดูแลทุกอย่างแม้กะทั้งเรื่องขยะของเสียต่าง ๆ ต้องดูแลให้เรียบร้อย...” (GM-FCG3)

10) การได้รับสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินการจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียของแต่ละหมู่บ้าน ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...ก็ต้องขอขอบคุณที่ทาง อบต. ได้สนับสนุนงบประมาณในการทำโครงการเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ก็ถือว่าทางชุมชนของเราได้รับประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะหมู่บ้านผมเองก็นำไปต่อยอดในกิจกรรมธนาคารขยะ และงบประมาณบางส่วนเราก็นำไปจัดซื้ออุปกรณ์ในการกำจัดขยะและของเสียในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงด้วย...” (GM-PG3)

“...ทาง รพ.สต.ก็สนับสนุนเต็มที่ทั้งถุงมือ ถุงขยะ และอุปกรณ์หลายอย่างที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชน นอกจากนั้นการกำจัดขยะก็มีทีม อสม.ที่เข้าไปดูแลให้คำแนะนำอยู่ตลอด...” (GM-FCG3)

11) เรียนรู้เทคนิควิธีการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในแต่ละขั้นตอน เช่น ขั้นตอนการรวบรวมบรรจุ ขั้นตอนการกำจัดด้วยเตาเผาความร้อนสูงและมีภาชนะรองรับ นอกจากนั้นได้เรียนรู้เทคนิควิธีการจากกระบวนการพัฒนา เช่น การประชุมระดมความคิดเพื่อการทำแผน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการถอดบทเรียน ดังตัวอย่างคำกล่าวที่สะท้อนจากการถอดบทเรียนว่า

“...แต่ก่อนฉันก็ไม่รู้ว่ามันต้องทำอย่างไร มีขั้นตอนอะไรบ้าง แต่พอมาอบรมและได้รับการแนะนำ ฉันก็เข้าใจว่าแต่ละขั้นตอนต้องทำอย่างไร เช่นการมัดปากถุง การเผาขยะ การแยกขยะต่าง ๆ ก็คิดว่าทุกวันนี้ฉันทำได้ถูกต้องแล้ว...” (GM-FCG3)

“...ฉันเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการอบรมมา แต่บางเรื่องฉันก็ไม่รู้ก็ต้องอาศัยความรู้และวิธีการใหม่ ๆ ต้องฟังต้องเรียนรู้อยู่เสมอ...” (GM-FCG3)

“...ฉันก็เป็นชาวบ้านธรรมดา ไม่เคยมาประชุมแบบนี้เลย มาแบบนี้ก็ทำให้ฉันมีความรู้เพิ่มขึ้น และทำให้ฉันได้พูดแสดงความคิดเห็นมากขึ้น เข้าใจวิธีการมากขึ้น...” (GM-FCG3)

จากนั้นผู้วิจัยได้เชิญชวนให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยร่วมกันสรุปการเรียนรู้และประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จและถอดข้อความอักษรเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำและนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง คือ “HCWM : PATTANA” โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อความอธิบาย
H (Health and Environmental)	การได้เรียนรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทำให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลและจัดการอย่างถูกต้องเหมาะสมร่วมกัน
C (Context and Cultural)	บริบทชุมชนและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรัก ผูกพัน เกรงใจกัน ไม่อยากให้เดือดร้อนหรือได้รับผลกระทบ เช่น การเผามูลฝอยติดเชื้อในเขตชุมชนจะก่อให้เกิดกลิ่นและควันรบกวนเพื่อนบ้าน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียเพราะไม่อยากให้คนอื่นรู้สึกรังเกียจ
H (Health and Environmental)	การได้เรียนรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทำให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลและจัดการอย่างถูกต้องเหมาะสมร่วมกัน
C (Context and Cultural)	บริบทชุมชนและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรัก ผูกพัน เกรงใจกัน ไม่อยากให้เดือดร้อนหรือได้รับผลกระทบ เช่น การเผามูลฝอยติดเชื้อในเขตชุมชนจะก่อให้เกิดกลิ่นและควันรบกวนเพื่อนบ้าน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียเพราะไม่อยากให้คนอื่นรู้สึกรังเกียจ

ตารางที่ 18 การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อความอธิบาย
W (waste management plan)	มีการวางแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ดีและมีการออกแบบกิจกรรมในการจัดการที่หลากหลาย และมีที่มาจากการระดมความคิดเห็นของทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน
M (money/Financial)	การได้รับสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินการจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียของแต่ละหมู่บ้าน
P (Policy)	การกำหนดนโยบายร่วมกันเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน รวมถึงการบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) ในการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยร่วมกันของทุกหมู่บ้าน เช่น กำหนดพื้นที่และระยะเวลาในการเผามูลฝอย กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ กำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยร่วมกัน
A (Analysis)	มีการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ร่วมกันจากทุกฝ่ายทำให้มีความเข้าใจตรงกันและมองเห็นปัญหาร่วมกัน รวมทั้งมีเป้าหมายร่วมกันในการจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
T (Technology)	มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการสื่อสารและการตัดสินใจ ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อและของเสียรวมทั้งมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารและการทำงานร่วมกันอย่างรวดเร็วและทันสมัย

พหุน ปณ ฑิโต ชีเร

ตารางที่ 18 การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

การเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อความอธิบาย
T (Technical)	เรียนรู้เทคนิควิธีการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในแต่ละขั้นตอน เช่น ขั้นตอนการรวบรวมบรรจุ ขั้นตอนการกำจัดด้วยเตาเผาความร้อนสูงและมีภาชนะรองรับ นอกจากนั้นได้เรียนรู้เทคนิควิธีการจากกระบวนการพัฒนา เช่น การประชุมระดมความคิดเพื่อการทำแผน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการถอดบทเรียน
A (Apply)	เกิดการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย เช่น การประยุกต์ใช้ถังน้ำมันมาประดิษฐ์เป็นเตาเผาขยะความร้อนสูง การประยุกต์ใช้ถังสีทาบ้านเป็นภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียก่อนนำไปกำจัด
N (Network)	การมีเครือข่ายความร่วมมือที่ดีทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น เครือข่ายชุมชนต้นแบบด้านการจัดการมูลฝอยในชุมชน เครือข่ายธนาคารขยะ เครือข่ายสถาบันการศึกษาภายนอกที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการและให้ข้อมูลคำแนะนำ และมีการจัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานที่ประกอบด้วยฝ่ายต่าง ๆ และมีที่มาของคณะกรรมการจากทุกหมู่บ้าน และมีกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในครั้งนี้ด้วย
A (Announce)	มีการแจ้ง ประกาศ บอกข่าวประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนรับรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการจัดการอย่างต่อเนื่อง

2) ผลการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเริ่มต้นจากกระบวนการศึกษาบริบทสถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียรวมทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากนั้นนำข้อมูลจากการศึกษาเข้าสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเริ่มต้นจากการประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้ชุมชนได้รับรู้ข้อมูลและสะท้อนให้เข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหามูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง จากนั้นเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายถึงปัญหาและความสำคัญในการที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา และนำเข้าสู่กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการประชุมเพื่อกำหนดและออกแบบแนวทางหรือแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย แผนปฏิบัติการทั้งหมด 4 แผนหลัก และแผนกิจกรรม 21 แผนกิจกรรมย่อย จากนั้นมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานแต่ละฝ่ายเพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งในระหว่างการปฏิบัติได้ดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย พบปัญหาอุปสรรคที่สามารถบริหารจัดการได้ เช่น เรื่องสถานที่ วันที่ เวลา ในการนัดหมาย แต่การดำเนินการภาพรวมสามารถดำเนินการไปได้ด้วยดีและครอบคลุมทุกแผนปฏิบัติการ จากนั้นได้ดำเนินการสังเกตการณ์ในระหว่างดำเนินการตามแผนซึ่งพบว่า ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างดียิ่งในทุกกิจกรรม โดยผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและประชาชนในชุมชนได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ เกิดการมีส่วนร่วมในการเลือกตัดสินใจ ออกแบบวางแผน ดำเนินการและประเมินผลร่วมกัน มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเกิดรูปแบบการพัฒนาและสื่อการเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มูลฝอยติดเชื้อและของเสียได้รับการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการสัมผัสและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการเกิดนวัตกรรม องค์ความรู้ หรือเทคโนโลยีใหม่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ดูแลและชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติในการจัดการขยะติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ย

คะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา 10.75 และ 11.24 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) ด้านเจตคติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ ก่อนและหลังการพัฒนา 8.54 และ 11.63 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) และในด้านการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนา 9.60 และ 13.99 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$)

2. เกิดแนวทางและวิธีปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยการดำเนินการได้กำหนดแนวทางและวิธีในแต่ละขั้นตอนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของแต่ละครัวเรือนและชุมชน ดังนี้

2.1 ครัวเรือนและชุมชนมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกเป็นประเภท 3 ประเภท ได้แก่ 1. มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด เศษแก้ว 2. มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม เช่น ผ้าก๊อส สำลี ผ้าพันแผล ผ้าที่ปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และของเสียจากผู้สูงอายุ และ3. ของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ

2.2 ครัวเรือนและชุมชนมีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อแต่ละประเภทโดยแยกการรวบรวม ดังนี้ 1. มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม บรรจุในกล่องหรือถังมีฝาปิด ไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วน มีเครื่องหมายและคำเตือน “ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ” 2. มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม บรรจุในถุงหรือถังสีแดงทึบแสง ทนทาน มัดปากถุงด้วยเชือก บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนและมีเครื่องหมายและคำเตือน “ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ” 3. ของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ บรรจุในห่อเดิมและบรรจุในถุงสีเทา ติดป้ายตามประเภทยา “ของเสียอันตราย” “ยาอันตรายสูง”“ยาอันควบคุมพิเศษ” หรือ“ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณ”

2.3 การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งตามประเภทการและขนย้าย ดังนี้ 1.มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมรวบรวมในกล่องหรือถังมีฝาปิด ไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วน ขนย้ายไปรวมกันที่สถานที่พักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต. 2.มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม แบ่งเป็นมูลฝอยติดเชื้อที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งมาก ให้ขนย้ายไปรวมที่สถานพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนมูลฝอยที่ปนเปื้นน้อยและของเสียอื่น ๆ ให้รวบรวมในสถานพักเก็บมูลฝอยในแต่ละครัวเรือนก่อนขนย้ายนำไปกำจัด 3.มูล

ฝอยประเภทของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ให้รวบรวมและขนย้ายไปรวมที่สถานที่พักเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต.

2.4 มีการจัดและกำหนดสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัดอย่างชัดเจน มิดชิดและเป็นระเบียบมากขึ้น โดยมีลักษณะดังนี้ 1.สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม ประเภทไม่มีคมแต่มีการปนเปื้อนสารคัดหลั่ง และประเภทมูลฝอยประเภทของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ มีสถานที่พักรวมเป็นอาคารแยกอย่างชัดเจน มีโครงสร้างเหมาะสมกับการพักเก็บมูลฝอยติดเชื้อ อากาศถ่ายเทสะดวก พื้นสามารถขัดล้างทำความสะอาดได้ มีประตูปิดมิดชิด 2.สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคมและไม่มีการปนเปื้อนสารคัดหลัง เก็บรวบรวมในสถานที่พักรวมในแต่ละครัวเรือนโดยจัดสถานที่แยกออกจากบริเวณที่พักอาศัยและแหล่งประกอบอาหาร เป็นพื้นที่มิดชิด ไม่เสี่ยงต่อการคุ้ยเขี่ยของสัตว์ รวบรวมไว้ในถังพลาสติกหรือถุงรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อที่หนาแน่น มีฝาปิดมิดชิด

2.5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดำเนินการตามสภาพบริบทและความพร้อมในพื้นที่ดังนี้ 1. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม ประเภทไม่มีคมแต่มีการปนเปื้อนสารคัดหลั่ง และประเภทมูลฝอยประเภทของเสียจากการดูแลสุขภาพปนเปื้อน ยา เวชภัณฑ์ หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ กำจัดโดยมีรถบริษัทเอกชนมารวบรวมและนำไปกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ 2. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคมและไม่มีการปนเปื้อนสารคัดหลัง กำจัดโดยแต่ละครัวเรือนดำเนินการจัดการเอง ซึ่งการกำจัดเองต้องได้รับอนุญาตจากราชการส่วนท้องถิ่นหรือเป็นมติข้อตกลงร่วมกันของชุมชน โดยการกำจัดด้วยวิธีการเผาในภาชนะหรือหลุมเผาที่มีมีรองรับเถ้าจากการเผา การฝังกลบอย่างถูกวิธี โดยกำหนดพื้นที่ในการกำจัดคือบริเวณพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนหรือเขตที่พักอาศัยของคนในชุมชน

3. ขยะติดเชื้อและของเสียในชุมชนได้รับการจัดการที่เหมาะสมมากขึ้น โดยประเมินผลจากการติดตาม สังเกต และสอบถามถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือนหรือชุมชน ซึ่งพบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติการเพื่อจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น โดยในเวทีการประชุมรายงานผลการดำเนินการและเวทีการถอดบทเรียน แต่ละหมู่บ้านได้สะท้อนถึงสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ได้แก่ 1) ครัวเรือนที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียก่อนนำไปกำจัด 2) ครัวเรือนบางส่วนมีการจัดสถานที่และปรับปรุงที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียแยกออกจากที่พักอาศัยและเป็นสถานที่มิดชิดไม่มีสัตว์แมลงมารบกวน 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการจัดหาถุงมือและอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ และมีการปรับเปลี่ยนการใช้ถุงขยะและภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อให้มี

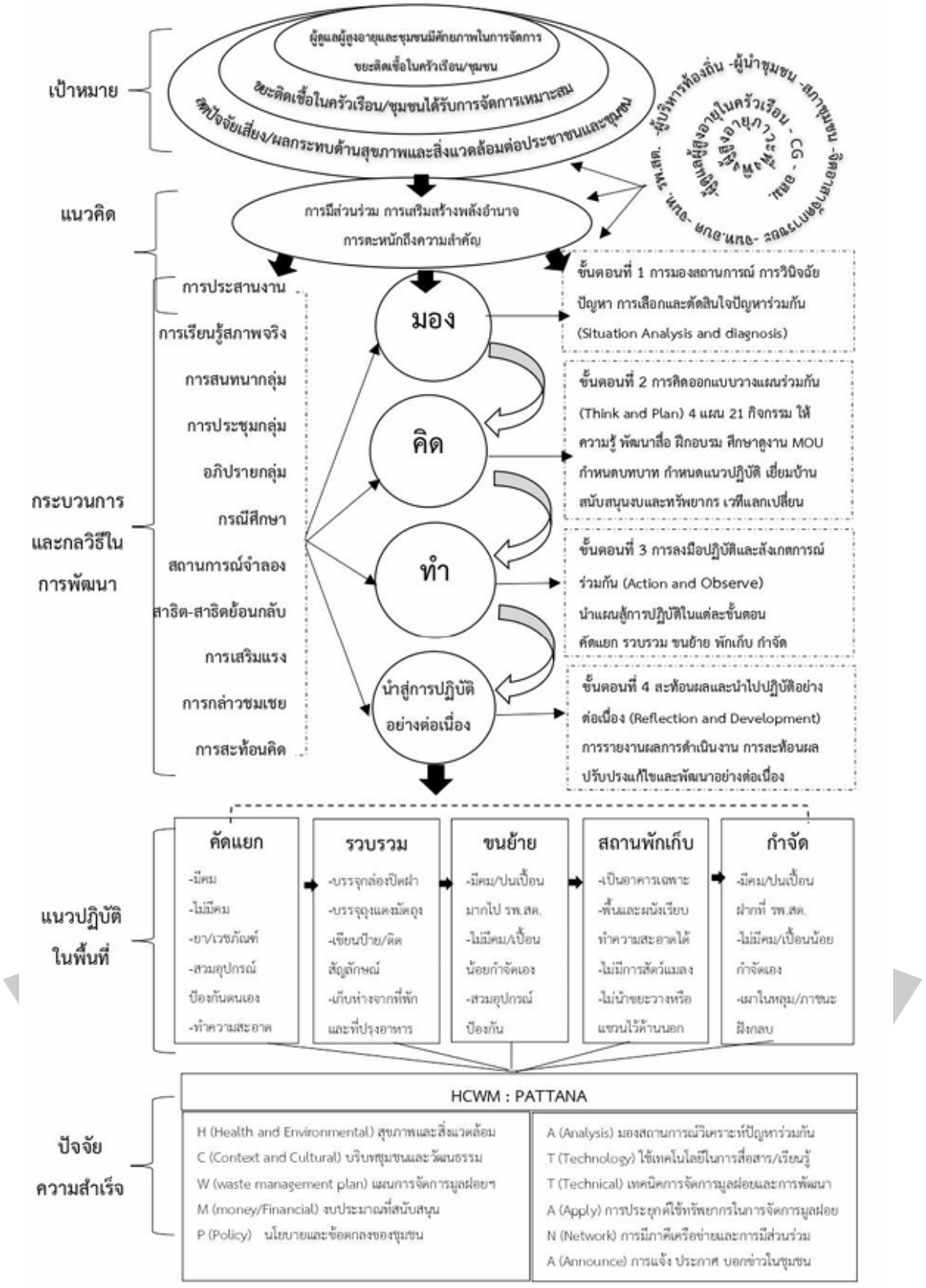
ความเหมาะสมและสามารถรองรับมูลฝอยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) มีการปรับเปลี่ยนวิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย โดยจัดหาภาชนะรองรับในการกำจัดด้วยวิธีการเผา เช่น เตาเผาไหม้ที่ประดิษฐ์จากถังน้ำมันขนาดใหญ่ ท่อปูนซีเมนต์สำหรับเผามูลฝอยติดเชื้อกลางแจ้ง และการขุดหลุมเพื่อเผามูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้น ส่วนการกำจัดด้วยวิธีการฝังกลบบางครัวเรือนใช้รถขุดดินขุดหลุมขนาดใหญ่เพื่อทำการฝังกลบเศษมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุทำให้ไม่เกิดเป็นแหล่งสะสมและเพาะพันธุ์เชื้อโรค นอกจากนั้นผลการติดตามเยี่ยมบ้านยังพบว่ามีครัวเรือนตัวอย่างในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ดำเนินการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในแต่ละหมู่บ้านที่สามารถพัฒนา

4. เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้ชุมชนและชุดความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผลงานจากการพัฒนาร่วมกันของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและชุมชน ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย โดยเป็นนวัตกรรมสื่อการเรียนรู้และชุดความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย 1) กล่องเรียนรู้การคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย โดยวิธีการเรียนรู้เกิดขึ้นจากการนำมูลฝอยติดเชื้อและเสียจำลองมาให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและชุมชนได้เรียนรู้และฝึกทักษะการคัดแยก การรวบรวม การขนย้าย การพักเก็บ รวมถึงการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างถูกวิธี 2) คู่มือการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นคู่มือที่เกิดจากข้อค้นพบจาการรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงในพื้นที่ นำไปสู่การออกแบบ การพัฒนา การทดลองใช้ และการปรับปรุงประเมินผลร่วมกัน โดยมีประเด็นในการปรับปรุงคู่มือ ได้แก่ การกำหนดประเด็นเนื้อหาที่น่าสนใจและง่ายต่อการเรียนรู้ของคนในชุมชน การเรียบเรียงและการใช้ภาษา การใช้ภาพประกอบ และการจัดลำดับการนำเสนอหัวข้อหรือประเด็นเนื้อหาในคู่มือ 3) แบบบันทึกประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และ 4) แบบประเมินความรู้และแบบประเมินรายการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ถูกต้องเหมาะสม

5. เกิดกระบวนการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ประกอบด้วยขั้นตอนหลักในการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การมองสถานการณ์ การวินิจฉัยปัญหา การเลือกและตัดสินใจปัญหาร่วมกัน (Situation Analysis and diagnosis) ขั้นตอนที่ 2 การคิดออกแบบวางแผนร่วมกัน (Plan) ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจการพัฒนาสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน การกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการติดตามควบคุมกำกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติและสังเกตการณ์ร่วมกัน (Action and Observe) ดำเนินการตามขั้นตอนการ

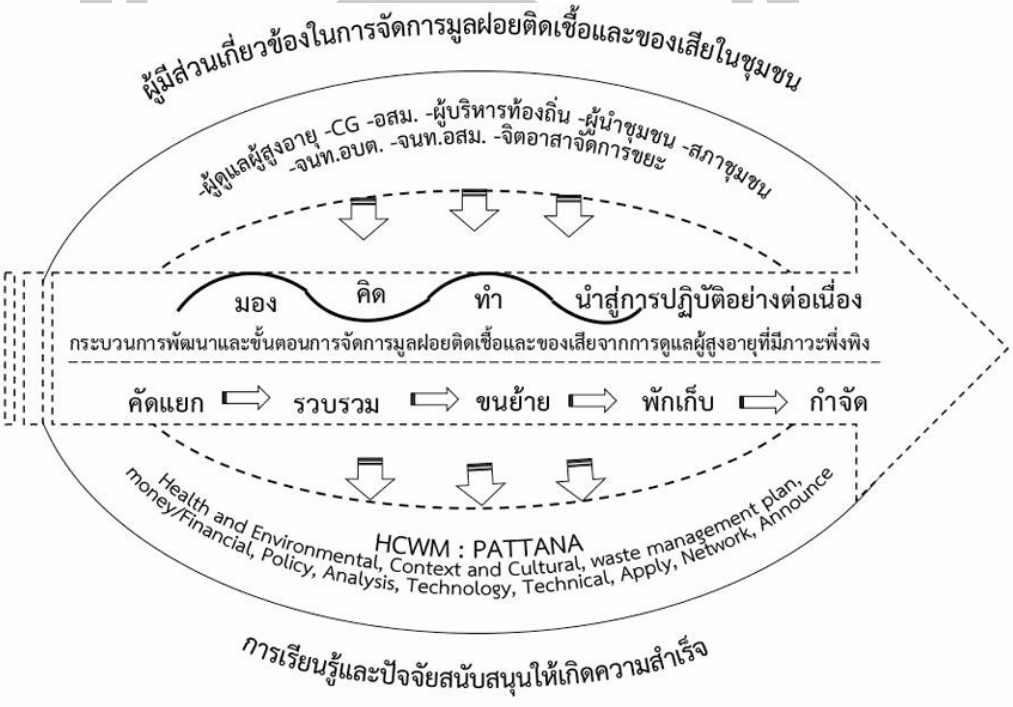
จัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย โดยมีขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการ ได้แก่ 1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม และยาหรือเวชภัณฑ์การแพทย์ 2) การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ คือ วิธีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือนที่ถูกต้องเหมาะสม 3) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ คือ วิธีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปที่ศูนย์พักรวมและเคลื่อนย้ายไปกำจัด 4) ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ โดยการรวบรวมมาทิ้งในจุดที่เตรียมไว้ ได้แก่ รพ.สต. อบต. เพื่อนำส่งต่อไปกำจัดอย่างถูกวิธี 5) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ คือ วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อตามประเภทที่ชุมชนกำหนดให้สามารถจัดการได้เองอย่างถูกถูกต้องเหมาะสมโดยวิธีการเผาหรือการฝังในพื้นที่ที่กำหนด และขั้นตอนที่ 4 การนำสิ่งที่เรียนรู้ไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Reflection and Development) มีการรายงานผลการดำเนินงาน การสะท้อนผลเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและนำสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถสรุปรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 5

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

6. เกิดรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นรูปแบบการจัดการที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและเกิดจากกระบวนการพัฒนา เรียนรู้ และสรุปบทเรียนร่วมกันของกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัย โดยมีองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care Giver) ผู้บริหารจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มจิตอาสาจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน 2) องค์ประกอบด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ กระบวนการในการพัฒนา และกระบวนการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ3) องค์ประกอบด้านการเรียนรู้และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ประกอบด้วย 11 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านบริบทสังคมและวัฒนธรรม ด้านการวางแผนการจัดการมูลฝอยที่ดี ด้านงบประมาณในการสนับสนุน ด้านนโยบายและข้อตกลง ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ ด้านเทคนิคและวิธีการจัดการ ด้านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ด้านการประยุกต์ใช้ ด้านเครือข่ายความร่วมมือ และด้านการแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 6



ภาพที่ 6 รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสามารถสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากการศึกษาได้ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

5.1.1 บริบทสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า 1) ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 429 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 53.93 ปี (SD = 9.11, Min = 24, Max = 69) สถานภาพสมรส ร้อยละ77.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.9 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 75.1 สถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 78.6 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 61.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัวน้อยกว่า 18,000 บาท ร้อยละ 93.0 (Median = 6,000, Min = 500, Max = 80,000) บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกและผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว ร้อยละ 78.6 2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 429 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุเฉลี่ย 77 ปี (SD = 8.96, Min = 60, Max = 101) สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 52.7 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโรคประจำตัวไม่เกิน 2 โรค ร้อยละ 79.0 และระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 73.3

ด้านสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีรูปแบบการดูแลหลัก 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลโดยสมาชิกครอบครัว 2) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน และ 3) การดูแลจากหน่วยงาน องค์กร สถานบริการด้านสุขภาพ และกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วน

สถานการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ โดยส่วนใหญ่เกิดจากกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและไม่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือมีการเจ็บป่วยแต่มีอาการคงที่ไม่รุนแรง จะมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ กระดาษชำระ กระดาษชำระแบบเปียก ภาชนะรองรับหรือกระโถนบ้วนน้ำลายและเสมหะ ผ้าที่เปื้อนปัสสาวะหรืออุจจาระ และสิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่ายของเสียของผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยร่วมกับมีภาวะการเจ็บป่วย กลุ่มนี้จะมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพมากกว่า เช่น การขับถ่ายปัสสาวะและอุจาระ การดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ การเช็ดล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การอาบน้ำ เช็ดตัว การเช็ดล้างอวัยวะสืบพันธุ์ การตัดเล็บมือ เล็บเท้า ตัดผม โกนหนวดเครา และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลบนเตียง การดูแลฉีดยาอินซูลิน การให้ยารับประทานและการใช้ยาทาภายนอก การดูแลทำแผล

สถานการณ์เกี่ยวกับประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถจำแนกได้ตามลำดับ ดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่และแผ่นรองซับที่ปนเปื้อนปัสสาวะและอุจจาระ ร้อยละ 89.3 ถุงปัสสาวะที่ยังไม่เทปัสสาวะทิ้ง ถุงและน้ำยาฟอกไตที่ผ่านการฟอกไตทางช่องท้อง ร้อยละ 54.1 ขวดยา หลอดยา ขวดแก้ว ซองยา ยาและเวชภัณฑ์จากยา ที่เหลือจากการรักษา ร้อยละ 41.5 ผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพที่ปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ร้อยละ 21.9 ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย ร้อยละ17.5 วัสดุของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ร้อยละ 13.5 และชิ้นส่วนของร่างกายที่เป็นผลมาจากการทำแผล หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สถานการณ์ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความหลากหลายทั้งขั้นตอนและวิธีการในแต่ละพื้นที่ บางขั้นตอนมีลักษณะคล้ายคลึงกันและบางขั้นตอนมีข้อแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนในการจัดการ รวมทั้งนโยบายและแนวปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ ดังนี้ 1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีถุงหรือภาชนะรองรับมูลฝอย โดยมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียออกจากขยะทั่วไปประเภทอื่น ๆ คือ มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม และมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ไม่มีคมแต่มีการปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง และมูลฝอยหรือของเสียประเภทผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่ปนเปื้อน 2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ผู้ดูแลจะนำมูลฝอยแต่ละประเภทมารวบรวมไว้ในถุงขยะหรือภาชนะรองรับ คือ มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมจะบรรจุรวบรวมลงในภาชนะที่หนาและแข็งแรง วิธีการบรรจุรวบรวมจะนำมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมทิ้งลงในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ รอจนกว่าวัสดุมีคมนั้นจะมีปริมาณเต็มภาชนะรองรับ และมูล

ฝอยติดเชื้อและของเสียที่ปนเปื้อนเลือดสารคัดหลั่ง จะถูกห่อด้วยถุงพลาสติกหรือกระดาษก่อนอย่างน้อย 1 ชั้น จากนั้นจะนำไปรวบรวมในถุงขยะขนาดใหญ่หรือถังพักมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่มีขนาดใหญ่อีกครั้ง 3) การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ได้แก่ การขนย้ายโดยใช้รถจักรยานยนต์หรือรถจักยานยนต์พ่วงข้าง การขนย้ายด้วยรถยนต์ทั้งรถกระบะและรถเก๋ง การขนย้ายโดยใช้รถเข็นและการขนย้ายโดยใช้วิธีการหาบและการหิ้ว เพื่อขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียไปรวบรวมในสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อหรือนำไปกำจัดเองที่ไร่นาของแต่ละคน และ 4) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ได้แก่ การกำจัดโดยการรวบรวมขยะประเภทวัสดุมีคมและมูลฝอยติดเชื้อที่มีการปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ไปรวบรวมไว้ที่สถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ภายใน รพ.สต. เพื่อรอรถของทางโรงพยาบาลมาเก็บรวบรวมและนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี และการกำจัดโดยการจัดการเอง ณ ครัวเรือน ได้แก่ การเผา การฝัง ในพื้นที่ไร่ นา ของตนเอง

ด้านนโยบาย แหล่งทรัพยากร สิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชนจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถแบ่งตามที่มาของนโยบายได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) นโยบายที่มาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นบทบาทหน้าที่การดูแลร่วมกันระหว่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งแต่ละฝ่ายจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน 2) นโยบายที่มาจากหน่วยงานองค์กรส่วนท้องถิ่นและชุมชนร่วมกันกำหนดนโยบาย ระเบียบหรือข้อตกลงในชุมชน ได้แก่ การกำหนดให้แต่ละครัวเรือนมีการจัดการมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดต้นทาง โดยมุ่งเน้นที่การจัดการขยะเปียก ขยะรีไซเคิล และขยะมีพิษ แต่การจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีแนวนโยบายที่คล้ายคลึงกันของทุกพื้นที่ คือ กำหนดให้เป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละครัวเรือนที่มีมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับผู้ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (CG) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติเชื้อเอง

ด้านแหล่งทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานและองค์ในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแหล่งทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนหลักในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนั้นมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเป็นแหล่งทรัพยากรและสนับสนุน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและการจัดกิจกรรมในแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

ด้านปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ได้แก่ 1) งบประมาณที่สนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังมีอย่างจำกัดโดยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่จะต้องดำเนินการด้านนี้ 2) ขาดแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่

ถูกต้องตามหลักวิชาการ 3) บุคลากร เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 4) ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม 5) การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ชัดเจนโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายไม่สามารถรองรับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อได้ทุกประเภทเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณในการกำจัดอย่างถูกวิธี

ด้านความต้องการและการช่วยเหลือในการจัดการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียมีความต้องการด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงมือ ถุงรองรับมูลฝอยติดเชื้อ และระบบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนั้นมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติและการดูแลตนเองในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี รวมถึงความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม ส่วนผู้นำ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มีความพร้อมและความสนใจในการสนับสนุนด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน

5.1.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปี 2.162 เท่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุ จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่านการอบรม 4.285 และ 3.211 เท่า ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความรู้ในระดับดี จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้ในระดับไม่ดี 4.061 เท่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีเจตคติในระดับดี จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่มีเจตคติในระดับไม่ดี 2.002 เท่า ส่วนด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่า 12.586 เท่า

5.1.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับรู้สภาพปัญหาและสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียและร่วมกันอภิปรายและวางแผนปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหา โดยมีกระบวนการในการดำเนินการ ได้แก่

1) การคืนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และมีการนำเสนอประเด็นสำคัญในการคืนข้อมูลชุมชน จำนวน 12 ประเด็น

2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและพัฒนาแผนปฏิบัติเพื่อการแก้ไข โดยได้ร่วมกันวิเคราะห์จนค้นพบปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และนำสู่การจัดลำดับความสำคัญและการแก้ไขปัญหา โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้เลือกปัญหาและความต้องการมาทั้งหมด 4 ปัญหา คือ (1) ประเด็นความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อ (2) ประเด็นการขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (3) ประเด็นความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และ(4) ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม

3) การพัฒนาแผนปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาและความต้องการ โดยได้ร่วมกันระดมความคิดเพื่อออกแบบและวางแผนกิจกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการ 4 แผนและกิจกรรมย่อย 21 กิจกรรม ดังนี้

แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 1 แผนแก้ไขปัญหาการมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม และการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม ประกอบด้วย 5 กิจกรรมย่อย ดังนี้ (1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (2) พัฒนาสื่อการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน (3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งติดตามประเมินผลและร่วมเสริมสร้างพลังทางบวกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกวิธีและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม (4) กิจกรรมประชาสัมพันธ์

ผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้านและเวทีประชุมหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง และ (5) การสร้างพื้นที่การเรียนรู้และช่องทางในการเข้าถึงความรู้และการติดต่อประสานงาน

แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 2 ขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมย่อย ดังนี้ (1) ทบทวนระบบและโครงสร้างสภาชุมชน ที่ได้ดำเนินการจัดตั้งขึ้นเพื่อการจัดการและแก้ไขปัญหาในชุมชน (2) เพิ่มเติมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเข้าสู่การบรรจุเป็นประเด็นสำคัญในสภาชุมชน เพื่อนำสู่การจัดการมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้ออย่างเป็นระบบ (3) จัดทำข้อตกลงร่วม (MOU) เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ผ่านกลไกลสภาชุมชนในการสร้างความร่วมมือกับประชาชนทุกหมู่บ้านเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเหมาะสม (4) เป็นศูนย์กลางข้อมูลและการประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการร่วมกันจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (5) กำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างชัดเจน (6) ศึกษาเรียนรู้แนวทางการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนจากพื้นที่ตัวอย่างในการจัดการที่ประสบผลสำเร็จ (7) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีร่วมกัน (8) กำหนดให้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยผลักดันให้เกิดกิจกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านกลไกลผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care manager) และผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)

แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 3 ความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ดังนี้ (1) หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องศึกษาความเป็นไปได้ในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งทรพยากรเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน (2) นำเสนอข้อมูลที่เป็นปัญหาและความต้องการในเวทีการประชุมในระดับบริหารหรือเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเป็นระบบ (3) หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผนเพื่อรองรับปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (4) ให้การสนับสนุน กำกับและติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ 4 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ดังนี้ (1) จัดกิจกรรมกระตุ้นและส่งเสริมการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ถูกต้อง เช่น การประกวดครัวเรือน/หมู่บ้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีเด่น กิจกรรมครัวเรือนตัวอย่างการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (2) สร้างความร่วมมือกับประชาชนในการสอดส่องดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสมในชุมชน (3) การกำหนดจุดเสี่ยงในการลักลอบทิ้งหรือการ

กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (4) ปลูกฝังจิตสำนึกของคนในชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกัน โดยการส่งเสริม สนับสนุน ชี้ให้เห็นข้อมูลและความสำคัญในโอกาสต่าง ๆ

4) การปฏิบัติตามแผนเริ่มดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการทั้ง 4 แผน 21 กิจกรรมย่อย ในพื้นหมู่บ้านจำนวน 21 หมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังปทุม และองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และจิตอาสาจัดการมูลฝอยในชุมชน

5) การสังเกตการณ์ ดำเนินการสังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วมก่อนและภายหลังการดำเนินการ และการประเมินการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนภายหลังการวิจัย ดังนี้ (1) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์และการเตรียมความพร้อมในพื้นที่ การมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การให้ข้อเสนอแนะและการอภิปรายในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาและการออกแบบวางแผนกิจกรรมการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและการสรุปผล (2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมมีหลายลักษณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วมแบบจัดการให้มาร่วม การมีส่วนร่วมแบบอาสาสมัครเข้าร่วม การมีส่วนร่วมเพื่อให้คำปรึกษา และการมีส่วนร่วมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน (3) การสังเกตการณ์และประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าชุมชนมีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังนี้ (1) ขั้นตอนการจัดประชุมเพื่อรับฟังข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการ จากการสงเกตุการณ์พบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือในการระดมความคิดเห็นในการจัดทำแผนได้เป็นอย่างดี พบปัญหาอุปสรรคในระหว่างการจัดทำแผนปฏิบัติการในประเด็นความรู้ความเข้าใจและผู้ร่วม

ดำเนินการวิจัยไม่มีประสบการณ์ในการทำแผนปฏิบัติการ (3) ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน การสังเกตการณ์ในระหว่างการดำเนินการพบว่า ได้ดำเนินการตามแผนครบทุกแผนและครอบทุกกิจกรรมย่อย โดยระหว่างการดำเนินการพบปัญหาอุปสรรคและมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในบางกิจกรรมในเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการนัดหมายที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามความสะดวกของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย รวมถึงข้อจำกัดในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเกี่ยวกับการรวบรวม การขนย้าย ข้อจำกัดในประเด็นการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้แก่ชุมชน และการกำจัดด้วยระบบเตาเผา และ(4) ขั้นตอนการติดตามและการประเมินผล การสังเกตการณ์เพื่อการกำกับติดตามและประเมินผล พบว่า ผู้ร่วมดำเนินการให้ความร่วมมือในการติดตามประเมินผลได้เป็นอย่างดีทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมในการติดตามประเมินผลประกอบด้วย 1) ผลการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย 2) ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการดำเนินการ

6) การสรุปและสะท้อนผล (1) สรุปผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและประชาชนในชุมชนได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ เกิดการมีส่วนร่วมในการเลือก ตัดสินใจ ออกแบบวางแผน ดำเนินการและประเมินผลร่วมกัน มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเกิดรูปแบบการพัฒนาและสื่อการเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการสัมผัสและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการกำหนดแนวทางจัดสรรงบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการต่อยอดการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียตลอดจนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนต่อไป (2) ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียน สามารถแยกเป็นประเด็นการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้จากข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน การเรียนรู้จากกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม การเรียนรู้จากการเป็นเจ้าของร่วมกัน การเรียนรู้จากการเสริมแรงและการสร้างกำลังใจที่ดีร่วมกัน การเรียนรู้จากการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และเรียนรู้จากการประสานงานและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นได้ถอดบทเรียนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ดีหรือการดำเนินการที่ก่อให้เกิดความสำเร็จได้นั้นสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น คือ “1.มอง 2.คิด 3.ทำ 4.นำไป

ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง” การเรียนรู้และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ มี 11 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านบริบทสังคมและวัฒนธรรม ด้านการวางแผนการจัดการมูลฝอยที่ดี ด้านงบประมาณในการสนับสนุน ด้านนโยบายและข้อตกลง ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ ด้านเทคนิคและวิธีการจัดการ ด้านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ด้านการประยุกต์ใช้ ด้านเครือข่ายความร่วมมือ และด้านการแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์

7) ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

7.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา 10.75 และ 11.24 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.007$) ด้านเจตคติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ ก่อนและหลังการพัฒนา 8.54 และ 11.63 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) และในด้านการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนา 9.60 และ 13.99 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$)

7.2 เกิดแนวปฏิบัติและขยะติดเชื้อในชุมชนได้รับการจัดการเหมาะสม ดังนี้ 1) ครัวเรือนและชุมชนมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ 2) ครัวเรือนและชุมชนมีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อแต่ละประเภท 3) การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งตามประเภทการและขนย้าย 4) มีการจัดและกำหนดสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัดอย่างชัดเจน มิดชิดและเป็นระเบียบมากขึ้น และ 5) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดำเนินการตามสภาพบริบทและความพร้อมในพื้นที่

7.3 เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้ชุมชนและชุดความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) กล่องเรียนรู้การคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย 2) คู่มือการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) แบบบันทึกประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และ 4) แบบประเมินความรู้และแบบประเมินรายการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ถูกต้องเหมาะสม

7.4 เกิดกระบวนและขั้นตอนในการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ประกอบด้วยขั้นตอนในการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1การมองสถานการณ์ การวินิจฉัยปัญหา การเลือกและตัดสินใจปัญหาร่วมกัน (Situation Analysis and diagnosis) ขั้นตอนที่ 2 การคิดออกแบบวางแผนร่วมกัน (Plan) ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติและสังเกตการณ์ร่วมกัน (Action and Observe) และขั้นตอนที่ 4 การนำสิ่งที่เรียนรู้ไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Reflection and Development) มีการรายงานผลการดำเนินงาน การสะท้อนผลเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและนำสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

7.5 เกิดรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ 2) องค์ประกอบด้านกระบวนการพัฒนาและกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน และ3) องค์ประกอบด้านการเรียนรู้และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ

5.2 อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ4) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่ออภิปรายผลการศึกษาให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ จึงสามารถอภิปรายได้ในประเด็น ดังนี้

1) ด้านบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีรูปแบบการดูแลหลัก 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) การดูแลโดยครอบครัวเป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน บุตรสะใภ้ บุตรเขย หรือสมาชิกคนอื่น ๆ (2) การดูแลโดยชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อนบ้าน ผู้นำหมู่บ้าน และชาวบ้านทั่วไป เป็นการแวะเวียนมาเยี่ยมเพื่อพูดคุยและให้กำลังใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ(3) การดูแลจากหน่วยงาน องค์กร สถานบริการด้านสุขภาพ และกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นระบบการดูแลที่ต้องอาศัยการที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดูแลอย่างเป็นระบบ ส่วนการดูแลจากครอบครัวและชุมชนอาจเป็นเพราะระบบสังคมที่กำหนดบทบาทหน้าที่ให้สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนมีการดูแลซึ่งกันและกัน รวมถึงการให้ความเคารพรัก ดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในบริบทสังคมชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ถูกปลูกฝังให้บุตรหลานต้องเลี้ยงดูพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เมื่อยามสูงอายุและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทราวรรณ แก้วดุก และคณะ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพัทลุง พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการจัดการดูแลโดยหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้าไปพัฒนาสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีสมรรถนะภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความ เต็มใจ ปฏิบัติด้วยความเคารพรักใคร่ต่อผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของสรวงสุดา เจริญวงศ์ และคณะ (2561) ในประเด็นการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้กล่าวถึงสถานการณ์การดูแลและความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 95.0) รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 2.0) และมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (ร้อยละ 3.0) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด (ร้อยละ 87.0) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 44.0) และหลาน (ร้อยละ 13.0) เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 44.0) และหลาน (ร้อยละ 13.0) นอกจากนั้นการดูแลโดยชุมชนและหน่วยงาน องค์กรยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิราณี ศรีหาภาค และคณะ (2561) ที่กล่าวถึงสถานการณ์ความต้องการการดูแลภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีประกอบในการดูแลและการขับเคลื่อน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล 2) การสร้างองค์ความรู้ในการดูแล และการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ และสอดคล้องกับ liang et al. 2007 ศึกษาเพื่อสำรวจตัวทำนายและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุในเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน 4 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลในชีวิตประจำวัน การดูแลด้วยพยาบาลที่มีทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการดูแลตามขั้นตอน

สถานการณ์เกี่ยวกับการเกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ โดยส่วนใหญ่เกิดจากกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและไม่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือมีการเจ็บป่วยแต่มีอาการคงที่ไม่รุนแรง จะมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพ 2) กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยร่วมกับมีภาวะการเจ็บป่วย กลุ่มนี้จะมีมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพมากกว่า ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลหรือมี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุทธพล เดชารัตนชาติ

และยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565) ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละด้านซึ่งจะก่อให้เกิดมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียตามมา โดยกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) การดูแลพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การช่วยระบบขับถ่าย ปัสสาวะอุจจาระ การให้ยาและการตรวจสุขภาพ 2) การดูแลพยาบาลเฉพาะช่องปาก (Oral) 3) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม 4) การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hangulu L, Akintola O. (2017) การจัดการของเสียด้านการดูแลสุขภาพในการดูแลโดยชุมชน ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า กิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุหลายคนที่มักกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือผู้ป่วยติดเตียง กิจกรรมการดูแลนี้ก่อให้เกิดของมีคมและขยะติดเชื้อ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อสมาชิกในครอบครัว

ประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบมากที่สุด คือ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่และแผ่นรองซับที่ปนเปื้อนปัสสาวะและอุจจาระ ร้อยละ 89.3 ถุงปัสสาวะที่ยังไม่เทปัสสาวะทิ้ง ถุงและน้ำยาฟอกไตที่ผ่านการฟอกไตทางช่องท้อง ร้อยละ 54.1 ขวดยา หลอดยา ขวดแก้ว ซองยา ยา และเวชภัณฑ์จากยา ที่เหลือจากการรักษา ร้อยละ 41.5 ผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพที่ปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ร้อยละ 21.9 ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย ร้อยละ17.5 วัสดุของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ร้อยละ 13.5 และชิ้นส่วนของร่างกายที่เป็นผลมาจากการทำแผล หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 7.2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองจะลดลง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและแผ่นรองซับเพื่อความสะดวกสบายและง่ายต่อการทำความสะอาด ประกอบกับในปัจจุบันผ้าอ้อมสำเร็จรูปมีจำหน่ายอย่างแพร่หลาย รวมถึงการเพิ่มสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปและแผ่นรองซับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนได้ไม่เกิน 3 ชิ้นต่อคนต่อวัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) จึงทำให้มูลฝอยและของเสียดังกล่าวพบมากที่สุด นอกจากนั้นการพบมูลฝอยติดเชื้อที่ประเภทวัสดุทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวต้องได้รับการรักษาด้วยยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ รวมถึงการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลรักษาที่บ้านร่วมด้วย เช่น การฉีดยา การใส่สายสวนปัสสาวะ การทำแผล และการฟอกไตทางหน้าท้อง สอดคล้องกับนิยามขององค์การอนามัยโลก World Health Organization. (2018) กล่าวถึงมูลฝอยติดเชื้อหรือมูลฝอยทางการแพทย์ (Medical Waste) หรือของเสียจากการดูแลสุขภาพ (Health-care Waste) เป็นมูลฝอยซึ่งมีเหตุอันควรให้สงสัยว่ามีหรืออาจมีเชื้อโรคที่สัมผัสหรือสงสัยว่าได้สัมผัสกับเลือดส่วนประกอบของเลือด เช่น น้ำเลือดเม็ดเลือดต่าง ๆ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกาย เช่นปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย หนอง สามารถ

จำแนกประเภทของมูลฝอยติดเชื้อทางการแพทย์หรือของเสียจากการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ของมีคม ของเสียติดเชื้อ ของเสียทางพยาธิวิทยา ของเสียจากสารเคมี ของเสียทางเภสัชกรรม ของเสียที่เป็นพิษต่อเซลล์ และกัมมันตภาพรังสี สอดคล้องกับการศึกษาของ Silva, T et al. (2022). ศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจการจัดการของเสียในการดูแลทางการแพทย์ที่บ้านในเขตเทศบาลของบราซิล พบว่า ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อละของเสียจากการดูแลทางการแพทย์ เฉลี่ยโดยประมาณอยู่ที่ 1.68 กก./ผู้ป่วยต่อเดือน ประเภทมูลฝอยติดเชื้อมีทั้งมูลฝอยที่เป็นวัสดุมีคมและมูลฝอยที่ไม่มีคมที่ปนเปื้อนจากการดูแลสุขภาพหรือการให้บริการทางการแพทย์ในครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษา T. Zikhathile and H. Atagana (2018) ในประเด็นประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ ที่พบว่าของเสียด้านการดูแลสุขภาพมีหลายประเภทที่เกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลที่บ้าน ได้แก่ ผ้าอ้อม กระดาษชำระ ถุงมือ ผ้าก๊อซ พลาสเตอร์ เข็มฉีดยา หลอดฉีดยา ภาชนะทางการแพทย์ ยาหมดอายุ ของเสียของมนุษย์ อาเจียน เสมหะ หนอง ผ้าที่เปื้อน และถุงพลาสติก และสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา จันทร์สวัสดิ์ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลเรื้อรัง ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน พบว่า อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลเรื้อรัง ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง และผู้ป่วยเบาหวานฉีดอินซูลิน และการศึกษาของสุชนม์ ภู่ประเสริฐ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.563 กิโลกรัมต่อแห่งต่อวัน อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.045 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน เป็นมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม ร้อยละ 87.31 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hangulu L, Akintola O. (2017) เกี่ยวกับการจัดการของเสียด้านการดูแลสุขภาพในการดูแลโดยชุมชน ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป มูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เป็นของเหลว เช่น อาเจียน ปัสสาวะ และเสมหะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vogler, S. et al. (2014) ในประเด็นของเสียประเภทยาและเวชภัณฑ์ที่มาจากการดูแลสุขภาพที่บ้านของแต่ละครัวเรือนในกรุงเวียนนา ซึ่งพบว่าพบตัวอย่างของเสียประเภทยาและเวชภัณฑ์ส่วนใหญ่เป็นยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์เท่านั้น (ร้อยละ 74.0) หัวใจและหลอดเลือด เป็นยาที่ยังไม่หมดอายุ (ร้อยละ 14.5) ยาหมดอายุ (ร้อยละ 19.0) ยารักษาโรคระบบทางเดินหายใจระบบ (ร้อยละ 18.0) และระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง (ร้อยละ 18.0) ยาสำหรับการใช้ทางผิวหนังภายนอก (ร้อยละ 23.0) และพบว่ายาบางตัวยังไม่ได้ใช้หรือถูกใช้ไปบางส่วน ซึ่งถูกทิ้งรวมกันปะปนกับขยะทั่วไปในครัวเรือน

สถานการณ์ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ 1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ส่วนใหญ่มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย

ออกจากขยะทั่วไปประเภทอื่น ๆ 2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ผู้ดูแลจะนำมูลฝอยแต่ละประเภทมารวบรวมไว้ในถุงขยะหรือภาชนะรองรับ มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมจะบรรจุรวบรวมลงในภาชนะที่หนาและแข็งแรง มูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ปนเปื้อนเลือดสารคัดหลั่ง จะถูกห่อด้วยถุงพลาสติกหรือกระดาษจากนั้นจะนำไปรวบรวมในถุงขยะขนาดใหญ่ 3) การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ขนย้ายโดยใช้รถจักรยานยนต์หรือรถจักยานยนต์พ่วงข้าง การขนย้ายด้วยรถยนต์ทั้งรถกระบะและรถเก๋ง การขนย้ายโดยใช้รถเข็น และการขนย้ายโดยใช้วิธีการหาบและการหิ้ว และ 4) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ได้แก่ การกำจัดโดยการรวบรวมขยะประเภทวัสดุมีคมและมูลฝอยติดเชื้อที่มีการปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง ไปรวบรวมไว้ที่สถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ภายในรพ.สต. เพื่อรอรถของทางโรงพยาบาลมาเก็บรวบรวมและนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี และการกำจัดโดยการจัดการเอง ณ ครัวเรือน ได้แก่ การเผา การฝัง ในพื้นที่ไร่ นา ของตนเอง จะเห็นได้ว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุมีความหลากหลายทั้งขั้นตอนและวิธีการ บางขั้นตอนมีลักษณะคล้ายคลึงกันและบางขั้นตอนมีข้อแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ทั้งข้อจำกัดด้านทรัพยากร ข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนในการจัดการรวมทั้งการมีนโยบายหรือแนวปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ที่ไม่มีความชัดเจนหรือยังไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ซึ่งพบว่าในพื้นที่มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุมี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) นโยบายที่มาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นบทบาทหน้าที่การดูแลร่วมกันระหว่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งแต่ละฝ่ายจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน 2) นโยบายที่มาจากหน่วยงาน องค์กรส่วนท้องถิ่นและชุมชนร่วมกันกำหนดนโยบาย ระเบียบหรือข้อตกลงในชุมชน ได้แก่ การกำหนดให้แต่ละครัวเรือนมีการจัดการมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดต้นทาง โดยมุ่งเน้นที่การจัดการขยะเปียก ขยะรีไซเคิล และขยะมีพิษ แต่การจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีแนวนโยบายที่คล้ายคลึงกันของทุกพื้นที่ คือ กำหนดให้เป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละครัวเรือนที่มีมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับผู้ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (CG) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติเชื้อเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เทพสุดา จิวตระกูล (2564) พบสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ปัญหาด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่มีการแยกขยะอย่างชัดเจน เนื่องจากมีถังขยะรวมเพียงถังเดียว ทำให้มีทั้งขยะเศษอาหาร ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อทิ้งรวมกันทั้งหมด ในประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Silva, T et al. (2022). ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจการจัดการของเสียในการดูแลทางการแพทย์ที่บ้านในเขตเทศบาล ของบราซิล พบว่า มีการเก็บแยกและการกำจัดวัสดุมีคมอย่างเหมาะสมเท่านั้น

(0.8 กก. ต่อเดือน ≈ 1%) ส่วนมูลฝอยติดเชื้อละของเสียจากการดูแลทางการแพทย์อื่น ๆ จะถูกทิ้งพร้อมกับขยะทั่วไปที่เกิดขึ้นในที่อยู่อาศัย การขาดมาตรฐานในการให้คำแนะนำของผู้ดูแลและการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ส่วนประเด็นขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์ (2561) ได้ศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อใส่ถุงแดงและคัดแยกมูลฝอยทั่วไปใส่ในถุงสีดำ ซึ่งมูลฝอยติดเชื้อที่ได้จะดำเนินการขนย้ายโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยวิธีการหิ้วหรือยกมูลฝอยติดเชื้อไปยังจุดทิ้งเฉพาะจัดเก็บและรวบรวมไว้ยังจุดเฉพาะเพื่อรอการเก็บรวบรวมไปกำจัดด้วยวิธีการเผาโดยโรงพยาบาลจะมารับมูลฝอยติดเชื้อสัปดาห์ละ 1 วันด้วยรถกระบะทั่วไปที่มีการดัดแปลงพื้นที่ด้านหลังโดยการใส่ถังสีแดงทึบพร้อมฝาปิดและการปรับปรุงแก้ไขในส่วนของการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ หากเกิดกรณีมีมูลฝอยในปริมาณที่มากกว่าปกติหรือจากกรณีการขนส่งมีปัญหาจะแก้ไขด้วยการนำมูลฝอยติดเชื้อไปส่งที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุชนม์ ภู่ประเสริฐ (2560) ในประเด็นปัญหาด้านการจัดการ พบว่า มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคม ณ แหล่งกำเนิด มีภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและบรรจุตามกำหนด แต่ยังพบปัญหาการปนเปื้อนของมูลฝอยอันตรายรวมไปกับภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และภาชนะบรรจุไม่มีสัญลักษณ์หรือคำเตือนว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่า มูลฝอยติดเชื้อจากชุมชนนำมาฝากกำจัดบรรจุในภาชนะที่ไม่ได้มาตรฐาน ผู้รวบรวมมูลฝอยไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และพบว่ามีการขนส่งและการกำจัด โดยการจ้างเอกชนขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดแต่ไม่มีเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และสอดคล้องกับการศึกษา Egbenyah et al. (2021) ศึกษาเกี่ยวกับการการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์จากสถานพยาบาลระดับตำบลในประเทศกานา พบว่า การกำจัดของเสียทางการแพทย์ที่มีการกำจัดโดย การเผาในที่โล่ง (ร้อยละ 29.0) การฝัง (ร้อยละ 25.0) และการกำจัดที่จุดทิ้งขยะ (ร้อยละ 49.0) ส่วนในสถานพยาบาลระดับตำบล การเผาในที่โล่งและการฝังเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด ผลการวิจัยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการหาแนวทางที่เหมาะสมในสถานพยาบาลระดับตำบลและในระดับครัวเรือนหรือพัฒนาระบบการจัดการที่เชื่อมโยงกับสถานบริการในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Udofia, E.A., Fobil, J. and Gulis, G. (2018) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการของเสียทางสุขภาพในชุมชนในเมืองอักกรา ประเทศกานา พบว่า ในครัวเรือนทิ้งยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาปะปนในถังขยะภายในบ้าน ทิ้งยาหรือเวชภัณฑ์ที่เป็นของเหลวลงในท่อระบายน้ำ นอกจากนั้นมีการฝังและเผายาที่หมดอายุหรือทิ้งรวมกับขยะทั่วไป Hangulu L, Akintola O. (2017) การจัดการของเสียด้านการดูแลสุขภาพในการดูแลโดยชุมชน

ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า ขาดการจัดการมูลฝอยที่เป็นผ้าอ้อมสำเร็จรูป การนำมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทิ้งออกจากบ้าน การทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างผิดกฎระเบียบตามถนนหรือในพุ่มไม้ การเผามูลฝอยติดเชื้ออย่างเปิดเผยและการฝังมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เป็นของเหลว เช่น อาเจียน ปัสสาวะ และเสมหะ ถูกกำจัดในที่โล่งในบริเวณบ้านและในชุมชน ซึ่งนโยบายปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแอฟริกาใต้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ด้านปัญหาอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่พบในพื้นที่ ได้แก่ 1) งบประมาณที่สนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังมีอย่างจำกัดโดยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่จะต้องดำเนินการด้านนี้ 2) ขาดแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 3) บุคลากร เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 4) ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม 5) การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ชัดเจนโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนมีความเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายไม่สามารถรองรับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อได้ทุกประเภทเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณในการกำจัดอย่างถูกวิธี ด้านความต้องการและการช่วยเหลือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย มีความต้องการด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงมือ ถุงรองรับมูลฝอยติดเชื้อ และระบบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนั้นมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติและการดูแลตนเองในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี รวมถึงความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม ส่วนผู้นำและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มีความพร้อมและความสนใจในการสนับสนุนด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ความต้องการการสนับสนุนด้านทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอาจเป็นเพราะระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมถึงการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อละของเสีย มีเพียงแนวทางที่ให้แต่ละครัวเรือนดำเนินการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการมูลฝอยดังกล่าวให้มีความถูกต้องเหมาะสม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ทรัพยากรหรือวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ได้แก่ ถุงมือ ถุงขยะหรือภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ นอกจากนั้นความต้องการเกี่ยวกับระบบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น อาจเป็นเพราะปัจจุบันแต่ละครัวเรือนดำเนินการจัดการมูลฝอยด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผาบนพื้นดินและพบปัญหาการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์และมีเศษชิ้นส่วยมูลฝอยรวมถึงเถ้าจากการเผาที่อาจฟุ้งกระจายในอากาศได้ จึงเป็นเหตุผลถึงความต้องการการสนับสนุนให้มีระบบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน ส่วนความต้องการเกี่ยวกับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติและการดูแลตนเองในการจัดการมูล

ฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี และความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม อาจเป็นเพราะการมีความรู้ดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 ในประเด็นการกระจายอำนาจให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดระบบกำจัดขยะมูลฝอยรวมและการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่าง ๆ และบทบัญญัติในมาตรา 16, 17 และ 18 กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ในการจัดระบบการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง การกำจัดขยะมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อ สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย และสอดคล้องกับการศึกษาของT. Zikhathile and H. Atagana, (2018) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการของเสียที่มีความเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่ทำให้เกิดของเสียที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งยังไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้อง ผู้ดูแลสุขภาพที่บ้านต้องปฏิบัติการดูแลอย่างไม่ปลอดภัย และครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลและการจัดการที่ดีเกี่ยวกับของเสียจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีความต้องการวางกรอบนโยบายที่จะนำไปสู่แนวปฏิบัติในการจัดการอย่างปลอดภัยของมูลฝอยติดเชื้อที่มีความเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษา Udofia, E.A., Fobil, J. and Gulis, G. (2018) พบอุปสรรคในการแยกแหล่งที่มาของมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ รวมถึงอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการรวบรวมและการขนส่ง ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีระบบและแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ ได้แก่ การจัดหาสถานที่จัดเก็บ การจัดการระบบการกำจัดที่ได้มาตรฐาน การสนับสนุนด้านการขนส่งและการสร้างความสำนึกที่ดีต่อสาธารณะในการจัดการและการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียทางการแพทย์ดังกล่าว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Silva, T et al. (2022). ในประเด็นความต้องการเกี่ยวกับการให้ความรู้ คำแนะนำและการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้ดูแลจากผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อละของเสียจากการดูแลทางการแพทย์สอดคล้องกับกฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Egbenyah et al. (2021) ในประเด็นการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียโดยการเผาในที่โล่ง (ร้อยละ 29.0) การฝัง (ร้อยละ 25.0) และการกำจัดที่จุดทิ้งขยะ (ร้อยละ 49.0) เป็นวิธีการทั่วไปที่ครัวเรือนใช้ในการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ ส่วนในสถานพยาบาลระดับตำบล การเผาในที่โล่งและการฝังเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการจัดการหรือหาแนวทางที่เหมาะสมในสถานพยาบาลระดับตำบลและในระดับครัวเรือนเกี่ยวกับระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในครัวเรือน

2) ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 429 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 53.93 ปี (SD = 9.11, Min = 24, Max = 69) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.9 และมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ร้อยละ 78.6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทสังคมไทย ผู้หญิงมีบทบาทหลักในการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้หญิงจะมีความเข้าใจ ใกล้ชิดผู้สูงอายุ การดูแลด้วยความอ่อนโยน เอื้ออาทร ในขณะที่ผู้ชาย ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นกำลังหลักของครอบครัวในการหารายได้มาจุนเจือเลี้ยงดูครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษา Silva, T et al. (2022). ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในครัวเรือนส่วนมาก เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) และผู้ดูแลมีความผูกพันกันในลักษณะสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษา Nemcikova M, et al. (2023) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.9) มีอายุเฉลี่ย 53.7 ± 14.5 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน (ร้อยละ 68.8) มีอายุเฉลี่ย 77 ± 8.96 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.2) โรคประจำตัวไม่เกิน 2 โรค (ร้อยละ 79.0) และระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 73.3) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายเป็นไปในทางที่เสื่อมลง และมีแนวโน้มเกิดโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคเหล่านี้หากไม่มีการดูแลหรือควบคุมโรค จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักทำกิจกรรมหรือใช้ชีวิตอยู่ภายในบริเวณบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chuakhamfoo NN, et al (2020) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน พบลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.9 มีอายุเฉลี่ย 78.9 ปี (SD = 9.6, Min = 60, Max = 104) ความต้องการในการดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ การดูแลในชีวิตประจำวัน การดูแลการเคลื่อนไหว การดูแลอาการเจ็บป่วย และการดูแลตามขั้นตอนจากผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ นอกจากนั้นพบว่าร้อยละ 86 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนซึ่งเป็นกำลังหลักในการดูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Silva, T et al. (2022). ศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจการจัดการของเสียในการดูแลทางการแพทย์ที่บ้านในเขตเทศบาล ของบราซิล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมากกว่า 55% เป็นเพศหญิง และมากกว่า 30% แสดงความผูกพันในครอบครัวระดับแรกกับผู้ป่วย

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป (COR 2.162, 95% CI 1.146-4.078, p < .05) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปี 2.162 เท่า อาจเนื่องมากจากผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีประสบการณ์ชีวิตและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า อีกทั้งระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน อันเนื่องมาจากมีการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินโรคช้าและค่อยเป็นค่อยไป นอกจากนั้นยังรวมถึงประสบการณ์และการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชนที่จัดขึ้นโดยหน่วยการต่าง ๆ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปิติยาพร รูปทองและคณะ (2566) พบว่าประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อยู่ 1.90 คะแนน (Mean Diff. = 1.90, 95%CI : 0.56,3.23) Chuakhamfoo NN, et al (2020), พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อายุเฉลี่ย 53 ปี ร้อยละ 86 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลในครัวเรือน การดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพิงระดับสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอายุของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลจัดการด้านความสะอาดสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียและสิ่งปฏิกูลต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nsimbe et al. (2018) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนระดับในเขตเทศบาลเมืองมาซากา ในประเทศยูกันดา พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือน คือ ช่วงอายุ 46 ปี (aOR 2.69, 95% CI (1.06–6.80)) จะมีการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ (aOR 5.56, 95% CI (2.25–13.86)) และการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Egbenyah et al. (2021) พบว่าการทิ้งมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและกำจัดของเสียทางการแพทย์ปะปนกับขยะในครัวเรือนมากถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อายุน้อยกว่า (20-30 ปี) [a0R, 95%CI = 3.37, 1.41–8.02]

2) ปัจจัยด้านประสบการณ์ผ่านการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (COR 4.285, 95% CI 1.938-9.476, p < .05) และประสบการณ์ผ่านการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุ (COR 3.211, 95% CI 1.573-6.555, p < .05) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่ากลุ่มที่

ไม่ผ่านการอบรม 4.285 และ 3.211 เท่า อธิบายได้ว่าการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียต้องอาศัยประสบการณ์การและการมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในการศึกษานี้อาจเกิดจากการพัฒนาระบบการดำเนินงานการจัดการสุขภาพชุมชนหรือรวมถึงการพัฒนาระบบกองทุนการดูแลระยะยาวในชุมชน ที่มีนโยบายมุ่งเน้นในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรมการฝึกอมรมให้ความรู้และทักษะปฏิบัติต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้การปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่าการไม่ได้รับการอบรม สอดคล้องกับการศึกษาของชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ร้อยละ 83.4 เคยได้รับความรู้การกำจัดขยะติดเชื้อ ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้และการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu Y. (2019) เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลท้องถิ่นร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนเคยจัดการฝึกอบรมให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นประสบการณ์การได้รับความรู้และการฝึกอบรมที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุรวมไปถึงการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากผู้สูงอายุด้วย

3) ปัจจัยด้านการมีความรู้ในระดับดี (COR 4.061, 95% CI 1.010-16.323, p < .05) การมีความรู้ในระดับดีจะมีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียได้ดีกว่า 4.061 เท่า อธิบายได้ว่าความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการมีระดับความรู้ที่ดีอาจเกิดจากการเรียนรู้อย่างหลากหลายทั้งการเรียนรู้จากการฝึกอบรม เรียนรู้จากการประสบการณ์จริง รวมทั้งในยุคปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดการเรียนรู้และการเข้าถึงสื่อความรู้ต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลายและง่ายมากยิ่งขึ้น อาจมีการนำความรู้และสิ่งที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จึงทำให้ปัจจัยดังที่กล่าวมาของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Teferi, S. C. (2022) ศึกษาสถานภาพการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน (Adjusted Odds Ratio [AOR]=6.61; 95% Confident Interval [CI] 2.94 14.87), การเข้าถึงการเก็บขยะแบบ door-to-door (AOR=3.91; 95% CI 2.03, 7.51), การกำจัดมูลฝอยและของเสีย (AOR=3.06; 95% CI 1.47, 6.36) และความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบการจัดการขยะมูลฝอย (AOR=6.49; 95% CI 3.09, 13.61) พบว่ามีนัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการจัดการขยะ และสอดคล้องกับการศึกษาของชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าระดับความรู้อยู่ระดับสูง ร้อยละ 44.7 และระดับการ

ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนอยู่ระดับสูง ร้อยละ 60.2 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Liang, Y., Liang, H., & Corazzini, K. N. (2019). ที่พบว่าร้อยละ 52 ของประชากรตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่ำต่อขยะและของเสียด้านสุขภาพ ร้อยละ 26.3 มีความรู้ไม่เพียงพอ และร้อยละ 40 มีเจตคติเชิงลบต่อการจัดการขยะและของเสียด้านการดูแลสุขภาพ แต่การศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Nsimbe et al. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนระดับในเขตเทศบาลเมืองมาซากา ในประเทศยูกันดา พบว่า ความรู้และการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ จึงต้องเน้นย้ำถึงความสำคัญและจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการพัฒนาและส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือน และยังขัดแย้งกับการศึกษาของธิดารัตน์ สุตะโคตร (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการจัดการถุงน้ำยาล้างไตที่เกิดจากการล้างไตที่บ้าน พบว่าร้อยละ 94.8 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการถุงน้ำยาล้างไตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 79.0 มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการถุงน้ำยาล้างไตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.8 มีพฤติกรรมขายถุงน้ำยาล้างไตให้กับร้านรับซื้อของเก่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อไม่เพียงพอและเข้าใจว่าในถุงน้ำยาล้างไตไม่มีการปนเปื้อนเชื้อจากผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุประกอบกับถุงนำยาล้างไตสามารถขายได้จึงทำให้ผู้ดูแลขายถุงน้ำยาล้างไตให้กับร้านรับซื้อของเก่าเพื่อเป็นการกำจัดมูลฝอยออกจากครัวเรือนและยังมีรายได้เพิ่มจากการขายถุงน้ำยาล้างไตอีกด้วย

4) ปัจจัยด้านเจตคติ (COR 2.002, 95% CI 1.008-3.975, $p < .05$) มีเจตคติเห็นด้วยมาก จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียได้ดีกว่ากลุ่มที่มีเจตคติเห็นด้วยน้อย 2.002 เท่า อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดจากการที่เป็นบุคคลในครอบครัวของตนเอง จึงมีการดูแลด้วยความเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดด้วยความเอื้ออาทรไม่แสดงความรังเกียจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีการปฏิบัติและการจัดการที่ดีอาจเกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและภาพลักลักษณ์ที่ไม่ดีต่อคนในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือชุมชน ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญจำเป็นและเกิดการตระหนักรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu (2018) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกล่าวในประเด็นมุมมอง เจตคติและจริยธรรมของผู้ดูแล ว่าเป็นการกระทำที่ถูกปลูกฝังให้เกิดความเข้าใจในการดูแลและให้เกิดความรัก ความเอาใจใส่ในการดูแลถึงแม้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นการทำกิจกรรมเรื่องการดูแลการขับถ่ายการเปลี่ยนผ้าอ้อมที่เปื้อนอุจจาระก็ตาม ดังนั้นการมีมุมมองหรือเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุก็จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีในทุกด้านรวมไปถึงการดูแลในการจัดการเมื่อเกิดของเสียหรือมูลฝอยจากการดูแลสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษา Xu, X et al (2021) การดูแลสุขภาพที่บ้านหรือบริการพยาบาลที่บ้าน พบว่าคะแนนด้านเจตคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่ำกว่าคะแนนทัศคติในการดูแล

ของผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้สูงที่บ้าน (Z = – 4.960, P < 0.001) คะแนนเจตคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อบริการพยาบาลที่บ้านมีแนวโน้มน้อยกว่าเจตคติที่มีต่อบริการแนะแนวด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Z = – 10.081, P < 0.001) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีทัศคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่รักษาพยาบาลที่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wafula, S. et al (2019). ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และเจตคติของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง 143 (71.5%) ส่วนของเจตคติ ส่วนใหญ่ 181 คน (90.5%) ระบุว่าการจัดการการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์มีความสำคัญ และ 186 คน (93.0%) เห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเข้มงวดสำหรับการจัดการการจัดการมูลฝอยและของเสียทางการแพทย์ที่เหมาะสม

5) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (COR 12.586, 95% CI 1.708-92.742, p < .05) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดีกว่า 12.586 เท่า อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวมากขึ้น ความต้องการในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยมีมากขึ้น การเกิดมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสียจากการดูแลก็เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย เช่น ความต้องการในการใช้ผ้าอ้อมและแผ่นรองซับเพิ่มมากขึ้น การใช้ยา เวชภัณฑ์หรือวัสดุทางการแพทย์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติในการจัดการฝอยติดเชื้อและของเสียให้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nemcikova M, et al. (2023) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.8) มีอายุเฉลี่ย 77 ± 8.96 ปี และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโรคประจำตัวเกิน 2 โรค (ร้อยละ 79.0) และมีระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 73.3) และพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.9) มีอายุเฉลี่ย 53.7 ± 14.5 ปี มีระดับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรคอาจมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้นตามภาวะสุขภาพ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ไม่สัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นคุณลักษณะหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เกิดจากทักษะและประสบการณ์ส่วนบุคคล รวมถึงระดับความรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และประสบการณ์โดยตรงจากการดูแลผู้สูงอายุและการศึกษาหาความรู้

เพิ่มเติม จึงทำให้ปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติ สำหรับปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนก็ไม่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติ อาจเนื่องจากในปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกองทุนและสวัสดิจากภาครัฐ ชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ ค่อยให้การดูแลและสนับสนุนทั้งด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตและด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจึงอาจทำให้ปัจจัยด้านรายได้ไม่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติ และปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลน้อยกว่า 5 ปี มีการจัดการที่ดีคิดเป็นร้อยละ 42 ซึ่งอธิบายได้ว่า ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไป มีความคุ้นชิน หรือเหนื่อยหน่ายกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้มีจัดการไม่ต่างจากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ 5 ปี ซึ่งกลุ่มนี้ อาจอยู่ในช่วงการเรียนรู้และการลองผิดลองถูก

3) กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการพัฒนานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้น (P-A-O-R) ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจและการตระหนักถึงความสำคัญมาเป็นแนวทางในการพัฒนา เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลบริบทสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ของ Creswell, Plano, Clark, Gutman and Hanson ที่กล่าวถึง การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ว่าเป็นการวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหรือวิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่เป็นชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือเป็นลำดับก่อนหลังก็ได้ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเป็นอันดับแรกและเกี่ยวข้องกับการบูรณาการข้อมูล ณ จุดหนึ่งจุดใดในกระบวนการวิจัย เมื่อได้ข้อมูลและสถานการณ์นำเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม โดยการร่วมกันระดมความคิด วางแผน ปฏิบัติตามแผนงาน สังเกตประเมินผล และการสะท้อนผลเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและสรุปผลการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะและแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่มีลักษณะ 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย 2) เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา 3) ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อ

ปรับปรุงแผนการปฏิบัติ และ 4) ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป นอกจากนั้นกระบวนการพัฒนาดังกล่าวยังสามารถอธิบายผลที่เกิดขึ้นในการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1) การสร้างการมีส่วนร่วมและการตระหนักรู้ของชุมชนในการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นจริง รับรู้สภาพปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการรับฟังการคืนข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในช่วงแรกของการดำเนินการผู้ร่วมการดำเนินการวิจัยยังมองว่าปัญหามูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุเป็นเพียงปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือน จึงยังมองไม่เห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน แต่เมื่อได้รับฟังการคืนข้อมูลสถานการณ์ภาพรวมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่จึงทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความสำคัญและให้ความสนใจในการรับฟังการคืนข้อมูลพร้อมทั้งมีการแสดงความคิดเห็นและนำเสนอประเด็นสำคัญในการประชุมคืนข้อมูลชุมชนด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรับรู้ข้อมูลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในครัวเรือนของตนเองซึ่งแต่ละครัวเรือนดำเนินการจัดการมูลฝอยด้วยตนเอง ยังไม่รับรู้ข้อมูลสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในภาพรวม เมื่อมีการคืนข้อมูลสถานการณ์และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจสภาพปัญหาจึงทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเห็นความสำคัญในการจัดการปัญหามากยิ่งขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการสำคัญในการคืนข้อมูลที่ต้องทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรับรู้ข้อมูล สภาพปัญหาและทำความเข้าใจกับปัญหา ถึงจะนำไปสู่การสร้างความร่วมมือที่ดีในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม Pretty, 1995, Andrea Cornwall, 2008 กล่าวว่าการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นในการขับเคลื่อนหรือดำเนินการวิจัยจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยการมีส่วนร่วมเป็นการที่บุคคลหรือประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดกิจกรรม ร่วมดำเนินการตลอดจนการร่วมประเมินผล ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ซึ่งการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งได้หลายลักษณะแต่ลักษณะที่มีความสอดคล้องกับการศึกษานี้คือ การมีส่วนร่วมแบบมีปฏิสัมพันธ์ตอบโต้ซึ่งกันและกัน (interactive participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่สร้างเสริมให้เกิดศักยภาพของประชาชนและชุมชน โดยประชาชนเกิดการเรียนรู้ในทุกขั้นตอนซึ่งเป็นสิทธิโดยตรงของประชาชน ไม่ใช่การมีส่วนร่วมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เท่านั้น แต่เป็นการมีส่วนร่วมที่ต้องการรับฟังความคิดเห็น มุมมองที่หลากหลายและมีการดำเนินการ

ที่เป็นระบบและมีโครงสร้าง ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมกำหนดการดำเนินการตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaveri Kala, Nomesh B. Bolia, (2024) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยว่าเป็นกระบวนการสำคัญและจำเป็นในการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจและดำเนินการมาตรการเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมมี 5 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการบูรณาการในระดับชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล การฝึกอบรม และกลไกการทบทวนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการจัดการขยะที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุ เอี่ยมทอง และเสน่ห์ แสงเงิน (2562) พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อในขั้นตอนการสร้างการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งมีกิจกรรมสำคัญคือ กิจกรรมการศึกษาและการสร้างการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ ความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการอภิปรายกลุ่ม

2) การสร้างการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเลือก การตัดสินใจและการพัฒนาแผนปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหา โดยการร่วมกันระดมความคิดและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาภายหลังการได้รับฟังการคืนข้อมูล ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มและอภิปรายกลุ่ม จนค้นพบปัญหาและความต้องการและนำสู่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เลือกและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาร่วมกันใน 4 ประเด็นปัญหา คือ (1) ประเด็นความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนไม่เพียงพอ ขาดสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อ (2) ประเด็นการขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (3) ประเด็นความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และ(4) ประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม อธิบายได้ว่ากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ได้กระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยได้แสดงออกด้านความคิดอย่างอิสระ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ อภิปราย ตัดสินใจและเลือกปัญหาผ่านกระบวนการสนทนาอย่างอิสระเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงกับความต้องการและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง กลวิธีในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในขั้นตอนนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ (Paulo Freire อ้างถึงใน เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2558) ที่กล่าวถึงความเชื่อว่าเกี่ยวกับการสนทนา (Dialogue) ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุหรือต้นตอที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งในการเสวนานั้นต้องเป็นไปอย่างอิสระ เป็นธรรมชาติและอย่างเป็นหุ้นส่วน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการฟัง (Listening) หรือ

ขั้นตอนการตั้งชื่อ (Naming) เป็นขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนในการค้นหาปัญหาและกำหนดความสำคัญของปัญหา 2) ขั้นตอนการสะท้อนคิด (Reflection) หรือขั้นตอนการเสวนา (Dialogue) เป็นการพูดคุย อธิบายและอภิปรายถึงประเด็นต่าง ๆ โดยมีกระบวนการหรือขั้นตอนที่หลากหลายและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อปัญหาที่เกิดขึ้นออกมาอย่างเต็มที่ และ 3) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนนี้เป็นวิธีการปฏิบัติที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือหาทางเลือกในการปฏิบัติซึ่งขึ้นอยู่กับข้อตกลงของกลุ่ม นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา จันทร์สวัสดิ์ (2565) ในประเด็นปัญหาและข้อค้นพบเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยไม่เหมาะสม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในครัวเรือนส่วนใหญ่จะไม่ส่งมูลลฝอยติดเชื้อไปยังสถานบริการสาธารณสุข และมีมูลฝอยติดเชื้อปะปนในมูลฝอยทั่วไป นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการซึ่งกำหนดให้ผู้ดูแลแยกมูลฝอยติดเชื้อเพื่อส่งไปกำจัดที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ชุมชนมีศักยภาพและความพร้อมในการการกำจัดมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ โดยมีประเด็นที่ต้องพัฒนาศักยภาพชุมชน คือ การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การใช้กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหา การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการมอบหมายบุคลากรที่ชัดเจน การให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามประเมินผล รวมถึงการพัฒนาช่องทางการรายงานและสอบถาม การบันทึกปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและการมีที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

3) การสร้างการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกแบบ วางแผนและการพัฒนาแผนปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยได้เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยร่วมกันระดมความคิดเพื่อออกแบบและวางแผนกิจกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ในระหว่างการดำเนินการพบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีประสบการณ์และมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับการพัฒนาแผนปฏิบัติการ จึงได้ปรับวิธีการในรูปแบบการอภิปรายกลุ่มย่อยและให้กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีความรู้ความสามารและมีประสบการณ์ในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ ได้แก่ เป็นผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เป็นผู้นำในการพัฒนาแผนปฏิบัติการและเป็นผู้กระตุ้นให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งผลจากการปรับกิจกรรมทำให้เกิดแผนปฏิบัติการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการ 4 แผนและกิจกรรมย่อย 21 กิจกรรม ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจการพัฒนาสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน การกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากร

ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการติดตามควบคุมกำกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน การดำเนินการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ถึงความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ได้แสดงออกถึงความสามารถและเปิดอิสระทางด้านความคิดเห็นที่มีความหลากหลายและนำมาซึ่งการอภิปรายและการสรุปร่วมกันเพื่อหามติของที่ประชุมอีกครั้ง กลวิธีในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในขั้นตอนนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ (Laverack, 2005 อ้างถึงใน เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2558) กล่าวว่าการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลเกิดการตระหนักถึงความสำคัญของตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพร้อมในการปฏิบัติตาม โดยเป็นการกระทำแบบค่อยเป็นค่อยไปให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ละน้อยมากกว่าการเปลี่ยนแปลงในทันที โดยการแก้ไขปัญหานั้นจะมีวิธีการที่หลากหลายแต่เรียบง่าย สามารถปฏิบัติได้ การสร้างพลังอำนาจสามารถแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล (individual level) เป็นการสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจของบุคคลที่ให้สมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วมและนำทรัพยากรหรือการตัดสินใจที่เป็นมติของชุมชนมาใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ของชุมชน 2) ระดับองค์กร (organization level) เกิดจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านข้อมูล มีการตัดสินใจร่วมกัน กำหนดหรือวางแผนปฏิบัติการและควบคุมการปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร และ3) ระดับชุมชน (community level) การสร้างพลังอำนาจระดับชุมชนเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างพลังอำนาจระดับบุคคล ระดับองค์กร เป็นการปฏิบัติในวงกว้างและเป็นพลวัต ไม่มีสิ้นสุด นอกจากนั้นแผนปฏิบัติการที่ได้ร่วมระดมความคิดมีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2565-2570) ซึ่งเป็นแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ฉบับที่ 2 ที่มุ่งเน้นการจัดการขยะวิถีใหม่เพื่อสิ่งแวดล้อมสะอาดและก้าวสู่การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ยั่งยืน ครอบคลุมการจัดการขยะ 4 ประเภท คือ ขยะมูลฝอยชุมชน ของเสียอันตรายจากชุมชน มูลฝอยติดเชื้อ และกากอุตสาหกรรมที่เป็นอันตราย ตั้งแต่การลดและใช้ประโยชน์การบำบัด กำจัดขยะอย่างถูกหลักวิชาการ โดยใช้มาตรการที่จำเป็นทุกรูปแบบทั้งด้านกฎหมาย งบประมาณความร่วมมือทุกภาคส่วนและการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการจัดการเพื่อลดมลพิษสิ่งแวดล้อมและผลกระทบที่อาจเกิดต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนอันเกิดจากปัญหาการจัดการขยะที่ไม่ถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์ (2561) ในประเด็นการวางแผนปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย พบว่า การวางแผนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยทั่วไปต้องเป็นไปตามข้อกำหนดหรือระเบียบของทางกระทรวงสาธารณสุข โดยจะดำเนินการคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อใส่ถุงแดง การขนย้ายดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยวิธีการหิ้วหรือยกมูลฝอยติดเชื้อไปยังจุดทิ้งเฉพาะจัดเก็บและรวบรวมไว้ยังจุดเฉพาะเพื่อรอการเก็บรวบรวมไปกำจัดด้วยวิธีการเผา โดยโรงพยาบาลจะมารับมูลฝอยติดเชื้อสัปดาห์ละ 1 วันด้วยรถกระบะทั่วไปที่มีการดัดแปลงพื้นที่ด้านหลัง

โดยการใส่ถังสีแดงทึบพร้อมฝาปิด สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการของ อนุ เอี่ยมทอง และเสน่ห์ แสงเงิน (2562) ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมในศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) แผนการพัฒนากระบวนการ ได้แก่ 2.1) กิจกรรมให้ความรู้ 2.2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2.3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อ 2.4) กิจกรรมการให้คำปรึกษาและแรงสนับสนุนจากผู้บริหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสกร สวนเรือง และคณะ (2561) ในประเด็นการกำหนดบทบาทและเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกำหนดแผนการส่งเสริมความรู้และทักษะต่าง ๆ ให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการฝึกอบรมความรู้และมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plans) ที่มีแผนการทำงานมีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

4) การสร้างการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติตามแผน โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้ร่วมกันดำเนินการตามแผนปฏิบัติการครบถ้วนทั้ง 4 แผนปฏิบัติการ 21 กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจการพัฒนาสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน การกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการติดตามควบคุมกำกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะในการปฏิบัติการตามขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนย้าย การพักเก็บ และการกำจัดจัด โดยแต่ละกิจกรรมได้ดำเนินการครอบคลุมทุกหมู่บ้านจำนวน 21 หมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง จะเห็นได้ว่าการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการดังกล่าวมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และจิตอาสาจัดการมูลฝอยในชุมชน การดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 มีการออกกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ เก็บ การเคลื่อนย้าย การรวบรวม การขนส่งและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่ารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านบริบท คือ จัดทำเทศบัญญัติ,ข้อตกลงในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จัดทำแผนงานร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การใช้กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านปัจจัยนำเข้า คือ สนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มอบหมายบุคลากรที่ชัดเจน 3) ด้านกระบวนการ คือ ให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน การติดตามประเมินผล 4) ด้านผลผลิต คือ ช่องทางการรายงานและสอบถาม การบันทึกปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ มีที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศ วัชระคุปต์ และคณะ (2561) ในประเด็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

5) การสังเกตการณ์ พบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การมีส่วนร่วมมีหลายลักษณะส่วนใหญ่เป็นการมีส่วนร่วมแบบอาสาสมัครเข้าร่วม การมีส่วนร่วมเพื่อให้คำปรึกษา และการมีส่วนร่วมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ส่วนในขั้นตอนการประเมินผล พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็น การปฏิบัติ การกำกับติดตามและการประเมินผล จากการสังเกตการณ์ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนที่วางแผนไว้ครบและครอบคลุมทุกขั้นตอน พบปัญหาอุปสรรคในระหว่างการดำเนินการได้แก่ ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการพบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการทำแผนปฏิบัติการไม่เพียงพอ และในขั้นตอนการดำเนินการมีการปรับเปลี่ยนเรื่องวัน เวลา สถานที่และการนัดหมายในบางกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและความสะดวกของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเนื่องจากในระหว่างการดำเนินการเป็นตรงกับช่วงการเตรียมการในฤดูทำนา ซึ่งผู้ร่วมดำเนินการส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรยึดอาชีพทำนาเป็นหลัก ดังนั้นการรวมกันเพื่อร่วมกิจกรรมอาจมีความไม่สะดวกทั้งด้านช่วงเวลาและสถานที่ในการมารวมกัน ประกอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตลอดเวลา การเข้าร่วมกิจกรรมอาจมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม และพบข้อจำกัดเกี่ยวกับการดำเนินการในการรวบรวม การขนย้ายข้อจำกัดในประเด็นการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้แก่ชุมชน และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบเตาเผาซึ่งต้องศึกษาและดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลเกี่ยวกับระบบการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ (2566) ที่กล่าวว่าชุมชนสามารถดำเนินจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนได้ตามรูปแบบที่กำหนด พบปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในประเด็นการสนับสนุน

วัสดุอุปกรณ์ให้แก่ชุมชนและการจัดให้มีจุดทิ้งมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่เพียงพอและครอบคลุมที่พบมีปัญหาในบางพื้นที่ ประชาชนบางส่วนไม่ได้ทำสัญลักษณ์เพื่อเป็นการแสดงให้บุคคลอื่นทราบว่าเป็นมูลฝอยติกเชื้อ และยังพบมีการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อรวมไปกับมูลฝอยทั่วไปอยู่บ้าง นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของภูไทย กมลวารินทร์ (2564) เกี่ยวกับข้อเสนอแนะว่าควรมีการควบคุม กำกับ ติดตามให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ จัดระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ สอดคลองกับการศึกษาของสุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์ (2561) ในประเด็นปัญหาอุปสรรคในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มูลฝอยติดเชื้อที่ได้จะดำเนินการขนย้ายจะรอการเก็บรวบรวมรวมไปกำจัดด้วยวิธีการเผาโดยโรงพยาบาลจะมารับมูลฝอยติดเชื้อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้มูลฝอยติดเชื้อต้องมีระยะเวลาในเก็บรวมรวมเพิ่มมากขึ้น จากการรวบรวมไว้ในครัวเรือนเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์รวมกับการนำมาพักรวบที่ รพ.สต. อีก 1 สัปดาห์ จึงทำให้มูลฝอยติดเชื้อดังกล่าวเกิดการหมักหมมและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคเพิ่มมากขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชนม์ ภู่ประเสริฐ (2560) ในประเด็นปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า พบปัญหาการปนเปื้อนของมูลฝอยอันตรายรวมไปกับภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และภาชนะบรรจุไม่มีสัญลักษณ์หรือคำเตือนว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ การรวบรวมพบว่าภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อจากชุมชนยังไม่ได้มาตรฐาน และผู้รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลยังไม่เหมาะสม

6) การถอดบทเรียน การสรุปและสะท้อนผล สรุปผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและประชาชนในชุมชนได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ เกิดการมีส่วนร่วมในการเลือก ตัดสินใจ ออกแบบวางแผนดำเนินการและประเมินผลร่วมกัน มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเกิดรูปแบบการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้ปัญหาและสถานการณ์ร่วมกัน 2) การเลือกและตัดสินใจปัญหาร่วมกัน 3) การออกแบบและวางแผนร่วมกัน โดยมีแผนปฏิบัติการ 4 แผน 21 กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจการพัฒนาสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน การกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการติดตามควบคุมกำกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 4) การปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียร่วมกันโดยครอบคลุมขั้นตอน การคัดแยก การเก็บรวมรวม การขนย้าย การพักเก็บในสถานพักเก็บและการกำจัด 5) การสรุปสะท้อน

ผลและการถอดบทเรียนร่วมกัน โดยรูปแบบในการพัฒนาจะช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการสัมผัสและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการกำหนดแนวทางจัดสรรงบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และเกิดการต่อยอดการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียตลอดจนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของประจวบ แสงดาว และวิสาขา ภู่จินดา (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่ารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านบริบท คือ จัดทำเทศบัญญัติ,ข้อตกลงในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จัดทำแผนงานร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การใช้กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านปัจจัยนำเข้า คือ สนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มอบหมายบุคลากรที่ชัดเจน 3) ด้านกระบวนการ คือ ให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน การติดตามประเมินผล 4) ด้านผลผลิต คือ ช่องทางการรายงานและสอบถาม การบันทึกปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ มีที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของเทพสุดา จิวตระกูล (2564) ในประเด็นการพัฒนาการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 เตรียมการและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม ขั้นที่ 2 การเรียนรู้และสืบค้นข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ขั้นที่ 3 รู้ เลือก ตัดสินใจเพื่อจัดสภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ ขั้นที่ 4 ศึกษากรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ขั้นที่ 5 ฝึกปฏิบัติพัฒนาพื้นที่สภาพแวดล้อม ลงพื้นที่เพื่อจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และขั้นที่ 6 สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนความคิด และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ (2564) เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ 4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และคณะ (2562) ในประเด็นการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชนมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในชุมชน 2) ด้านการเก็บขยะติดเชื้อ 3) ด้านการขนขยะติดเชื้อ และ 4) ด้านการกำจัดขยะติดเชื้อในชุมชน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา 10.75 และ 11.24 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้

เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.007$) ด้านเจตคติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติก่อนและหลังการพัฒนา 8.54 และ 11.63 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) และในด้านการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนา 9.60 และ 13.99 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) อธิบายได้ว่าระดับคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาอาจมาจากผู้ร่วมดำเนินการวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียเดิมอยู่แล้ว เมื่อมีการจัดกิจกรรมพัฒนาและส่งเสริมด้านความรู้ความเข้าใจ มีสื่อการเรียนรู้ มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการศึกษาดูงาน และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจึงทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยมีความรู้ ทัศคติที่เพิ่มมากขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐิวุฒิ จันตะแสง (2566) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$)

ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการเรียนรู้และถอดบทเรียน สามารถแยกเป็นประเด็นการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้จากข้อมูลและสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน การเรียนรู้จากกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม การเรียนรู้จากการเป็นเจ้าของร่วมกัน การเรียนรู้จากการเสริมแรงและการสร้างกำลังใจที่ดีร่วมกัน การเรียนรู้จากการทำบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และเรียนรู้จากการประสานงานและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อธิบายได้ว่าการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเป็นการเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติในทุกขั้นตอนร่วมกันและทุกกิจกรรมของการดำเนินการเกิดขึ้นในสถานการณ์จริงที่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยต้องเผชิญและต้องจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งสะท้อนความเป็นเจ้าของร่วมกันในการจัดการปัญหา โดยผลจากการถอดบทเรียนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ดีหรือการดำเนินการที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ สามารถสรุปได้ 4 ประเด็น คือ “1.มอง 2.คิด 3.ทำ 4.นำไปปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” ด้านการเรียนรู้และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ประกอบด้วย 11 ด้าน อธิบายได้ว่าบทเรียนที่ได้จากการเรียนรู้ดังกล่าวสะท้อนกระบวนการในการพัฒนาที่ทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเกิด

การเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหา เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น และเกิดการพัฒนาศักยภาพด้วยตนเองในหลากหลายด้าน รวมทั้งสามารถสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ด้วยตนเอง การถอดบทเรียนจากการปฏิบัตินั้นนอกจากผู้ร่วมดำเนินการวิจัยจะสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเองแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการถอดบทเรียนจะต้องเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิดโดยใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ที่เป็นเทคนิคเกี่ยวกับการสะท้อนคิดหรือสะท้อนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดิษฐพล ใจชื่อ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนในการจัดการขยะที่ต้นทาง พบว่าการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในชุมชนคือ การเรียนรู้จากการสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลเพื่อการปรับปรุง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกอร ผิวเพชรและคณะ (2566) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ การสนับสนุนจากองค์การและ การจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับมาก (=4.16, SD=0.30), (=4.18, SD=0.34) และ(=4.42, SD= 0.46) โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุน ทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ 6) การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของTimothy et al, (2019) ที่กล่าวว่าการจัดการขยะที่เกิดจากการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและยั่งยืน เกิดจากการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด ได้แก่ การลดปริมาณการเกิดขยะให้น้อยที่สุด การจัดการระบบการคัดแยกขยะจากการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

4) ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) ผู้ดูแลและชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเจตคติและการปฏิบัติในการจัดการขยะติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น 2) ขยะติดเชื้อในชุมชนได้รับการจัดการเหมาะสม ดังนี้ (1) ครัวเรือนและชุมชนมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ (2) ครัวเรือนและชุมชนมีการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อแต่ละประเภท (3) การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งตามประเภทการและขนย้าย (4) มีการจัดและกำหนดสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อก่อนนำไปกำจัดอย่างชัดเจน มิดชิดและเป็นระเบียบมากขึ้น และ (5) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อดำเนินการตามสภาพบริบทและความพร้อมในพื้นที่ 3) เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้ชุมชนและชุดความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) กล่องเรียนรู้การคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย (2) คู่มือการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (3)

แบบบันทึกประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย และ (4) แบบประเมินความรู้และแบบประเมินรายการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่ถูกต้องเหมาะสม 4) เกิดรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ประกอบด้วยขั้นตอนในการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การมองสถานการณ์ การวินิจฉัยปัญหา การเลือกและตัดสินใจปัญหาร่วมกัน (Situation Analysis and diagnosis) ขั้นตอนที่ 2 การคิดออกแบบวางแผนร่วมกัน (Plan) ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติและสังเกตการณ์ร่วมกัน (Action and Observe) และขั้นตอนที่ 4 การนำสิ่งที่เรียนรู้ไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Reflection and Development) มีการรายงานผลการดำเนินงาน การสะท้อนผลเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและนำสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงถือว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นวิธีการสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563**)** และ(ประจวบ แสงดาวและ วิสาขา ภู่จินดา, 2564) ซึ่งประกอบด้วย 1) การวางแผนและการเตรียมความพร้อม 2) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ 3) การเก็บรวบรวม 4) การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 5) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ 6) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ (2566) พบว่ารูปแบบที่พัฒนามีความเหมาสะมและปลอดภัยต่อการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนและมีแนวทาง ขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เก็บขนและกำจัด มีกลยุทธ์การขับเคลื่อนผ่านกลไก คณะกรรมการระดับจังหวัด การสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน และการสื่อสาร สร้างความรอบรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาประชุมพร กวีกรณ์ และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จังหวัดยโสธร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า ปัญหาในการคัดแยก รวบรวม เก็บขน และนำส่ง และยังไม่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ชัดเจน ด้านการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ประเด็น คือ 1) ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข 3) ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 4) ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 5) ระบบรายงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และ6) ระบบควบคุมกำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชนมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อในชุมชน 2) ด้านการเก็บขยะติดเชื้อ 3) ด้านการขนชขยะติดเชื้อ และ 4) ด้านการกำจัดขยะติดเชื้อใน

ชุมชน ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยในชุมชนมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้หลังการทดลองมากกวาก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.64, p-value < 0.001)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

5.3.1.1 ด้านการปฏิบัติการดูแลและการจัดการสุขภาพในชุมชน

ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งเป็นการจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็นบุคคลภายนอกที่เข้าไปกระตุ้นให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเกิดการเรียนรู้และการพัฒนาตามกระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินการร่วมกัน ดังนั้นในการปฏิบัติการดูแลและการจัดการสุขภาพในชุมชนในประเด็นอื่น ๆ จึงควรนำผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารระดับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนคณะกรรมการสภาชุมชน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และเจ้าหน้าสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนั้นควรมีการศึกษาสภาพบริบทปัญหาและความต้องการในการจัดการแก้ไขปัญหาในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสาเหตุที่สำคัญและการเรียนรู้วิธีการวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างครอบคลุมและตรงกับปัญหาของพื้นที่

5.3.1.2 ด้านการศึกษาสาธารณสุข สุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาพบสถานการณ์ปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ได้แก่ 1) ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม 2) ขาดแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 3) งบประมาณที่สนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังมีอย่างจำกัด 4) บุคลากรเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 5) การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ชัดเจน 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายไม่สามารถรองรับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อได้ทุกประเภทเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณในการกำจัดอย่างถูกวิธี จากสถานการณ์ปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าวนำไปสู่การสร้างความร่วมมือในชุมชนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นโดยพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน จนเกิดรูปแบบและผลลัพธ์จากการพัฒนา ถึงแม้ปัญหาอุปสรรคและสถานการณ์ที่พบในพื้นที่

จะยังไม่สามารถจัดการกับทุกปัญหาได้สำเร็จครอบคลุมทุกปัญหาแต่ก็มีรูปแบบการจัดการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะนำไปสู่การจัดการที่ต่อเนื่องต่อไป ดังนั้นจึงควรนำประเด็นหรือข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรและพัฒนาปรับปรุงเนื้อหาในการจัดการเรียนการสอน โดยเพิ่มหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการเรียนรู้ในสภาพจริง โดยการมอบหมายนักศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับการสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการจัดการปัญหาในแต่ละพื้นที่ให้แก่ นิสิตนักศึกษา ผู้เข้าอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือสหวิชาชีพด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะปฏิบัตินำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน

5.3.1.3 ด้านการกำหนดนโยบาย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย โดยการที่ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา เรียนรู้การวางแผนและการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและตรงต่อความต้องการซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกการเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ดังนั้นผู้นำหรือผู้บริหารระดับท้องถิ่นหรือเทศบาล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน หน่วยงาน องค์กรด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนโยบายหรือส่งเสริมให้ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหาและร่วมตัดสินใจในการกำหนดนโยบายหรือแผนการแก้ปัญหาร่วมกันด้วย

องค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรนำใช้ข้อมูลที่ค้นพบทั้งด้านสถานการณ์ปัญหา รูปแบบการจัดการ และผลจากการพัฒนา รวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดที่พบในการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดให้เป็นนโยบายในพื้นที่สำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ รวมถึงควรมีนโยบายหรือมาตรการเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินการที่ยังไม่สำเร็จในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) ข้อจำกัดเกี่ยวกับการดำเนินการในการรวบรวม การขนย้าย 2) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้แก่ชุมชน และ3) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบเตาเผาที่ได้มาตรฐานและถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งต้องมีการศึกษาและดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลเกี่ยวกับระบบการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ในประเด็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและการสร้างความตระหนักและการรับรู้ร่วมกันของชุมชนควรกำหนดแผนกิจกรรมในการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุรวมถึงชุมชนในแต่ละครัวเรือนเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

องค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ควรยกระดับศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับประเภท ปริมาณ แหล่งกำเนิด และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการในพื้นที่ รวมทั้งควรจัดระบบและกลไกลการกำกับติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื่อและของเสียในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และทำงานเชื่อมประสานกับคณะทำงานหรือกลไกระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และดูแลการฝึกอบรมผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรกำหนดเนื้อหาหรือกิจกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้เป็นเนื้อหาและกิจกรรมสำคัญในการฝึกอบรมการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ พร้อมทั้งการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ได้ค้นพบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในเขตจังหวัดมหาสารคามเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดจากการดูแลสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียประเภทผ้าอ้อมสำเร็จรูปอย่างต่อเนื่องและขยายผลการศึกษาไปสู่กลุ่มวัยอื่น ๆ ทั้งในกลุ่มวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อสร้างหรือพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชนให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาอย่างต่อเนื่องในประเด็นปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือการแก้ไขยังไม่สิ้นสุด ได้แก่ ได้แก่ 1) ปัญหาและข้อจำกัดเกี่ยวกับการดำเนินการในการรวบรวม การขนย้าย 2) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้แก่ชุมชน และ3) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบเตาเผาที่ได้มาตรฐานและถูกต้องตามหลักวิชาการ

5.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นกระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) และการพัฒนาที่ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้น (P-A-O-R) ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจและการตระหนักถึงความสำคัญมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หากนำผลการวิจัยไปใช้ควร

คำนึงถึงความสอดคล้องและความเหมาะสมของสภาพบริบทในพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่เขตชุมชนเมืองหรือเขตเทศบาลที่อาจมีบริบทที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนั้นควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาและความคล้ายคลึงของสภาพปัญหาในแต่ละบริบทอาจมีข้อจำกัดหรือปัญหาอุปสรรคแตกต่างกัน ดังนั้นไม่ควรนำผลการวิจัยไปใช้ได้โดยทั่วไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรุณา สุขแท้, เสาวนีย์ สาบุตร และจุไรรัตน์ ชำนาญไพร. (2560). *การศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเข้มแข็ง เขตสุขภาพที่ 3*. นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย.

กนกอร ผิวเพชร, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และประจักร บัวผัน. (2566) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 9(2). 46-57.

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). *ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยเทคโนโลยีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ ณ แหล่งกำเนิด*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/ [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืน ยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565. [ออนไลน์] ได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderlymanual/download/?did=201584 &id=64020&reload. [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

กรมอนามัย. (2560). *แนวทางการจัดการขยะติดเชื้อ*. กรงเทพฯ: กองอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์] ได้จาก: https://cpa.go.th/files/general/20180517_171307.pdf [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2565). *รายงานประจำปี 2564 กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย.* [ออนไลน์] ได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2022/03/pcdnew-2022-03-15_09- 45-23_764381.pdf. [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. (2564). *แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ (พ.ศ. 2565 – 2570).* [ออนไลน์] ได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2021/10/pcdnew-2021-10-16_05-36-50_627887.pdf . [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, วิรดา อัศวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, และอรัญญา นามวงศ์. (2563).สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2), 581-595.

เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลชุมชน.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

เกษราวัลณ์ นิลวรากูร. (2556). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: ความเป็นมาและความเชื่อมโยง. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(3), 23-28.

จันทราวรรณ แก้วดุก, สมเกียรติยศ วรเดชและปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2565). สมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุง. *Thaksin University Online Journal* 2022; 2022(1): EHST-024(55).

ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ, สุทรรศน์ สิทธิศักดิ์, สิริเนตร เรืองหน่าย และกำหนด มีจักร. (2562). รูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 53-66.

ฐิตินันท์ นาคผู้ และอาจินต์ สงทับ. (2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 48-54.

ณปภา ประยูรวงษ์. (2565). สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 2(2), 14-25.

ดิษฐพล ใจซื่อ และคณะ. (2561). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนในการจัดการขยะที่ต้นทาง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 204-213.

ดุสิต ศรีโคตร. (2565). แนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ผู้มีสิทธิ. เอกสารประกอบการบรรยาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/26092022-112533-4836.pdf [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

ธนชีพ พีระธรณิศร์. (2565). ประสิทธิผลการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย:กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 11(2), 47-63.

ธัญวรัตน์ แจ่มใส. (2564). นโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม*, 6(3), 1-16.

ธิดารัตน์ สุตะโคตร. (2563). ความรู้และพฤติกรรมการจัดการถุงน้ำยาล้างไต ที่เกิดจากการล้างไตที่บ้านของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียม โรงพยาบาล*สกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(2), 22-36.

บรรลุ ศิริพานิช. (2555). *ปกิณกะ งานผู้สูงอายุ.* [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.anamai.moph.Go.th/advisor/202/20210.html [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่10. กรุงเทพฯ: บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด.

ประจวบ แสงดาวและ วิสาขา ภู่จินดา. (2564) การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเขตสุขภาพที่ 4, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(2), 193-207.

ประชุมพร กวีกรณ์, นวรถฤดี กุลวิเศษณ์, และอำนาจ เหมลา. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จังหวัดยโสธร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 5(4), 703-28.

ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, และวิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 140-153.

ปิติยาพร รูปทอง, ธีระวุธ ธรรมกุล และพรสวัสดิ์ ศรีสวัสดิ์. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน ของประชาชนอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 10(1), 11-25.

พงศธร พอกเพิ่มดี. (2563). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(1), 174-186.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. (2554). กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์, 2556.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553). ราชกิจจานุเบกษา. (2546). พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-451.

ภูไทย กมลวารินทร์. (2564). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อในบริษัทเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(36), 31-43.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563. 130 หน้า.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565. 120 หน้า.

ยศ วัชระคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พสิษฐ์ พัจนา, และสาวิณี สุริยันรัตกร. (2561). ประสิทธิผลของบริการการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 608-24.

รติรส ตะโกพร. (2558). *พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน: กรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ระบบข้อมูล Health Data Center: HDC. (2565). รายงานประชากรผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] ได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

ลัดดาวัลย์ นามภักดิ์. (2564). *สรุปรายงานผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม.* การประชุมรายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2564. โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบลบ้านชาด จังหวัดมหาสารคาม.

วนิดา จันทร์สวัสดิ์ (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้าน อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วัลนิกา ฉลากบาง. (2560). การวิจัยแบบผสมผสาน Mixed Methods Research. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 7(2), 124-132.

ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ปิยะดา คูหิรัญญรัตน์, ธารา รัตนอำนวยศิริ และนวลละออง ทองโคตร. (2560). *ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC).* ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข.

ศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ. (2565). การพัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลวิชิต จังหวัดภูเก็ต. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 12(3), 659-672.

สกุลรัตน์ โทนมี, รัชนีกร จันสน, วิภาดา ศรีเจริญ, พิสมัย กลอนกลาง, และนงลักษณ์ เจริญไพบูลย์ลาภ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลตะเบาะ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 13(2), 32-44.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). *สุขภาพคนไทย 2566 : คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”.* นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สรวงสุดา เจริญวงศ์, พรทิวา คงคุณ, นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์, และเพียงตะวัน สีหวาน. (2561). สถานการณ์การดูแลและความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 231-46.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และบวรศม ลีระพันธ์. (2561). *การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 – 2570).* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). (2564). *LONG-TERM CARE การดูแลระยะยาว เพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ หจก. ภาพพิมพ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2564). *เอกสารตรวจราชการ สำนักงานสาธารณสุข. จังหวัดมหาสารคาม รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2564*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://203.157.185.3/mko/?page_id=534 [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2565). *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565*. ชุมชน. [ออนไลน์] ได้จาก: https://www.nhso.go.th/board_resolution?page=2 [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)*. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). มาตรฐานแนวทางการให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชน. [ออนไลน์] ได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-researchperson/download [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Caregiver กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2561). *เอกสารวิชาการ ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย*. [ออนไลน์] ได้จาก: [http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0001/00001430.PDF [สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2562). *รายงานประจำปี 2562 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม*. [ออนไลน์] ได้จาก: https://env.anamai.moph.go.th/th[สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].

สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 7(1), 73-82.

สุชนม์ ภู่ประเสริฐ. (2560). สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุทธิพงษ์ พุ่มพฤกษ์. (2561). *การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม.* วิทยานิพนธ์] มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อนุ เอี่ยมทอง และเสน่ห์ แสงเงิน. (2652). การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 1-12.

อัจฉราวรรณ พงศาวลี. (2562). การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิผลของสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข*, 42, 82-92.

Andrea Cornwall, Unpacking ‘Participation’: models, meanings and practices, *Community Development Journal*, 43(3), 269–283.

Arunodaya, Raj, Mishra., Pratibha, Rani. (2021). *2. Multi-criteria healthcare waste disposal location selection based on Fermatean fuzzy WASPAS method*. Complex & Intelligent Systems, doi: 10.1007/S40747-021-00407-9.

Baig M, Jameel T, Alzahrani SH, Mirza AA, Gazzaz ZJ, Ahmad T, et al. (2020). Predictors of misconceptions, knowledge, attitudes, and practices of COVID-19 pandemic among a sample of Saudi population. *PLoS ONE*, 15(12): e0243526. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243526

Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory Action Research. *Journal Epidemiol Community Health*, 60: 854-857.

Chuakhamfoo NN, Phanthunane P, Chansirikarn S, et al. (2020). Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers BMJ Open 2020;10:e032637. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032637.

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, C.A. : Sage Publications.

Eassa, S. M., El-Wahab, E. W., Lotfi, S. E., El Masry, S. A., Shatat, H. Z., & Kotkat, A. M. (2016). Risk Factors Associated with Parasitic Infection Among Municipality Solid-Waste Workers in an Egyptian Community. *J Parasitol,* 102(2), 214-221. https://doi.org/10.1645/15-782.

Egbenyah, F., Udofia, E., Ayivor, J., Osei, M.-M., Tetteh, J., Tetteh-Quarcoo, P., & Donkor, E. (2021). Disposal Habits and Microbial Load of Solid Medical Waste in Sub-District Healthcare Facilities and Households in Yilo-Krobo Municipality, Ghana. *PloS ONE*, 16, e0261211. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261211

Ellie, West., Anne, Woolridge., Patricia, Ibarrola. (2020). How to manage healthcare waste and reduce its environmental impact. *in Practice*, 42(5):303-308. doi: 10.1136/INP.M1678

Hangulu, L., & Akintola, O. (2017). Health care waste management in community-based care: experiences of community health workers in low resource communities in South Africa. *BMC Public Health*, 17(1), 448. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4378-5

Jipri, Suyanto., Wulan, Rahmadhani., Yatri, Hilinti., Nipaporn, Nobnorb., Phan, Trieu, Phu. (2021). 4. Occupational Safety Practice of Hazardous Health-care Waste Management in Bengkulu City. doi: 10.12928/DPPHJ.V15I1.3622.

Kaveri Kala, Nomesh B. Bolia, (2024). Empowering the informal sector in urban waste management: Towards a comprehensive waste management policy for India, *Environmental Development*, 49, 2024, 100968, ISSN 2211-4645, https://doi.org/10.1016/j.envdev. 2024.100968.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin University Press.

Kemmis, S., & McTaggert, R. (1990). *The Action Research Planner*. Geelong: Deakin University Press.

Kenny, C., & Priyadarshini, A. (2021). Review of Current Healthcare Waste Management Methods and Their Effect on Global Health. *Healthcare (Basel),* 9(3). https://doi.org/10.3390/healthcare9030284

Liang, Y., Liang, H., & Corazzini, K. N. (2019). Predictors and patterns of home health care utilization among older adults in Shanghai, China. *Home Health Care Services Quarterly*, 38(1), 29-42. https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1483280

Loewenson, R. (2014). Partici Patory Action Research in Health Systems: a Method Reader. Canada: Equinet.

Lydia, Hangulu., Olagoke, Akintola. (2017). 6. Perspectives of policy-makers and stakeholders about health care waste management in community-based care in South Africa: a qualitative study. *BMC Health Services Research doi*: 10.1186/S12913-017-2236-X

Mengiste, D. A., Dirbsa, A. T., Ayele, B. H., & Hailegiyorgis, T. T. (2021). Hepatitis B virus infection and its associated factors among medical waste collectors at public health facilities in eastern Ethiopia: a facility-based cross-sectional study. BMC Infect Dis, 21(1), 233. https://doi.org/10.1186/s12879-021-05918-x

Moreira, A. M., & Günther, W. M. (2016). Solid waste management in primary healthcare centers: application of a facilitation tool. Rev Lat Am Enfermagem, 24, e2768. https://doi.org/10.1590/1518-8345.0646.2768

Nemcikova M, Katreniakova Z and Nagyova I (2023) Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. Front. *Public Health,* 11:1104250. doi: 10.3389/fpubh.2023.1104250

Nsimbe, P., Mendoza, H., Wafula, S. T., & Ndejjo, R. (2018). Factors Associated with Composting of Solid Waste at Household Level in Masaka Municipality, Central Uganda. *J Environ Public Health*, 2018, 1284234. https://doi.org/10.1155/2018/1284234

O., J., Oyebode., J., A., Otoko. (2022). Medical Waste Management and Design of a Low-Cost Incinerator for Reduction of Environmental Pollution in a Multi-System Hospital. *Nature Environment and Pollution Technology, doi*: 10.46488/nept.2022.v21i04.048

Oke, A., et al. (2021). Demystifying the complexity and heterogeneity of recycling behavior in organizational settings: A mixed-methods approach. *Waste Management*, 136: 337-347.

Pakpour, A. H., Zeidi, I. M., Emamjomeh, M. M., Asefzadeh, S., & Pearson, H. (2014). Household waste behaviours among a community sample in Iran: an application of the theory of planned ehavior. *Waste Manag*, 34(6), 980-986. https://doi.org/10.1016/j.wasman.2013.10.028

Silva, T., Silva, M.M., Florencio, L. et al. A qualitative descriptive case study on home medical waste management in Brazil. J Mater Cycles Waste Manag 24, 2068–2077 (2022). https://doi.org/10.1007/s10163-022-01462-1

Tabrizi, J. S., Rezapour, R., Saadati, M., Seifi, S., Amini, B., & Varmazyar, F. (2018). Medical Waste Management in Community Health Centers. *Iran J Public Health*, 47(2), 286-291.

Timothy, Kurannen, Baaki., Mohamad, Rizal, Baharum., Azlan, Shah, Ali. (2019). Determining a conceptual framework for safe and sustainable health-care waste management (SSHCWM) implementation in health-care facilities. *Journal of Facilities Management, doi*: 10.1108/JFM-11-2017-0059.

Teferi, S. C. (2022). The Status of Household Solid Waste Management and its Associated Factors in Fiche Town, North Shewa Zone, Ethiopia. *Environ Health Insights*, 16, 11786302221117007. https://doi.org/10.1177/11786302221117007

Tu, H., Lu, X., Wang, J., Sheng, Z., Liu, D., Li, J., Sun, C., & Yin, Z. (2022). At-home disposal practices of used insulin needles among patients with diabetes in China: A single-center, cross-sectional study. *Front Public Health*, 10, 027514. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1027514

Udofia, E.A., Fobil, J. And Gulis, G. (2018) Stakeholders' Practices and Perspectives on Solid Medical Waste Management: A Community Based Study in Accra, Ghana. *Journal of Environmental Protection*, 9, 1295-1313.https://doi.org/10.4236/jep.2018.913081

Udofia, E.A., Gulis, G. & Fobil, J. (2017). Solid medical waste: a cross sectional study of household disposal practices and reported harm in Southern Ghana. *BMC Public Health* 17, 464. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4366-9.

United Nations, (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423).* [online] from: https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf [accessed on 21 January 2022].

Vogler, S., Leopold, C., Zuidberg, C., & Habl, C. (2014). Medicines discarded in household garbage: analysis of a pharmaceutical waste sample in Vienna. *J Pharm Policy Pract*, 7, 6. https://doi.org/10.1186/2052-3211-7-6

Wafula, S.T., Musiime, J. & Oporia, F. Health care waste management among health workers and associated factors in primary health care facilities in Kampala City, Uganda: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 19, 203 (2019). https://doi.org/10.1186/s12889-019-6528-4

Whitmarsh, L. E., Haggar, P., & Thomas, M. (2018). Waste Reduction Behaviors at Home, at Work, and on Holiday: What Influences Behavioral Consistency Across Contexts? *Front Psychol*, 9, 2447. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02447

Williamson, Graham R; Bellman, Loretta; & Webster, Jonathan. (2012). *Action Research in Nursing and Healthcare*. London: SAGE.

WHO. (2018). *Healthcare Waste*. [online] from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste [accessed on 21 January 2022].

WHO. (2015). Safe health-care waste management : Policy paper. [online] from: http://ww.who.int/watersanitation_health/medicalwaste/ P.31-342015 [cited [accessed on 10March 2015].

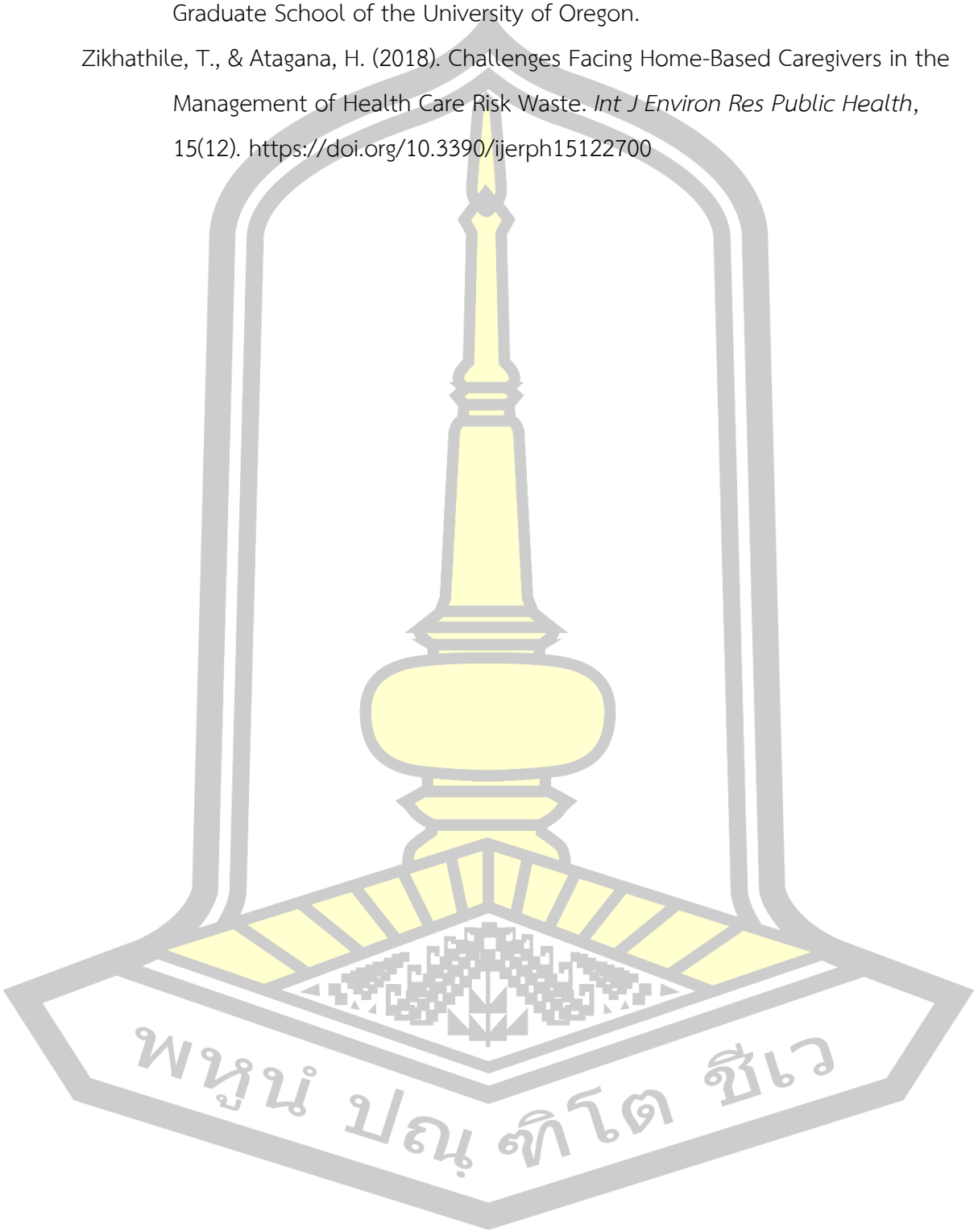
WHO/UNICEF, (2015). *Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middle-income countries.* World Health Organization, Geneva

Xu, X., Zhao, C., Wang, M., Chen, X., Shao, S., & Du, J. (2021). Comparison of the caregivers' and community health professionals' views on home health care services for disabled older adults: a cross-sectional study in Beijing, *China. BMC Health Serv Res*, 21(1), 389. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06400-9

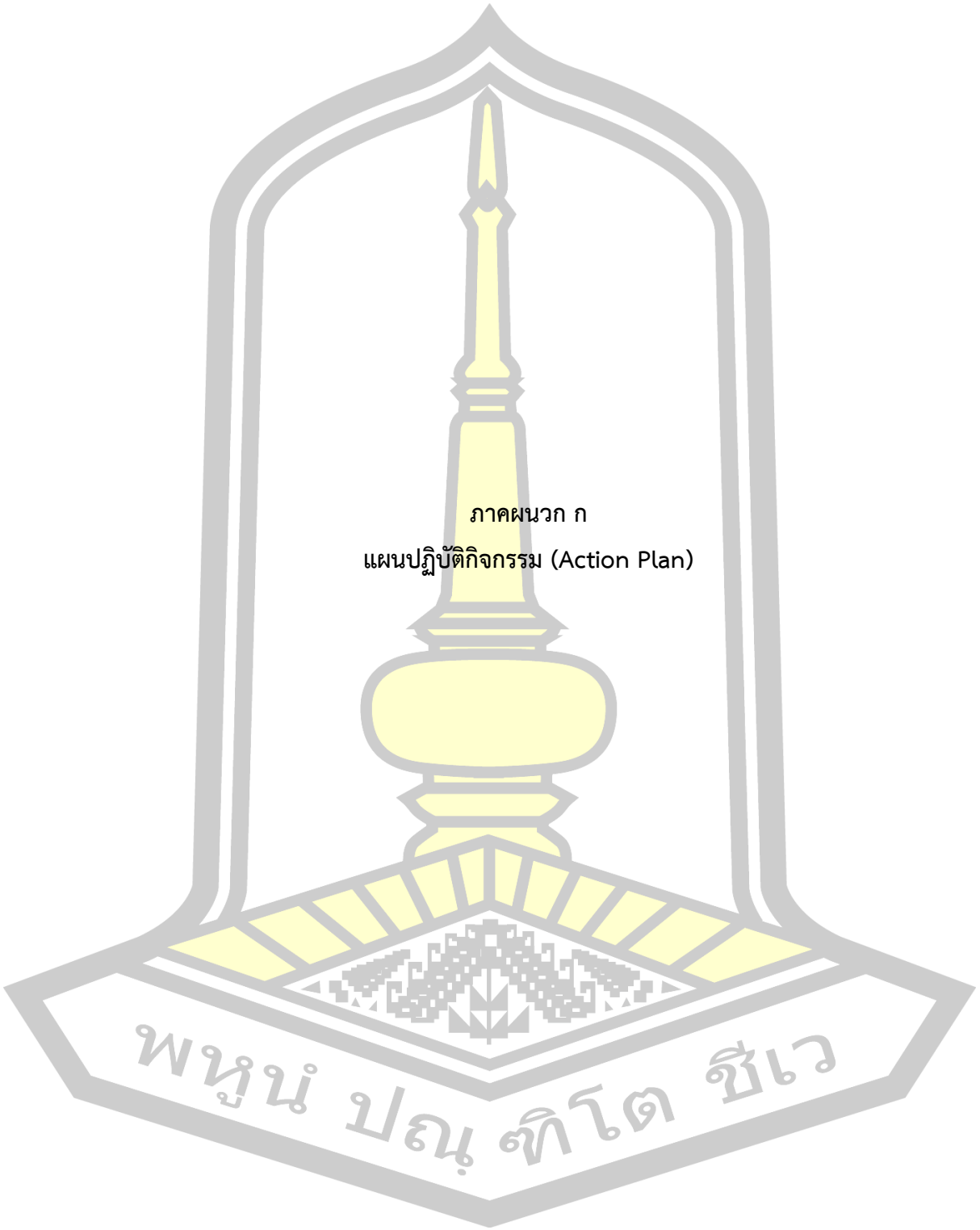
Yu, Y. (2018). Towards a more just society? Care ethics and caregivers in urban China. Geoforum, 96, 190-197.

Yu, Y. (2019). *Aging in Place: The Paradox of Community Eldercare in Urban China*. Graduate School of the University of Oregon.

Zikhathile, T., & Atagana, H. (2018). Challenges Facing Home-Based Caregivers in the Management of Health Care Risk Waste. *Int J Environ Res Public Health*, 15(12). https://doi.org/10.3390/ijerph15122700



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แผนปฏิบัติกิจกรรม (Action Plan)

แผนปฏิบัติกิจกรรม (Action Plan)

แผนปฏิบัติการที่ 1 ส่งเสริมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พัฒนาสื่อและแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. เพื่อส่งเสริมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2.เพื่อเสริมสร้างทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้องเหมาะสม	**กิจกรรมที่ 1** การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมปรึกษาหารือ วางแผนการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่ 2. ติดต่อประสานงานกับผู้นำ จนท. อสม. อบต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3. จัดเตรียมสถานที่ เอกสาร สื่อการให้ความรู้ จัดนิทรรศการให้ความรู้ **ขั้นดำเนินกิจกรรม** 1. ลงทะเบียน คัดกรองภาวะสุขภาพและการให้คำแนะนำสุขภาพเบื้องต้น 2. กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 3. การบรรยายให้ความรู้โดยเน้นให้ผู้เข้าร่วมรับฟังมีส่วนร่วม เรื่อง สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน สถานการณ์ปัญหามูลฝอยติดเชื้อ ผลกระทบจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่เหมาะสม ขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4. การสาธิตขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพิ่มมากขึ้น 2.มีทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	5. แบ่งกลุ่มย่อยเพื่อปฏิบัติการฝึกทักษะการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6. สาธิตย้อนกลับจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **ขั้นประเมินผล** 1. ถาม-ตอบ และแสดงความคิดเห็น 2. กิจกรรมแบ่งกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนคิด	
1.เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้และแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม 2.เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านกระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อการเรียนรู้	**กิจกรรมที่ 2** พัฒนาสื่อการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมกลุ่มเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมออกแบบ สื่อการให้ความรู้ที่สามารถเข้าถึง และเข้าใจได้ง่าย 2. กำหนดโครงร่างเนื้อหาและประเด็นความสนใจ **ขั้นดำเนินงาน** 1. สืบค้น รวบรวม เรียบเรียงเนื้อหาและข้อมูลด้านวิชาการ พร้อมภาพประกอบเพื่อความน่าสนใจและการทำความเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น 2. นำเสนอร่างคู่มือการเรียนรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำ อสม. CG สภาชุมชน เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไข	1.มีสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ง่าย 2.เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านการพัฒนาสื่อและรูปแบบอื่น ๆ ที่หลากหลาย

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	3. ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขและเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา 4. ผลิตคู่มือการเรียนรู้และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยเน้นที่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เรียนรู้ด้วยตนเอง **ขั้นประเมินผล** 1. ติดตามประเมินผลการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์ โดยการสังเกต สอบถาม	
1. เพื่อส่งเสริมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2.เพื่อเสริมสร้างทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้องเหมาะสม 3.เพื่อประเมินติดตาม รับฟังปัญหาอุปสรรค และสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	**กิจกรรมที่ 3** ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีส่วนร่วมระหว่างคณะดำเนินงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในชุมชน **ขั้นเตรียม** 1. วางแผนการติดตามเยี่ยมร่วมกับคณะกรรมการสภาชุมชน จนท. รพ.สต. ผู้นำหมู่บ้าน CG และ อสม. พร้อมทั้งกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ **ขั้นดำเนินงาน** 1. ติดตามเยี่ยมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องเหมาะสม 2. ให้ความรู้และคำแนะนำในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3. รับฟังปัญหา อุปสรรค และสนับสนุนดูแล ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ **ขั้นประเมินผล**	

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	1. ติดตามเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม 2. สะท้อนกลับข้อมูลจากการติดตามเยี่ยม พร้อมทั้งนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขและเพื่อการวางแผนการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	
3.เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้และแหล่งเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม 4.เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านกระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อการเรียนรู้	**กิจกรรมที่ 4** การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสร้างพื้นที่การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมกลุ่มเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมออกแบบรูปแบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ 2. กำหนดโครงร่างเนื้อหาและประเด็นความการสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ **ขั้นดำเนินงาน** 1. เรียบเรียงเนื้อหาและข้อมูลความรู้ด้านวิชาการเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 2. จัดทำแผนการให้ความรู้ผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้าน และเสนอเพื่อร่วมกันพิจารณาร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำ อสม. CG สภาชุมชน เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไข 3. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านหอกระจายเสียงหมู่บ้าน 4. สร้างพื้นที่การเรียนรู้และช่องทางในการเข้าถึงความรู้และการติดต่อประสานงาน โดยการจัดตั้งกลุ่ม กลุ่มไลน์ กลุ่มเฟสบุ๊ค เป็นต้น **ขั้นประเมินผล**	1.มีแหล่งเรียนรู้และช่องทางการเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย 2.เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านการพัฒนาสื่อและรูปแบบอื่น ๆ ที่หลากหลาย

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	1. ติดตามประเมินผลการเรียนรู้ การเข้าถึงความรู้และข้อมูล โดยการสังเกต สอบถาม	

แผนปฏิบัติการที่ 2 ขาดแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงต่าง ๆ ของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. เพื่อพัฒนาแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2. เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	**กิจกรรมที่ 1** พัฒนาแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมปรึกษาหารือ วางแผนการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่ 2. ติดต่อประสานงานกับผู้นำ จนท. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ CG อสม. อบต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมระดมสมอง 3. จัดเตรียมสถานที่ เอกสารที่เกี่ยวข้อง **ขั้นดำเนินกิจกรรม** 1. จัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีประเด็นสำคัญ คือ 1.1 ทบทวนระบบและโครงสร้างสภาชุมชน ที่ได้ดำเนินการจัดตั้งขึ้นเพื่อการจัดการและแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยที่ผ่านมาเคยมีการจัดตั้งสภาชุมชนในการขับเคลื่อนการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนมาแล้ว แต่พบอุปสรรคในการดำเนินการที่ไม่ต่อเนื่อง	1.มีแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2.มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และข้อตกลงร่วมกันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	1.2 เพิ่มเติมประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เข้าสู่การบรรจุเป็นประเด็นสำคัญในสภาชุมชน เพื่อนำสู่การจัดการมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้ออย่างเป็นระบบ 2. จัดทำข้อตกลงร่วม (MOU) เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 3. กำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างชัดเจน 4. กำหนดให้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 5. มอบหมายหน้าที่ให้แต่ละหมู่บ้านดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องเหมาะสม 6. กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะ พร้อมทั้งนำเสนอรายงานความก้าวหน้า 7. สรุปถอดบทเรียน สะท้อนคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปเป็นแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 8. ประกาศใช้แนวปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง **ขั้นประเมินผล** 1. สังเกตการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ 2. ถอดบทเรียน การเล่าเรื่อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนคิด	

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1.เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ต้นแบบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2.เพื่อส่งเสริมบรรยายการการเรียนรู้ร่วมกันทั้งภายในและภายนอกชุมชน	**กิจกรรมที่ 2** การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการศึกษาเรียนรู้แนวทางการจัดการมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนจากพื้นที่ตัวอย่างในการจัดการที่ประสบผลสำเร็จ **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาการดำเนินกิจกรรมในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการศึกษาพื้นที่ต้นแบบ 2. ศึกษาและค้นหาพื้นที่ต้นแบบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการจัดการมูลฝอยอื่น ๆ 3. ติดต่อประสานงานพื้นที่การเรียนรู้ต้นแบบ **ขั้นดำเนินงาน** 1. กำหนดประเด็นในการศึกษาเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยอื่น ๆ 2. ศึกษาเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบตามประเด็นที่กำหนด 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับพื้นที่ต้นแบบ และเวทีเรียนรู้ภายในของแต่ละหมู่บ้าน 4. ถอดบทเรียน สรุปประเด็นความรู้และบทเรียนที่ได้รับ **ขั้นประเมินผล** 1. ติดตามประเมินผลการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์ โดยการสังเกต สอบถาม ถอดบทเรียน	1.มีผลการถอดบทเรียนที่สะท้อนการเรียนรู้จากพื้นที่ต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2.เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

แผนปฏิบัติการที่ 3 ความต้องการด้านการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. เพื่อหาแนวทางและวางแผนการสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	**กิจกรรมที่ 1** การระดมความคิดและวางแผนการสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมปรึกษาหารือ วางแผนการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่ 2. ติดต่อประสานงานกับผู้นำ จนท. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ CG อสม. อบต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมระดมสมอง 3. จัดเตรียมสถานที่ เอกสารที่เกี่ยวข้อง **ขั้นดำเนินกิจกรรม** 1. จัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นในการวางแผนการสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน โดยมีประเด็น ดังนี้ 1) หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องศึกษาความเป็นไปได้ในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์รวมทั้งทรพยากรเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 2) นำเสนอข้อมูลที่เป็นปัญหาและความต้องการในเวทีการประชุมในระดับบริหารหรือเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างเป็นระบบ	1.มีแนวทางหรือแผนสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	3) หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผนเพื่อรองรับปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4) ให้การสนับสนุน กำกับและติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ **ขั้นประเมินผล** 1. สังเกตการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ 2. รายงานการประชุม	

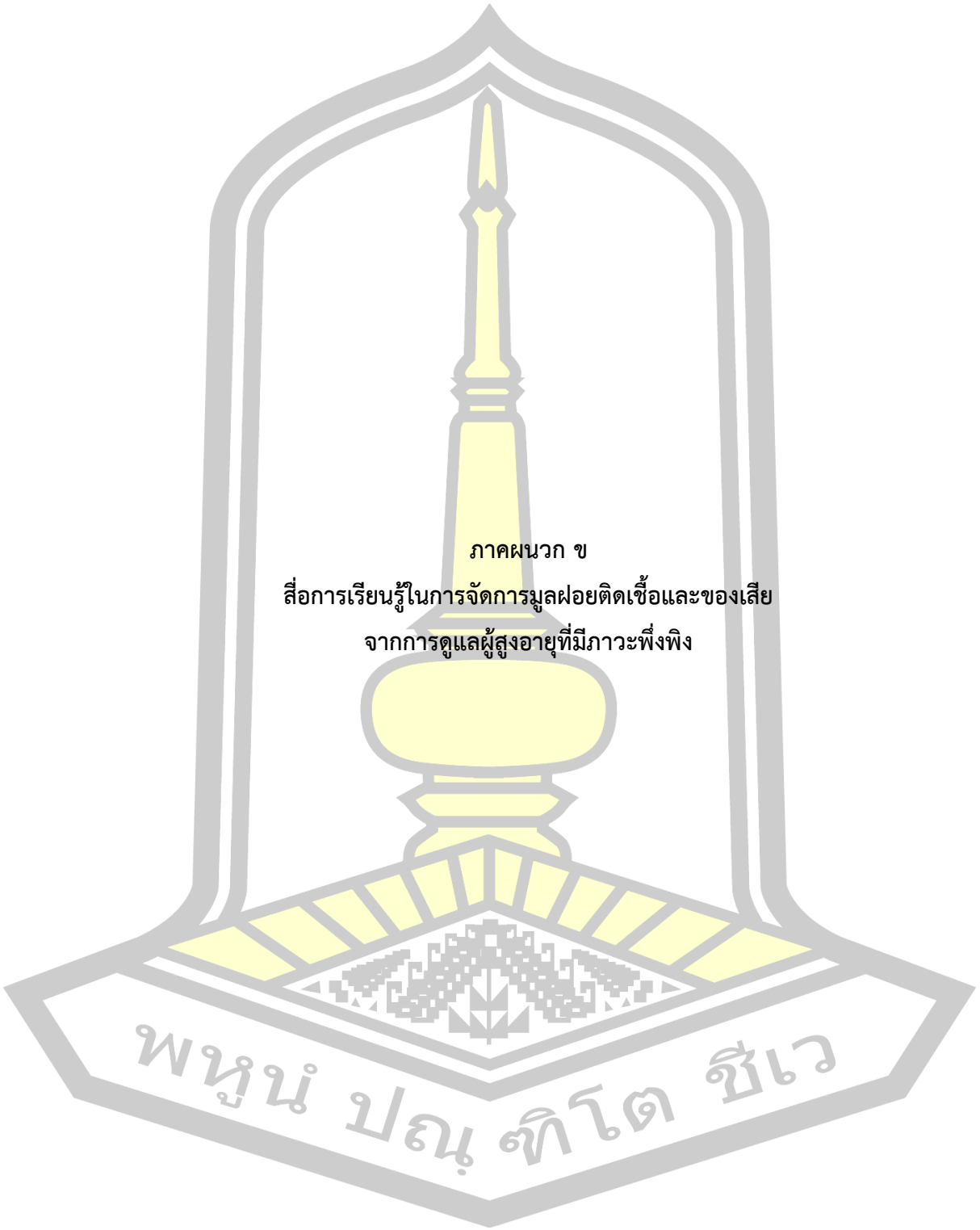
แผนปฏิบัติการที่ 4 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การลักลอบทิ้ง การทิ้งรวมปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ การเผาการฝังมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ถูกต้อง	**กิจกรรมที่ 1** จัดกิจกรรมกระตุ้นและส่งเสริมการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ถูกต้อง **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมปรึกษาหารือ วางแผนการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่ 2. ติดต่อประสานงานกับผู้นำ จนท. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ CG อสม. อบต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมระดมสมอง 3. จัดเตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เอกสารที่เกี่ยวข้อง	1.ชุมชนเกิดการตื่นตัวและให้ความสนใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี 2.มีหมู่บ้านดีเด่นและครัวเรือนตัวอย่างด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ขั้นดำเนินกิจกรรม 1.จัดการประกวดหรือคัดเลือกหมู่บ้านจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีเด่น 2. จัดกิจกรรมประกวดหรือคัดเลือกครัวเรือนตัวอย่างการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3. จัดตั้งคณะกรรมการประเมินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่ละหมู่บ้าน 4. จัดมีการประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนด 5. ประกาศ ยกย่อง ชมเชยหมู่บ้านตัวอย่างและครัวเรือนตัวอย่างด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ **ขั้นประเมินผล** 1. สังเกตการมีส่วนร่วม 2. ผลการประกวดหมู่บ้านตัวอย่างและครัวเรือนต้นแบบด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	
1.เพื่อกำหนดจุดเสี่ยงในการลักลอบทิ้งหรือการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน 2.เพื่อกระตุ้นจิตสำนึกในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน	**กิจกรรมที่ 2** การกำหนดจุดเสี่ยงในการลักลอบทิ้งหรือการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม **ขั้นเตรียม** 1. ประชุมปรึกษาหารือ วางแผนการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่ 2. ติดต่อประสานงานกับผู้นำ จนท. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ CG อสม. อบต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมระดมสมอง 3. จัดเตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้อง **ขั้นดำเนินกิจกรรม**	1.มีการกำหนดจุดเสี่ยงและเฝ้าระวังการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2.ประชาชนในชุมชนให้ความสำคัญในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์	กิจกรรมในการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	1. จัดทำแผนที่จุดเสี่ยงหรือจุดที่ต้องเฝ้าระวังในการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ 2. ติดป้ายแจ้งเตือนและป้ายห้ามทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ 3. รณรงค์กระตุ้นให้แต่ละชุมชนมีการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม 4. ประเมินติดตามและเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงในการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ 5. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนร่วมกันสอดส่องดูแลการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อร่วมกัน 6. จัดกิจกรรมปลูกฝังจิตสำนึกของคนในชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร่วมกัน เช่น การเน้นย้ำในเวทีประชุมหมู่บ้าน หรือเวทีสาธารณะต่าง ๆ **ขั้นประเมินผล** 1. สังเกตการมีส่วนร่วม 2. ตรวจสอบพื้นที่จุดเสี่ยง	

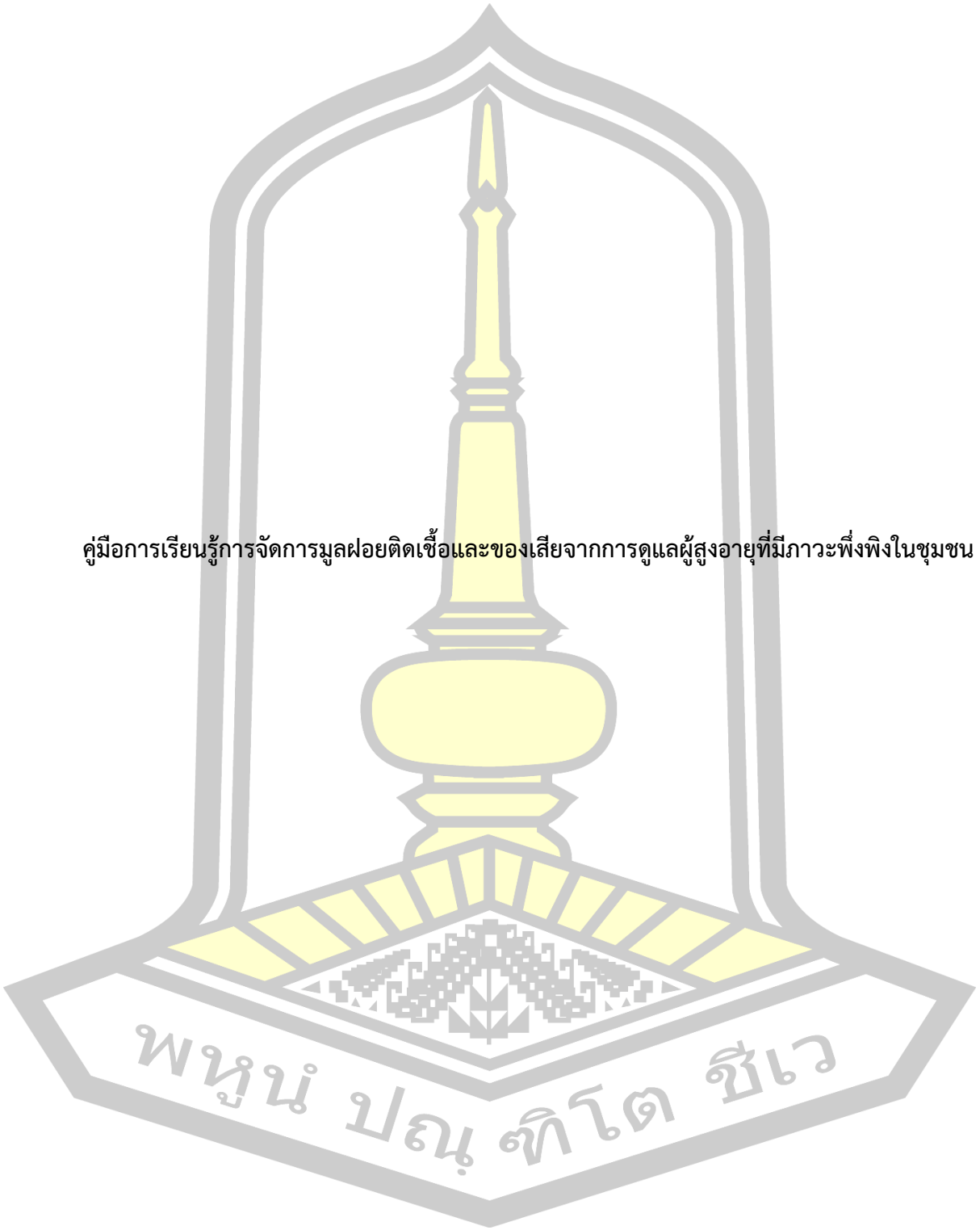
พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ข

สื่อการเรียนรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย

จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



คู่มือการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คู่มือการเรียนรู้

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

นายดิษฐพล ใจซื่อ หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัชชลิดา ยุคะลัง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คำนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เป็นความท้าทายที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการเตรียมความ พร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะระบบการรองรับการเกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งหากพิจารณาประเภทและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้นตาม แหล่งกำเนิดแล้ว จะพบว่า มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น ยังไม่มีระบบรองรับและการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ โดยส่วนใหญ่มีการจัดการเองที่บ้าน โดยการเผา การฝัง รวมถึงการทิ้งปะปน กับมูลฝอยทั่ว ไป ซึ่งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียดังกล่าวถือเป็นมูลฝอยอันตรายหากมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิด การแพร่กระจายของโรคและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมได้

คู่มือการจัด การมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา วิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจัดการมูล ฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ถูกต้องเหมาะสม แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนทั่วไป ตลอดจนผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อใช้ประกอบเป็นแนวทางการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

นายดิษฐพล ใจซื่อ
นิสิตหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คู่มือการเรียนรู้

เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

บทนำ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการ ใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย เหตุผลดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหามูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและ ของเสียจากการดูแลผสู้งอายที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชนตามมาเช่นมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินผู้ป่วยวัณโรคผู้ป่วยล้างไต ผ่านทางช่องท้องผู้ป่วยกลุ่ม โรคติดเชื้ออื่นๆซึ่งต้องดูแลรักษาที่บ้าน รวมถึงมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ และการใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ กระดาษชำระที่ปนเปื้อน แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อม ทางเลือกในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้มูลฝอยที่เกิดขึ้นเหล่านี้หากไม่ได้รับการจัดการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมได้

ดังนั้นคู่มือการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจรวมทั้งการปฏิบัติตนในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง นกไปสู่การมีสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดีของประชาชนในชุมชนต่อไป

สารบัญ

4. วิธีการและขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 11

- การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ....11

-การเก็บรวบรวม....15

-การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ....15

-สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ....17

- การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ....18

5. การดูแลและป้องกันตนเองในจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 22

6. การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 24

7. อ้างอิง 29

คู่มือการเรียนรู้

เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

บทนำ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการ ใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย เหตุผลดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหามูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อและ ของเสียจากการดูแลผสู้งอายที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชนตามมาเช่นมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินผู้ป่วยวัณโรคผู้ป่วยล้างไต ผ่านทางช่องท้องผู้ป่วยกลุ่ม โรคติดเชื้ออื่นๆซึ่งต้องดูแลรักษาที่บ้าน รวมถึงมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพ และการใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ กระดาษชำระที่ปนเปื้อน แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อม ทางเลือกในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้มูลฝอยที่เกิดขึ้นเหล่านี้หากไม่ได้รับการจัดการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมได้

ดังนั้นคู่มือการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจรวมทั้งการปฏิบัติตนในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง นกไปสู่การมีสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดีของประชาชนในชุมชนต่อไป

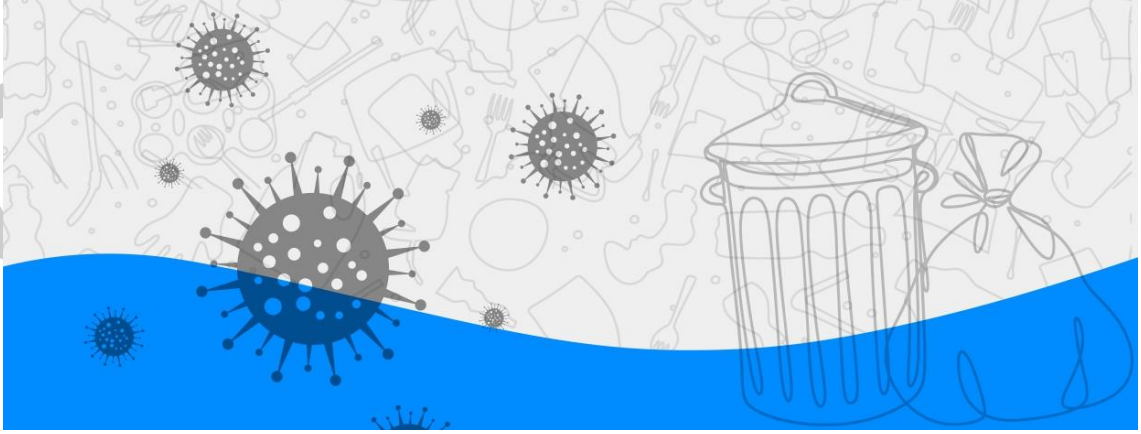
คู่มือการเรียนรู้(ต่อ)

วัตถุประสงค์ของคู่มือการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถ

1. อธิบายความหมาย ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. อธิบายผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสมได้
3. บอกวิธีและขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้องเหมาะสมได้
4. บอกแนวทางการดูแลและป้องกันตนเองในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหาคู่มือการเรียนรู้ ประกอบด้วย

1.ความหมายและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2.มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
3.วิธีและขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4.การดูแลและป้องกันตนเองในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



1 ความหมายมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

มูลฝอยติดเชื้อ

มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ รวมถึงมูลฝอยทางการแพทย์ หรือมูลฝอย จากการดูแลสุขภาพ ที่เกิดขึ้น ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ที่บ้าน การรักษาพยาบาล การบำบัด ฟื้นฟูและการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมถึงการใช้ ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

ของเสียจากการดูแลสุขภาพ

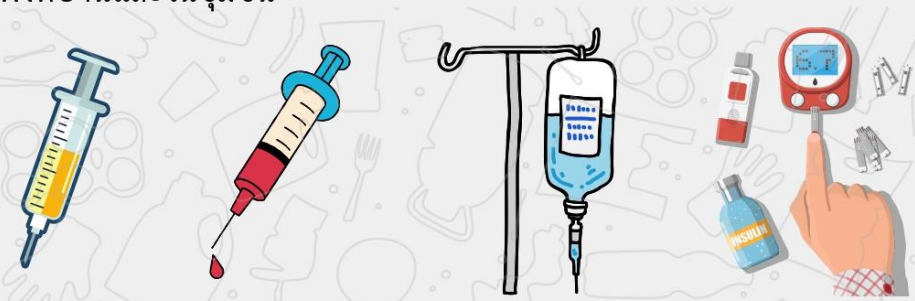
ของเสียทางการแพทย์หรือของเสียจากการดูแลสุขภาพ ยา เวชภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่หมดอายุหรือปนเปื้อน อุปกรณ์ เครื่องมือการดูแลสุขภาพที่ชำรุด เสียหาย แตกหัก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและให้บริการสุขภาพที่บ้านและในชุมชน

2 ประเภทมูลมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

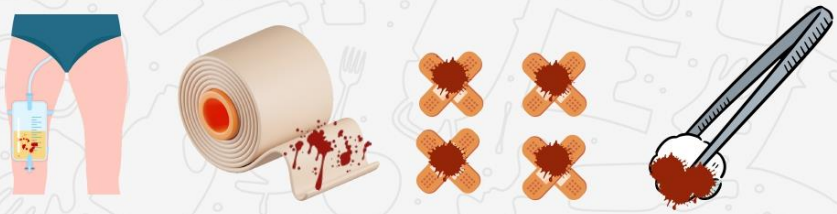
จำแนกประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ หรือของเสียจากการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ดังนี้

1. ซากหรือชิ้นส่วนเนื้อเยื่อ อวัยวะหรือของเหลวของมนุษย์ที่เป็นผลมาจากการทำแผล การผ่าตัดหรือเกิดจากการให้การดูแลพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. วัสดุของมีคม เช่น ของมีคมที่ใช้แล้วหรือยังไม่ได้ใช้ เช่น เข็มฉีดยาใต้ผิวหนัง เข็มฉีดยาและเข็มฉีดยาแบบปิดอัตโนมัติ ใบมีดแบบใช้แล้วทิ้ง ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือด ภาชนะที่ทำด้วยแก้วและเครื่องมือที่แหลมคมต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน



3.วัสดุที่สัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำ สารคัดหลั่งจากร่างกายของมนุษย์ เช่น สำลี ท่อยาง ผ้าก๊อส ผ้าปิดแผล ผ้าพันแผล ผ้าและวัสดุอื่น ๆ ที่เปื้อนเลือด สารคัดหลั่งหรือของเหลวในร่างกายมนุษย์



4.ของเสียทางการแพทย์หรือของเสียจากการดูแลสุขภาพ ยาเวชภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่หมดอายุหรือปนเปื้อน อุปกรณ์เครื่องมือการดูแลสุขภาพที่ชำรุด เสียหาย แตกหัก เช่น เศษหรือชิ้นส่วนอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน การฟอกไตทางช่องท้อง ยาหรือผลิตภัณฑ์ยาที่เหลือจากการรักษาและมีการปนเปื้อน ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ปนเปื้อน สารเคมีหรือน้ำยาในการฆ่าเชื้อ โลหะหนักที่มีอยู่ในเครื่องมือแพทย์ (สารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ที่แตก) และแบตเตอรี่

3 มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ต้องใช้ความระมัดระวังในการจัดการมากกว่ามูลฝอยประเภทอื่น ๆ หากมีการจัดการไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการแล้วอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อนามัยและ สิ่งแวดล้อมตามมาได้

กลุ่มเสี่ยงจากมูลฝอยติดเชื้อ

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสมาชิกในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.บุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่หรือผู้สัมผัสมูลฝอยติดเชื้อในขั้นตอนการคัดแยก เก็บรวบรวมขนย้ายและการจัดการ

4. ประชาชนทั่ว ไปในชุมชน

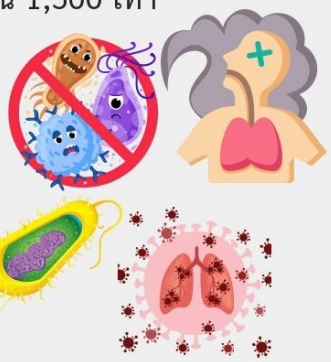
ชนิดของเชื้อโรค

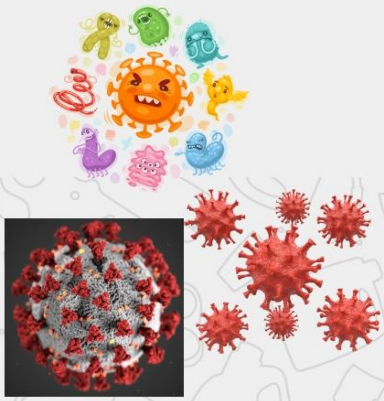
โดยทั่วไปอาจจำแนกเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. แบคทีเรีย

เป็นเชื้อโรคที่มีขนาดเล็กมากจนไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่สามารถดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายประมาณ 1,500 เท่า แบคทีเรียแต่ละชนิดมีรูปร่างแตกต่างกันออกไป ดังนี้

- แบคทีเรียที่มีรูปร่างกลม อยู่กันเป็นกลุ่ม เป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคฝี หนอง หนองใน เป็นต้น
- แบคทีเรียที่มีรูปร่างเป็นท่อน เป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรควัณโรค โรคเรื้อน ไทฟอยด์ เป็นต้น
- แบคทีเรียที่มีรูปร่างขดเป็นเกลียว เป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดซิฟิลิส เป็นต้น





2. ไวรัส

เป็นเชื้อที่มีขนาดเล็กที่สุดในบรรดาเชื้อโรคทุกชนิด ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่สามารถดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ชนิดพิเศษ ไวรัสเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออก ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ คางทูม หัด หัดเยอรมัน อีสุกอีใส ไข้ทรพิษ โรคไข้สันหลังอักเสบ โรคกลัวน้ำ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นต้น

3. รา หรือเชื้อรา

เป็นเชื้อโรคที่มีขนาดใหญ่กว่าแบคทีเรีย ราบางชนิดสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น ราที่ขึ้นในอาหารจำพวกแป้ง ขนมปัง เชื้อราส่วนใหญ่ก่อให้เกิดโรคได้ เช่น โรคผิวหนังกลากเกลื้อน น้ำกัดเท้า รวมทั้งเชื้อราในอาหารที่สามารถสร้าง สารพิษออกมาปะปนในอาหาร แล้วทำให้เกิดโรคได้

4. ปรสิต

เป็นเชื้อโรคขนาดใหญ่ มีขนาดใหญ่กว่าเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ บางชนิดสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เชื้อโรคนี้ มีทั้งพวกเซลล์เดียวซึ่งมองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า เรียกว่า “โปรโตซัว” ซึ่งก่อให้เกิดโรค ไข้จับสั่น โรคบิดมีตัว เป็นต้น ส่วนพวกมีหลายเซลล์ สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เรียกว่า “หนอนพยาธิ” ได้แก่ พยาธิตัวกลม พยาธิใบไม้ พยาธิตัวตืด พยาธิปากขอ เป็นต้น รวมทั้งแมลงบางชนิด ก็จัดอยู่ในจำพวกปรสิตด้วย เช่น เหา หิด โลน เป็นต้น

ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคได้ ดังนี้

1.โรคที่ติดต่อจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง โดยการไปสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ในมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในกระบวนการคัดแยกและเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้เกิดการสัมผัสสารคัดหลังหรือเกิดการบาด ทิ่ม ตำ จากมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด เป็นต้น โรคติดต่อที่อาจเกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ การติดเชื้อในระบบเลือด

2.โรคที่ติดต่อจากระบบทางเดินหายใจ สามารถติดต่อได้จากการสูดดมแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อราที่ปะปนอยู่ในอากาศในขณะที่มีการคัดแยก เก็บรวบรวม ขนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ หรือการสูดดมฝุ่นละออง จากการเผาไหม้มูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อาจทำให้เกิดโรค ในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรค โรคปอดอักเสบ โรคซาร์ส เป็นต้น

3.โรคที่ติดต่อจากระบบทางเดินอาหาร เกิดจากการกลืน กิน เชื้อโรคเข้าไปในระบบทางเดินอาหาร สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการใช้มือที่ไม่สะอาดมาสัมผัสกับอาหาร การใช้ภาชนะที่ปนเปื้อนมาบรรจุอาหาร และจากการมีสัตว์แมลงนำโรคมาสัมผัสกับอาการหรือภาชนะ เช่น หนู แมลงวัน แมลงสาบ เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคท้องร่วง บิด อหิวาตกโรคได้

ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

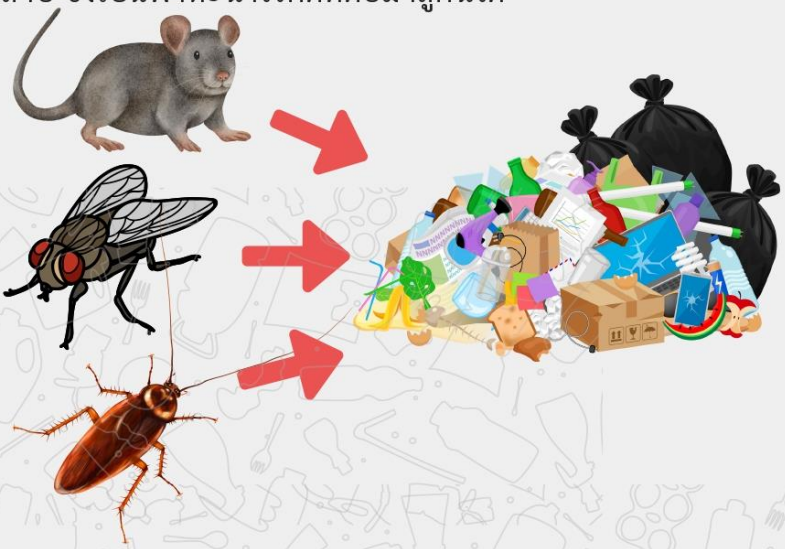
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลส่งผลกระทบต่อ สิ่งแวดล้อม ได้แก่

1. มลพิษทางอากาศ เกิดจากการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยการเผาในเตาเผาที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เกิดมลพิษที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพ ได้แก่ ฝุ่นทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก โลหะหนักที่มีพิษ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ สารก่อมะเร็งต่าง ๆ เป็นต้น

2. มลพิษทางน้ำ การนำไปมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดการชะล้างของเชื้อโรคที่อยู่ในน้ำ นำไปสู่การแพร่กระจายของเชื้อโรคลงสู่แหล่งน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน รวมทั้งสิ่งมีชีวิตที่อยู่ในน้ำ ส่งผลให้คุณภาพน้ำเปลี่ยนแปลงไปและเชื้อโรคที่ปะปนอยู่ในน้ำก็จะส่งผลต่อระบบนิเวศทางน้ำ ทำให้สัตว์น้ำบางชนิดสูญพันธุ์และไม่เหมาะสมต่อการนำมาอุปโภค บริโภค

3. มลพิษทางดิน เกิดจากการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง เช่น การฝัง การเผาบนพื้นดิน การกองทิ้งไว้ เป็นต้น ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคลงสู่ดินได้

4. แหล่งเพาะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรค มูลฝอยติดเชื้อที่ตกค้างหรือไม่มีห้องเก็บพักที่มิดชิดจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของหนู แมลงวัน แมลงสาบ ซึ่งเป็นพาหะนำโรคติดต่อมาสู่คนได้



5. เหตุเดือดร้อนรำคาญ และทำลายสุนทรียภาพด้านสิ่งแวดล้อมจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดทัศนะอุดจาด ไม่น่ามอง เกิดกลิ่นเน่าเหม็น ซึ่งอาจทำให้เกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญและบั่นทอนสุขภาพกายและจิตใจได้

4 วิธีการและขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและของเสียออกจากมูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ และต้องมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคมออกจากกันด้วย โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1.1 ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมควรมีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้

ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงหรือถังสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมีการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม มีเครื่องหมายและคำเตือน “ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ”

1.2 การบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่องภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (กรณีที่เป็นเข็มสามารถใช้ภาชนะพลาสติกชนิดหนามีฝาปิดใส่ได้) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น กรณีน้ำที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดแผล ให้ทิ้งในห้องน้ำที่บ้านผู้ป่วย และล้างทำความสะอาดห้องน้ำทุกครั้งด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำหรือผงซักฟอก

ของเสียและของเสียอันตราย ประเภทผลิตภัณฑ์ ยา เวชภัณฑ์ ให้ดำเนินการคัดแยกและเก็บรวบรวม ดังนี้

(1) ยาที่หมดอายุเสื่อมคุณภาพ ถูกปนเปื้อน ถูกทิ้งเนื่องจากไม่ต้องการใช้แล้ว ให้คัดแยกและเก็บในภาชนะ หีบ ห่อเดิม และติดฉลากชื่อ ประเภทของเสียอันตรายให้ชัดเจน

(2) ยาอันตรายสูงและภาชนะบรรจุ ได้แก่ ยารักษามะเร็ง ยาปฏิชีวนะ ยาต้านไวรัส ยาฮอร์โมน หรือยาที่มีผลรบกวนการทำงานของระบบไร้ท่อ ยาที่เป็นพิษต่อระบบสืบพันธุ์ ยากดภูมิคุ้มกัน ให้เก็บใส่ถุงสีเทาและติดป้ายระบุ “ยาอันตรายสูง”

(3) ยาควบคุมพิเศษ ได้แก่ ยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ให้เก็บใส่ถุงสีเทาและติดป้ายระบุ “ยาควบคุมพิเศษ”

(4) ยาทั่วไป ได้แก่ ยาแผนปัจจุบันที่มีอันตรายต่ำ รวมทั้งยาแผนโบราณและยาสมุนไพร ให้เก็บใส่ถุงสีเทาและติดป้ายระบุ “ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณ”

2. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จัดให้มีจุดรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่บ้าน โดยให้อยู่ในบริเวณที่เหมาะสมมีถังรองรับอีกชั้น ห่างจากมือเด็ก และสัตว์ในการคุ้ยเขี่ย มีฝาปิดที่มิดชิด ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือ สถานที่ปรุง ประกอบ เก็บ หรือสะสมอาหาร

3. การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะ ดังนี้

3.1 ควรขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสียอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรเก็บสะสมจนทำให้เกิดการหมักหมมหรือเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรค

3.2 มูลฝอยติดเชื้อที่ขนย้ายต้องอยู่ภาชนะที่แข็งแรง มีฝาปิดมิดชิด กรณีเป็นถุงแดง ให้ใส่ถุงแดงในภาชนะที่เป็นกล่องที่มีฝาปิดมิดชิด

3.3 ผู้ขนย้ายต้องสวมใส่เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยาง

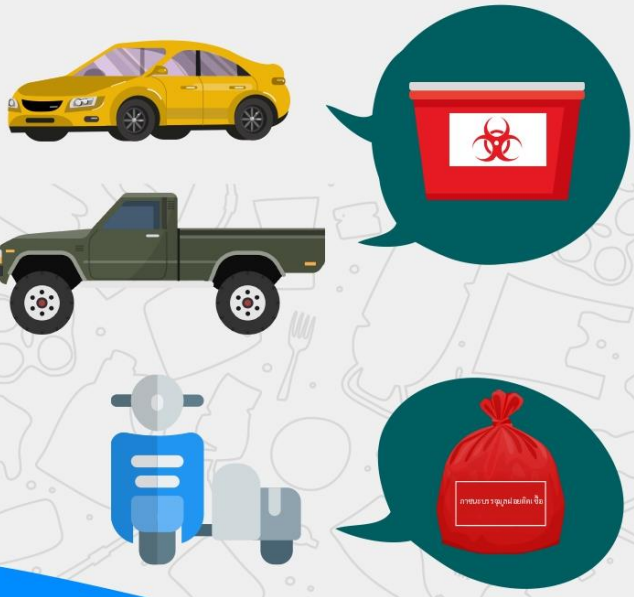
3.4 มีการทำความสะอาด ยานพาหนะที่ใช้ในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ หลังการขนย้ายเสร็จสิ้นแล้วทุกครั้ง

3.5 การปฏิบัติในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและของเสียแยกตามพาหนะที่ใช้ในการขนย้าย มีข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

(1) กรณีพาหนะที่เป็นรถเก๋ง ใส่มูลฝอยติดเชื้อในภาชนะปิดสนิท แล้วนำไปใส่ในกระโปรงท้ายรถ โดยไม่มีสิ่งอื่นปะปนขณะที่ทำการขนย้าย

(2) กรณีพาหนะที่เป็นรถกระบะ ใส่มูลฝอยติดเชื้อในภาชนะปิดสนิท แล้วนำไปใส่ในกระบะท้ายรถ โดยไม่มีสิ่งอื่นปะปนขณะที่ทำการขนย้าย
แทรกภาพ

(3) กรณีพาหนะที่เป็นรถจักรยาน จักรยานยนต์ หรือรถเข็น รถซาเล้ง ใส่มูลฝอยติดเชื้อในภาชนะที่เป็นกล่องปิดสนิท โดยมีการผูกมัดให้แน่นขณะเคลื่อนย้าย เพื่อป้องกันการตกหล่นและการแพร่กระจายของเชื้อโรค



4. สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ (รพ.สต.หรือสถานบริการสุขภาพ)

การจัดสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อควรเป็นไปตามมาตรฐาน ดังนี้

4.1 เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด

4.2 พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่าย และมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค

4.3 มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน

4.4 มีการป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

4.5 มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย

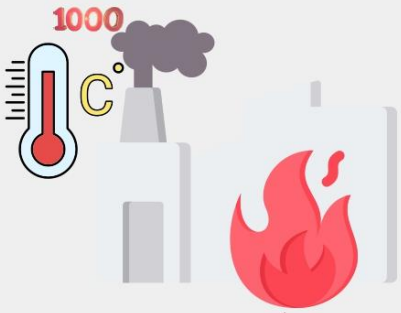
4.6 มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้อง

การปฏิบัติของผู้ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ต้องแจ้งข้อมูลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้รับทราบเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้ออย่างเหมาะสม ไม่ควรนำมูลฝอยติดเชื้อมาวางหรือห้อยไว้บริเวณภายนอกสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อโดยไม่ได้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่

5. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอย่างถูกต้องเหมาะสมมีแนวทางในการดำเนินการ ดังนี้

5.1 การดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียเองต้องได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่น ผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อต้องมีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยวิธีการเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผา ที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอยติดเชื้อ และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส



5.2 การดำเนินการโดยให้ผู้อื่นกำจัดให้ โดยมีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ที่เชื่อได้ว่ามีการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่อย่างถูกต้อง (สมุดบันทึกรับ-ส่งมูลฝอยติดเชื้อ)

กรณีนี้เป็นการกำจัดโดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปรวบรวมในสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของรพ.สต.หรือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อดำเนินการนำไปกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการต่อไป

5.3 ดำเนินการกำจัดเองในครัวเรือน โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นหรือเป็นมติข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถดำเนินการ ดังนี้

(1) แยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคมและมูลฝอยติดเชื้อที่มีการปนเปื้อนและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด ผ้าก๊อส สำลีล้างแผลที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เลือด หนอง รวมทั้งเวชภัณฑ์จากการดูแลและยาหมดอายุหรือยาที่เหลือจากการรักษา เป็นต้น ให้ดำเนินการโดยใช้แนวทางการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการโดยการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่สถานที่พักขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ซึ่งจะมีรถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี

(2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคมและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แผ่นรองซับ กระดาษชำระ เป็นต้น ให้ดำเนินการโดยใช้แนวทางการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของแต่พื้นที่ เช่นการเผาในพื้นที่โล่งโดยมีเตาเผาอุณหภูมิสูง การขุดหลุมฝังกลบ เป็นต้น

ข้อปฏิบัติที่ควรหลีกเลี่ยงในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้

X ไม่ควรเผามูลฝอยติดเชื้อกองบนพื้นดินโดยตรง

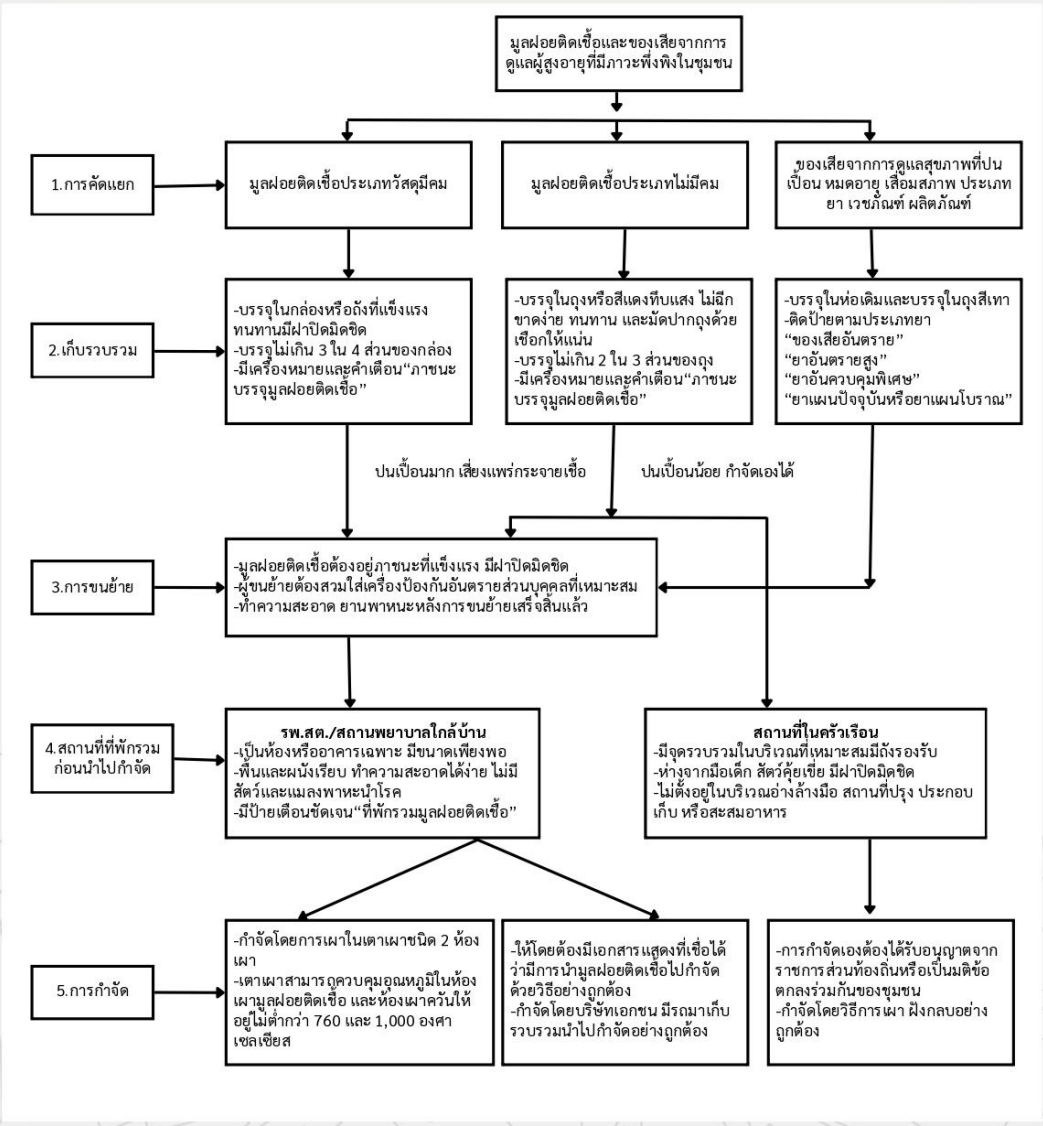
X ไม่ควรเผามูลฝอยติดเชื้อรวมกันกับมูลฝอยอื่น ๆ

X ไม่ควรเผาหรือฝังมูลฝอยติดเชื้อและของเสียใกล้แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค

X ไม่ควรทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียปะปนกับมูลฝอยอื่น ๆ หรือทิ้งในถังขยะทั่วไปอื่น ๆ

X ไม่ควรลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในที่สาธารณะ

สรุปขั้นตอนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



5 การดูแลและป้องกันตนเองในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการสัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสีย ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองทุกครั้ง เช่น ถุงมือยางแบบใช้แล้วทิ้ง หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดปากปิดจมูก เป็นต้น

2.ขั้นตอนการคัดแยก เก็บรวบรวม ขนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้ง เช่น ถุงมือยางหนา หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดปากปิดจมูก เสื้อผ้าแขนขายาวมิดชิด และรองเท้าพื้นยางหรือรองเท้าบู๊ท เป็นต้น

3.หลังการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และหลังการสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสีย ให้ล้างมือและทำความสะอาดร่างกายทุกครั้ง

4.หากได้รับอันตรายจากการทิ่มตำ หรือเกิดความผิดปกติใด ๆ กับร่างกาย จากการสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสียจากการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรรีบไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน หรือรีบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที

5. ดูแลสุขภาพร่างกาย ให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยการรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคล หมั่นออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

3. การขนย้าย มูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมูลฝอยติดเชื้อที่ขนย้ายต้องอยู่ภาชนะที่แข็งแรง มีฝาปิดมิดชิด และต้องมีการทำความสะอาดยานพาหนะภายหลังการขนย้ายทุกครั้ง

4. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างถูกต้องเหมาะสมตามบริบทในชุมชน (ตามแนวปฏิบัติการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย ข้อ 5.3)

6 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการดำเนินตามบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดูแลสุขภาพและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สะอาดถูกสุขลักษณะและล้างมือทำความสะอาดร่างกายทุกครั้ง ภายหลังสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อและของเสียให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรค

2. การคัดแยกและเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างถูกต้อง ไม่ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อหรือของเสียปะปนกับมูลฝอยทั่วไป และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

5.มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในเวทีการประชุมในชุมชนหรือเวทีสาธารณะอื่น ๆ เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

6 .ให้ความช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หากมีกรณีผู้มาขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำ

7. ให้ความร่วมมือกับทางชุมชนและหน่วยงานราชการ เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกับทางชุมชนในจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสำรวจประเภท ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น

รายการตรวจสอบ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	แยกมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงใส่ปัสสาวะ เข็มฉีดยา ผ้าพันแผลออกจากมูลฝอยประเภทอื่น		
2.	แยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ขวดยา ออกจากมูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม		
3.	นำมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ของผู้สูงอายุเทลง ในโถส้วม แล้วราดน้ำตามให้โถสะอาด		
4.	มัดปากถุงใส่ขยะติดเชื้อด้วยเชือกให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด		
5.	เก็บมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม โดยบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงขยะติดเชื้อสีแดงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น		
6.	เก็บมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม โดยบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่องหรือภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ		
7.	เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ที่บ้านโดยเก็บพักไว้ไม่เกิน 7 วัน ก่อนนำไปกำจัด		
8.	สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดปากจมูก ทุกครั้งที่เก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ		
9.	เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ภาชนะที่แข็งแรง ไม่รั่วซึม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมบริเวณที่พักมูลฝอยติดเชื้อ		
10.	ใช้ถุงพลาสติกสีแดง หรือ ถุงพลาสติกที่เหนียว ไม่ขาด ไม่รั่วซึม ในการใส่มูลฝอยติดเชื้อ		
11.	ล้างทำความสะอาดรถที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังการใช้งาน		
12.	กำจัดมูลฝอยติดเชื้อเองโดยการเผาหรือฝังอย่างถูกวิธี ในกรณีที่เป็นมูลฝอยติดเชื้อและของเสียประเภทไม่มีคมและมีการปนเปื้อนไม่มากพิจารณาแล้วสามารถกำจัดได้เองตามมติข้อตกลงของชุมชน		

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2560). แนวทางการจัดการขยะติดเชื้อ. กรงเทพมหานคร : กองอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://cpa.go.th/files/general/20180517_171307.pdf

กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2565). รายงานประจำปี 2564 กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th

กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. 2564 แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ (พ.ศ. 2565 – 2570) สืบค้นเมื่อ https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2021/10/pcdnew-2021-10-16_05-36-50_627887.pdf

กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, วิรดา อัศวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, และอรัญญา นามวงศ์. (2563).สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2),581-595.

ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ, สุทรรศน์ สิทธิศักดิ์, สิริเนตร เรืองหน่าย, และกำหนด มีจักร. (2562). รูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(1), 53-66.

ประชุมพร กวีกรณ์, นวรถฤดี กุลวิเศษณ์, และอำนาจ เหมลา. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน, 5(4), 703-28.

ศุภลักษณ์ ดำรงเชื้อ. (2565). การพัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลวิชิต จังหวัดภูเก็ต. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 12(3), 659-672.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). มาตรฐานแนวทางการให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชน. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-researchperson/download

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2563. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Caregiver กระทรวงสาธารณสุข. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2561). เอกสารวิชาการ ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB

เอกสารอ้างอิง

Tabrizi, J. S., Rezapour, R., Saadati, M., Seifi, S., Amini, B., & Varmazyar, F. (2018). Medical Waste Management in Community Health Centers. Iran J Public Health, 47(2), 286-291.

Teferi, S. C. (2022). The Status of Household Solid Waste Management and its Associated Factors in Fiche Town, North Shewa Zone, Ethiopia. Environ Health Insights, 16, 11786302221117007. https://doi.org/10.1177/11786302221117007

WHO. (2018). Healthcare Waste. [(accessed on 21 January 2022)]. Available online: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste

WHO. (2015). Safe health-care waste management : Policy paper. [Online].; 2015 [cited 2015 March 10. Availablefrom:http://ww.who.int/watersanitation

WHO/UNICEF, (2015). Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middle-income countries. World Health Organization, Geneva

ผู้จัดทำคู่มือการเรียนรู้
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัชชลิดา ยุคะลัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้เรียบเรียง

นายดิษฐพล ใจซื่อ นิสิตหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

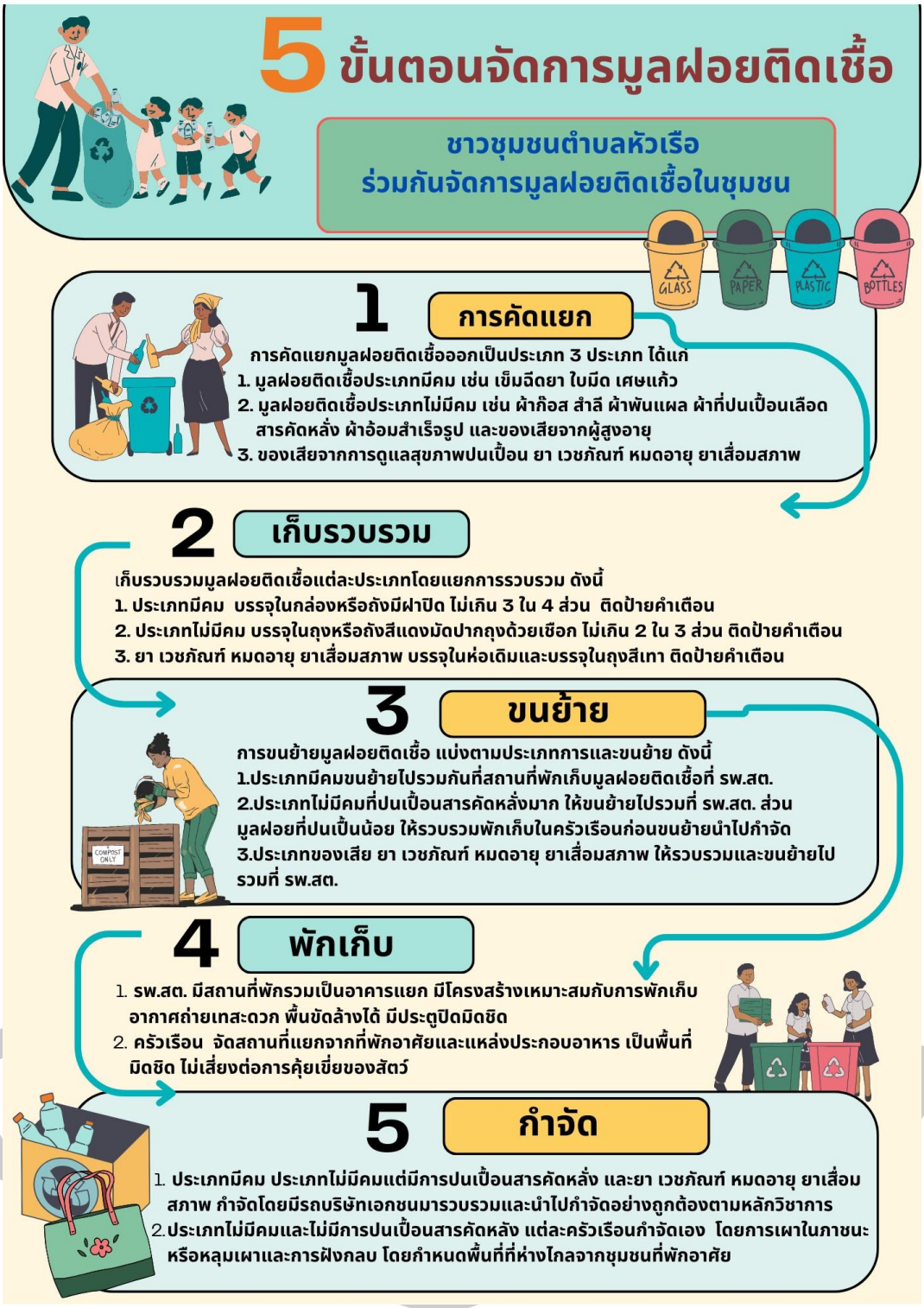
คณะทำงาน

คณะกรรมการ สภาชุมชนตำบลหัวเรือ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

จัดทำรูปเล่มโดย

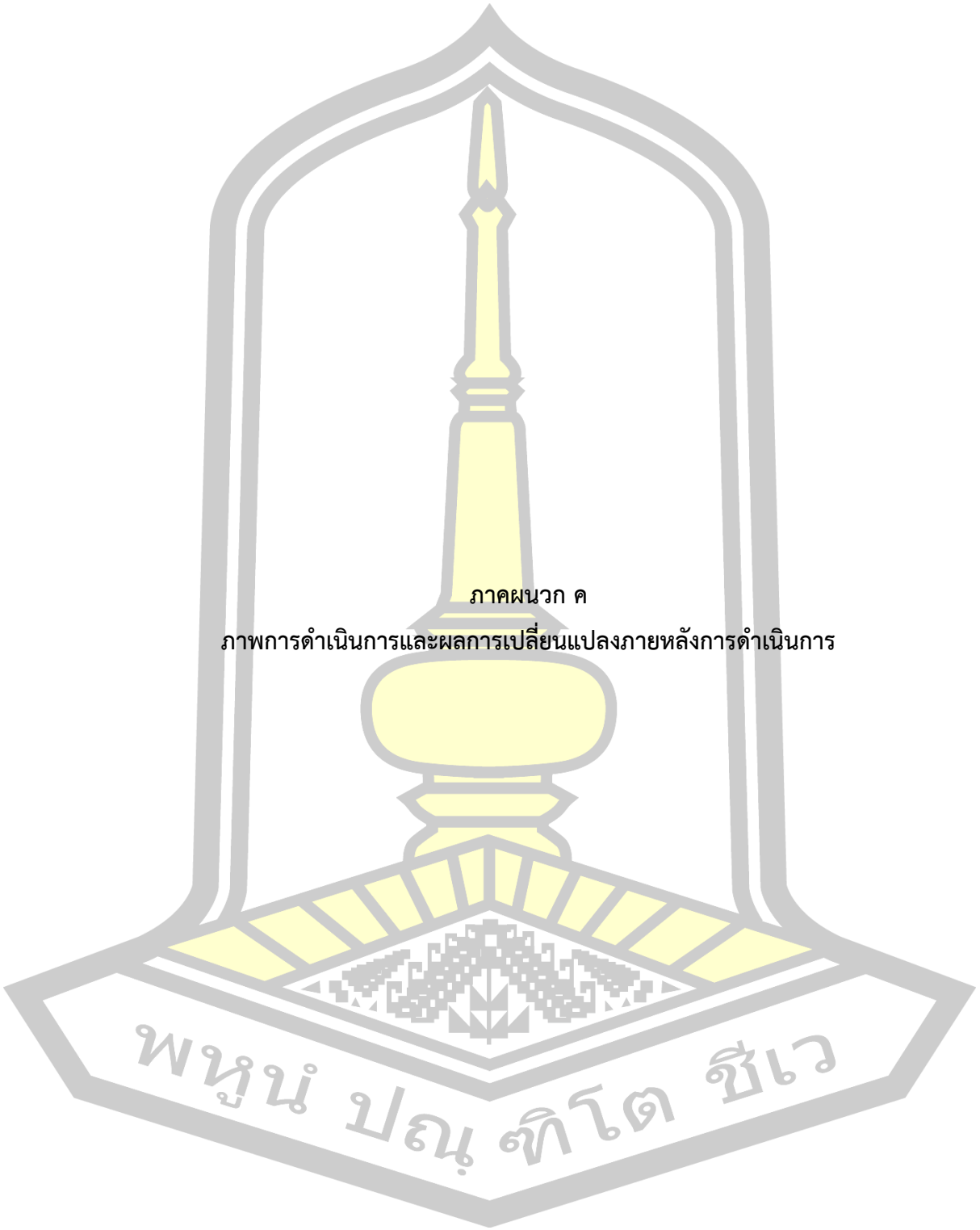
นายดิษฐพล ใจซื่อ นิสิตหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นางสาวเกศรินทร์ โกพลและคณะ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



ตัวอย่างสื่อการเรียนรู้และสื่อประชาสัมพันธ์

แนวทาง 5 ขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน



ภาคผนวก ค
ภาพการดำเนินการและผลการเปลี่ยนแปลงภายหลังการดำเนินการ

สภาพมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดการไม่ถูกต้องเหมาะสม

สภาพมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดการไม่ถูกต้องเหมาะสม

การรวบรวมข้อมูลศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯในชุมชน

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯในชุมชน

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯในชุมชน

ผลการเปลี่ยนแปลงภายหลังการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียฯในชุมชน

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 329-345/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of a Model for Managing Infectious Waste and By-products from Long-Term Care of Dependent Elderly Individuals with Community Involvement in Maha Sarakham Province.

ผู้วิจัย : นายดิษฐพล ใจซื่อ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 สิงหาคม 2566 **วันหมดอายุ** : 24 สิงหาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภาธร สว่างจิตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

345/66

ECMSU01-05.03 Update 2021

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้านายดิษฐพล ใจซื่อ นิสิตปริญญาเอก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม (The Developing a Model of health care waste management from long -term care the elderly participation of community network Maha Sarakham Province) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
3. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้คือ

1. ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการสัมผัสและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสม
2. มีแนวทางในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อประโยชน์ของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อย่างทั่วถึง
3. หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการกำหนดแนวทางจัดสรรงบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
4. เกิดการต่อยอดการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียตลอดจนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนซึ่ง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลปริมาณ ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน

15 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดย ผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ การเข้าร่วมในการวิจัยมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยง ในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดำเนินชีวิตหรือการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายดิษฐพล ใจซื่อ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามโทร. 087-9508076

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นายดิษฐพล ใจซื่อ)
ผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University
Ethics Committee for Human Research
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ECMSU01-05.04

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้านายดิษฐพล ใจซื่อ นิสิตปริญญาเอก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม (The Developing a Model of health care waste management from long-term care the elderly participation of community network Maha Sarakham Province) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้คือ ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการสัมผัสและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เหมาะสม และเกิดแนวทางในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อประโยชน์ของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างทั่วถึง “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในด้านการกำหนดนโยบาย แผน และการกำหนดแนวทางจัดสรรงบประมาณในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตลอดจนเกิดการต่อยอดการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียตลอดจนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในชุมชน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ในประเด็นบริบทพื้นที่สถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยแบบคำถามทั้งหมด 2 ส่วน จำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที โดยจะขอสัมภาษณ์ที่ศาลาประชาคมหมู่บ้านหรือบ้านอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงและถ่ายภาพและจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ECMSU01-05.04

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดำเนินชีวิตหรือการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายดิษฐพล ใจซื่อ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามโทร. 087-9508076

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นายดิษฐพล ใจซื่อ)
ผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University
Ethics Committee for Human Research
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจากนายดิษฐพล ใจซื่อ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม (The Developing a Model of health care waste management from long -term care the elderly participation of community network Maha Sarakham Province) โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยโดยตลอด อีกทั้ง ยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

"ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ" และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด / ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต (ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย), ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนของท่าน (ในกรณีที่เป็นนิสิต/ นักเรียน)

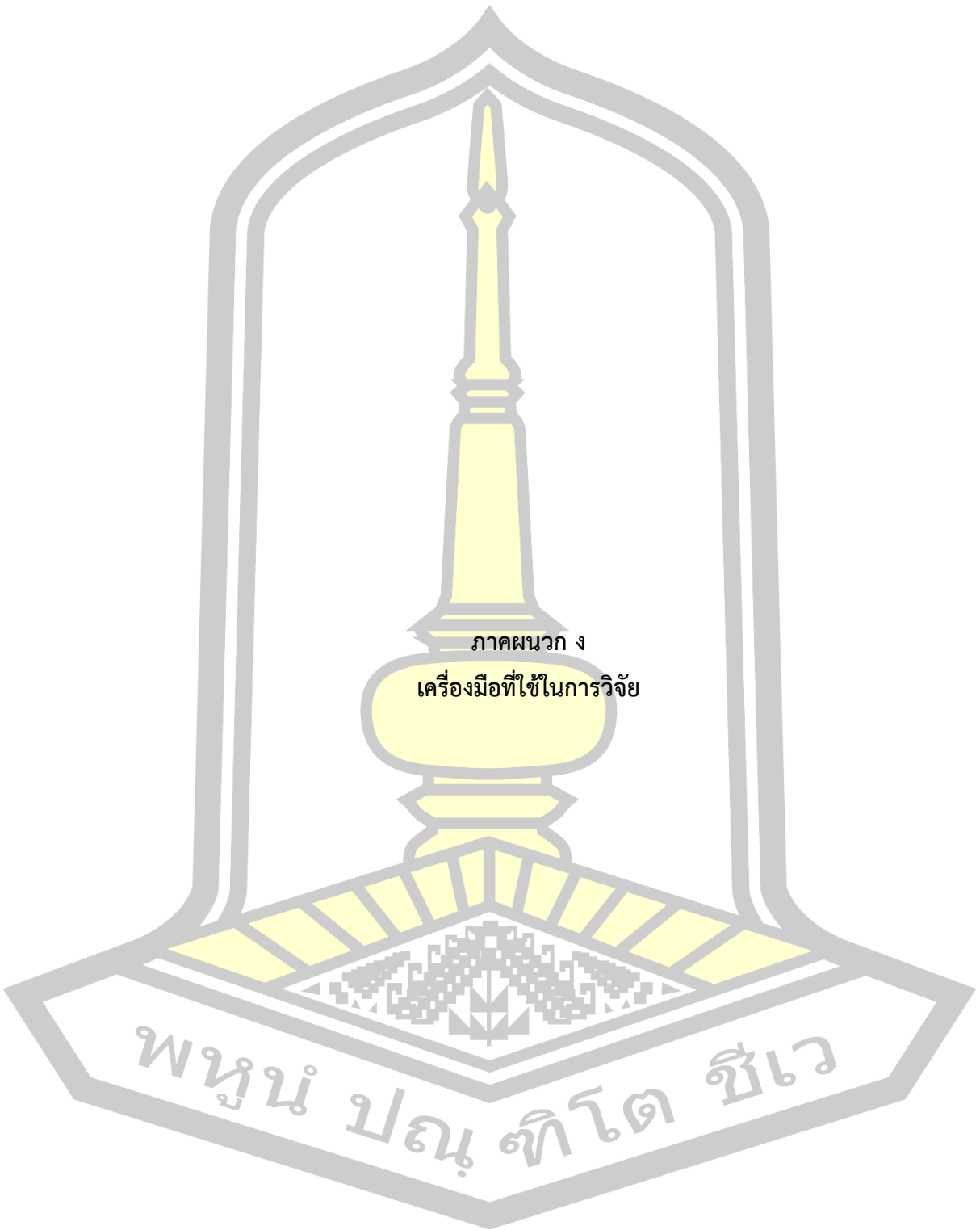
ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)
วันที่.....

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University Ethics Committee for Human Research คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนซึ่ง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปริมาณ ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลเสียหายต่อตัวท่านแต่อย่างใด คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการ เพื่อนำไปวางการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน

(นายดิษฐพล ใจซื่อ)
ผู้วิจัย

เครื่องมือการวิจัย ชุดที่ 1

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย

จากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

.....

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปริมาณ ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ( ) และ/หรือข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ .....ปี (เศษอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้ปรับจำนวนเต็ม)

3. สถานภาพ

( ) 1.โสด ( ) 2.สมรส ( ) 3.หม้าย ( ) 4.หย่าร้าง/แยก

4.ระดับการศึกษา

( ) 1.ไม่ได้เรียน ( ) 2.ประถมศึกษา

( ) 3.มัธยมศึกษา ( ) 4.อุดมศึกษา

5.สถานภาพในครอบครัว

( ) หัวหน้าครอบครัว

( ) สมาชิกในครอบครัว

( ) ผู้อาศัย

จำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน..... คน

6. อาชีพหลักของครอบครัว (หมายถึงอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หลักในครอบครัว)

( ) 1.เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) ( ) 2.ค้าขาย

( ) 3.รับจ้าง ( ) 4.ข้าราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ

( ) 5.อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน

5.บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

( ) 1.ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครัวเรือน

( ) 2.ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)

( ) 3.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

( ) 4.อื่นๆ (ระบุ).....

7.ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ..... ปี

8.การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

( ) 1.ไม่เคย

( ) 2.เคย (ระบุ)

เรื่อง.....

หน่วยงานที่จัด.....

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 7 ข้อ

1.เพศ

( ) 1.ชาย ( ) 2.หญิง

2.อายุ ..... ปี (เศษอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้ปรับจำนวนเต็ม)

3.สถานภาพ

( ) 1.โสด ( ) 2.สมรส ( ) 3.หม้าย ( ) 4.หย่าร้าง/แยก

4.ระดับการศึกษา

( ) 1.ไม่ได้เรียน ( ) 2.ประถมศึกษา

( ) 3.มัธยมศึกษา ( ) 4.อุดมศึกษา

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน

6.โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคและตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1.โรคหัวใจ ( ) 2.โรคมะเร็ง
( ) 3.โรคตับ ( ) 4.โรคทางจิต
( ) 5.โรคความดันโลหิตสูง ( ) 6.โรคเบาหวาน
( ) 7.โรคไต ( ) 8.โรคซึมเศร้า
( ) 9.ข้ออักเสบ ( ) 10.หลอดลมอักเสบเรื้อรัง
( ) 11.โรคทางสมอง ( ) 12.อื่นๆ.....

7.สถานะในครอบครัว

( ) 1.หัวหน้าครอบครัว ( ) 2.สมาชิกในครอบครัว
( ) 3.ผู้อาศัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเภท ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำนวน 6 ข้อ

ลำดับ	ประเภทมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน	มี	ไม่มี	ปริมาณที่เกิดขึ้นต่อวัน (กิโลกรัม)	หมายเหตุ
1.	ชิ้นส่วนของร่างกายที่เป็นผลมาจากการทำแผล หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น ชิ้นเนื้อ เศษเนื้อเยื่อ				
2.	วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง				
3.	ส่วนประกอบของเลือด สารคัดหลั่ง หนอง เสมหะ น้ำลาย ผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น สำลี ผ้าก๊อส ผ้าต่าง ๆ ขวดน้ำเกลือ สายน้ำเกลือ และท่อยาง				
4.	ขวดยา หลอดยา ขวดแก้ว ซองยา ยา และเวชภัณฑ์จากยา ที่เหลือจากการรักษา				
5.	ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ปนเปื้อนปัสสาวะและอุจจาระ				
6.	ถุงปัสสาวะที่ยังไม่เทปัสสาวะทิ้ง ถุงและน้ำยาฟอกไตทางช่องท้อง				

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ของเสียและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ แต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นข้อความที่ถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นข้อความที่ไม่ถูกต้อง

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1.	มูลฝอยติดเชื้อ คือ มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค เช่น เลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย		
2.	เชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแพร่กระจายลงสู่แหล่งน้ำและพื้นดินได้		
3.	มูลฝอยติดเชื้อเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจากการติดเชื้อได้		
4.	การคัดแยกมูลฝอย ต้องมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไปอื่นๆ		
5.	มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของมีคม ได้แก่ เข็ม ใบมีด		
6.	มูลฝอยติดเชื้อประเภท ของไม่มีคม ได้แก่ สำลี ผ้าพันแผล		
7.	การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อควรเก็บเวลากลางวันเพราะสามารถมองเห็นได้ดี		
8.	ที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนต้องเป็นวัสดุที่ทนทานแข็งแรง มีข้อความแสดงชัดเจน มีหูหิ้ว มีฝาปิดมิดชิดและสามารถทำความสะอาดได้ง่าย		
9.	มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น		
10.	มูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของ กล่องภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ		
11.	การเก็บมูลฝอยติดเชื้อไม่ควรเก็บเกิน 10 วัน ในอุณหภูมิห้องปกติ		
12.	สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับมูลฝอยทั่วไปได้		
13.	มูลฝอยติดเชื้อกำจัดได้โดยการฝังกลบที่บ้านผู้ป่วย		
14.	ผู้เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลก็ได้		
15.	สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ อยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด มีประตูปิดมิดชิด ทำความสะอาดได้ง่าย		

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University Ethics Committee for Human Research คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มากที่สุด หรือ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มาก หรือ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปานกลาง หรือ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อย หรือ 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อยที่สุด หรือ 1 คะแนน

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1.ท่านคิดว่าภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมสามารถใส่มูลฝอยรวมกันได้ทุกชนิด					
2. ท่านคิดว่าการจัดให้มีที่รองรับมูลฝอยติดเชื้อแยกประเภทที่ชัดเจน มีจำนวนที่เพียงพอจะช่วยสนับสนุนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อได้มากขึ้น					
3. ท่านคิดว่ามูลฝอยติดเชื้อ ต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสม มิเช่นนั้นอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้					
4. ท่านคิดว่าการเก็บมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปรวมกันจะกำจัดได้ง่ายและปลอดภัย					
5. ท่านคิดว่า เครือข่ายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ต้องใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการร่วมแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อ					
6. ท่านคิดว่าก่อนนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้ง สามารถใช้ปากถุงมัดกันแทนเชือกได้					
7. ท่านคิดว่าปัจจุบันไม่มีความจำเป็นต้องแยกมูลฝอยเพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถกำจัดมูลฝอยได้ทุกชนิด					

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University
Ethics Committee for Human Research
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
8. ท่านคิดว่าการเผามูลฝอยติดเชื้อกลางแจ้งไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม					
9. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นหน้าที่ของ อสม. ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อบต.เพียงเท่านั้น					
10. ท่านคิดว่าการแยกประเภทมูลฝอยเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลาและไม่อาจก่อให้เกิดประโยชน์					
11. ท่านคิดว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหมู่บ้านให้ถูกต้อง นั้นทำได้ยาก					
12. ท่านคิดว่าควรแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีดออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่น โดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนส่งไปกำจัด					
13. ท่านคิดว่าเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วสามารถนำมาล้างและส่งขายในร้านขายของเก่าได้					
14.ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามูลฝอย ติดเชื้อในชุมชนในทุกขั้นตอนตั้งแต่การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อจนถึงการกำจัดมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี					
15.ท่านคิดว่า การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อควรนำส่ง สถานพยาบาล/รพสต. ใกล้บ้านเพื่อนำไปกำจัดต่อไป					

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน ข้อ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นบางครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงใส่ปัสสาวะ เข็มฉีดยา ผ้าพันแผล ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น			
2. ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ขวดยา ออกจากมูลฝอยติดเชื้อประเภทของไม่มีคม เช่น ผ้าพันแผล สำลี			
3. กรณีมีมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่งของผู้ป่วยท่านนำมาเทลง ในโถส้วมแล้วราดน้ำตามให้โถสะอาด			
4.ท่านมัดปากถุงใส่ขยะติดเชื้อด้วยเชือกให้เรียบร้อยก่อนนำไปกำจัด			
5.มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม ท่านบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วน ของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น			
6.มูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุมีคม ท่านบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วน ของกล่องหรือภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ			
7.ท่านทิ้งมูลฝอยติดเชื้อบางประเภท เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ในที่สาธารณะ เช่น ข้างทาง ป่า ที่รกร้าง			
8.ท่านเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ที่บ้านผู้ป่วย/รพ.สต.โดยเก็บพักไว้ไม่เกิน 7 วัน			
9.ท่านมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดปากจมูก ทุกครั้งที่เก็บและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ			
10. ท่านทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น ถุงมือ โดยการซักล้างให้สะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอก			
11.ท่านขนส่งมูลฝอยติดเชื้อโดยใส่ภาชนะที่แข็งแรง ไม่รั่วซึม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมบริเวณที่พักมูลฝอยติดเชื้อ			

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
12.ท่านใช้ถุงพลาสติกสีแดง หรือ ถุงพลาสติกที่เหนียว ไม่ขาด รั่วซึม ในการใส่มูลฝอยติดเชื้อ			
13.ท่านนำมูลฝอยติดเชื้อที่รวบรวมไว้ทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยที่ทางเทศบาล,อบต,รพ.สต. จัดให้			
14.ท่านมีการทำความสะอาดรถที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังการใช้งาน			
15. ท่านได้มีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อตอนนำส่งมูลฝอยติดเชื้อ			

เครื่องมือการวิจัย ชุดที่ 2 (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)
เรื่อง การศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย
จากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

.....

ส่วนที่ 1 แนวทางคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลบริบทและสถานการณ์ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย จากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในการศึกษาระยะที่ 1

1.แนวทางคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1.1 ขอให้ท่านเล่าถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นอย่างไร (หากตอบไม่ครอบคลุมใช้คำถามเจาะลึกในประเด็นดังนี้)

1) ท่านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวันอย่างไร
2) ในชุมชนของท่านมีการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร
3) ยกตัวอย่างกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่ามีอะไรบ้าง
4) ยกตัวอย่างกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย

.....
.....
.....
.....

1.2 ขอให้ท่านเล่าถึงความเข้าใจเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นอย่างไร (หากตอบไม่ครอบคลุมใช้คำถามเจาะลึกในประเด็นดังนี้)

1) ท่านรู้หรือเข้าใจว่ามูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร
2) ยกตัวอย่างมูลฝอยติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นอย่างไร
3) ยกตัวอย่างของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นอย่างไร
4) ท่านเข้าใจวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นอย่างไร
5) ในชุมชนของท่านมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร

.....
.....
.....
.....

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

1.3 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน (หากตอบไม่ครอบคลุมใช้คำถามเจาะลึกในประเด็นดังนี้)

1) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญอย่างไร

2) ในปัจจุบันวิธีการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

3) ท่านคิดว่าท่านจะดำเนินการอย่างไรกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียที่เกิดขึ้นในครัวเรือนของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

1.4 ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่าเป็นอย่างไร (หากตอบไม่ครอบคลุมใช้คำถามเจาะลึกในประเด็นดังนี้)

1) ท่านจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร

2) เมื่อเกิดมูลฝอยติดเชื้อและของเสียในครัวเรือนท่าน ท่านมีวิธีคัดแยก รวบรวม ขนส่ง และกำจัดอย่างไร

3) ท่านมีวิธีการดูแลหรือป้องกันตนเองอย่างไรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย

.....

.....

.....

.....

.....

1.5 จากเรื่องที่ท่านเล่า ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

.....

.....

.....

.....

.....

1.6 ท่านต้องการความช่วยเหลือในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ หากตอบว่าต้องการ ถามต่อว่าท่านต้องการความช่วยเหลือด้านใดบ้างและต้องการอย่างไร หากตอบว่าไม่ต้องการ ถามต่อว่าเพราะอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.1 ขอให้ท่านเล่าถึงบทบาท หน้าที่ และการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของแต่ละท่านว่าเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 ขอให้ท่าเล่าถึงสถานการณ์เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนว่าเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 ขอให้ท่าเล่าถึงนโยบาย ข้อบังคับ กฎระเบียบ ข้อตกลงของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนว่าเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.4 ขอให้ท่านเล่าถึงการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนว่าเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.5 ขอให้ท่านเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในชุมชนพร้อมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.6 ขอให้ท่านเล่าถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนว่าเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.7 ท่านมีความต้องการหรือความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชุมชนหรือไม่ อย่างไร (หากตอบว่าต้องการ ถามต่อว่าท่านต้องการความช่วยเหลือด้านใดบ้างและต้องการอย่างไร หากตอบว่าไม่ต้องการ ถามต่อว่าเพราะอะไร)

.....

.....

.....

.....

.....

2.8 ขอให้ท่านเล่าถึงแหล่งทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนต่างๆที่มีในชุมชนของท่านว่าสามารถช่วยเหลือหรือจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

3. แนวทางการสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านบริบทสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1. ด้านสิ่งแวดล้อม

1.1 สภาพแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย ความมั่นคงของที่อยู่อาศัย สภาพที่นอนผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมข้างเตียง/ที่นอนผู้สูงอายุ ห้องน้ำห้องสุขา ห้องครัว การถ่ายเทอากาศ กลิ่น สิ่งแวดล้อมทั่วไปภายในบ้าน การจัดระเบียบบ้าน บริเวณรอบบ้านและบริเวณที่ทำการเก็บมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย

.....

.....

.....

.....

.....

1.2 สภาพแวดล้อมในชุมชน ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของชุมชน สถานที่สำคัญของชุมชน แหล่งประโยชน์ในชุมชน การกระจายของบ้านเรือนที่อยู่อาศัย ความสะอาด ความเป็นระเบียบ ความปลอดภัย พื้นที่สาธารณะรอบชุมชน สถานที่ทิ้งขยะ/กำจัดของชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

2. ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและขั้นตอน/วิธีการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.1 การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กิจกรรมหรือขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลรักษาสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลืออื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง การคัดแยก การรวบรวม การขนส่ง การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและของเสีย

.....

.....

.....

.....

.....

3. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมประชุม การระดมความคิดเห็น การแสดงความคิดเห็น การเลือกและตัดสินใจร่วมกัน การให้ข้อมูล การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

4. ด้านสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ได้แก่ วิถีชีวิตของคนในชุมชน การใช้ชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่เกี่ยวกับประเพณีวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น สิ่งยึดเหนี่ยวและที่พึ่งทางจิตใจของคนในชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แนวทางคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลสังเกตการณ์และการติดตามประเมินผลในการศึกษาระยะที่ 2

1.แบบสังเกตการณ์การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะรวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1) สภาพปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

2) ความต้องการหรือความคาดหวัง

.....

.....

.....

.....

.....

3) การระดมสมอง และการแสดงความคิด

4) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

5) การประสานงาน

6) การมีส่วนร่วม

7) การตรวจสอบประเมินผล

.....

.....

.....

.....

2.แบบบันทึกการสนทนากลุ่มการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

<u>คำชี้แจง</u> สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะรวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1) ข้อมูล สภาพปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

2) ความคาดหวังและความต้องการในการช่วยเหลือต่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

3) แนวทาง วิธีการ การดำเนินงาน เพื่อ ให้บรรลุวัตถุประสงค์

.....

.....

.....

.....

.....

3.แบบบันทึกการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและของเสียจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

<u>คำชี้แจง</u> สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะรวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1) ระยะก่อนดำเนินงาน

.....

.....

.....

.....

.....

2) ระยะการดำเนินงาน

.....

.....

.....

.....

.....

3) ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงาน

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	ดิษฐพล ใจซื่อ
วันเกิด	วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 1/20 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 50 ถนนผดุงวิถี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2548 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม
	พ.ศ. 2552 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก
	พ.ศ. 2559 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว