

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภท
หน้ากากอนามัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์
Associated Factors of Medical Mask Management Behavior
for COVID-19 Pandemic Situation of Village Health Volunteers,
Napho District, Burirum Province

วรรณชัย บุญนาค, นักศึกษา (Wanchai Bunnak, Student)¹

ลำพิ่ง วอนอก, ส.ด. (Lampung Vonok, Dr.P.H)^{2*}

บุญจิตา สัตยกิจกุล, พย.ม., ศษ.ม. (Boontita Sattayakijkul, M.N.S., M.Ed)³

สุทิน ชนะบุญ, ประ.ด. (Sutin Chanaboon, Ph.D)⁴

Received : November 28, 2023

Revised : May 13, 2024

Accepted : May 15, 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ของอสม. อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง 315 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายคุณลักษณะทั่วไป และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple logistics regression นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพื่อหาความสัมพันธ์

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75.55%) อายุเฉลี่ย 53.90 ปี (S.D. = 8.29) การศึกษาระดับประถมศึกษา (43.81%) บทบาทอื่นในสังคมเป็นประชาชนทั่วไป (52.02%) ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ละด้านพบ 1) ความรู้ความเข้าใจในระดับสูง (70.16%) 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในระดับสูง (93.65 %) 3) ทักษะการตัดสินใจพบในระดับสูง (92.70 %)

4) การประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติพบในระดับสูง (96.51 %) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการหน้ากากอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 3 ปัจจัยได้แก่ 1) ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม (Adj OR = 2.26, 95% CI : 1.09 to 3.55, p value=0.02 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (Adj OR = 4.50, 95%CI: 2.36 to 8.61, p value <0.001) 3) การประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ (Adj OR = 4.30, 95%CI: 1.20 to 15.49, p value = 0.02)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อสม. , การจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Student, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute)

^{2,3,4}อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Phra Boromrajchanok Institute)

*ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author)

Email: lampung@scphkk.ac.th

Abstract

Objective: The study aimed to assess the behavior in managing infectious waste, specifically medical masks, among village health volunteers (VHVs) in Napho District, Buriram Province. Additionally, the study examined the relationship between personal factors, knowledge of COVID-19, and knowledge of infectious waste management regarding mask usage during the COVID-19 pandemic.

Methods: A total of 315 VHVs were selected through simple random sampling and were given questionnaires. Descriptive statistics were used to describe the general information. Multiple logistic regression with Adjusted Odds Ratio (Adj OR), 95% Confidence Interval (CI), and p-values at a significance level of 0.05 was employed to explain the level of association.

Results: The study found that the majority of VHVs were female (75.55%), with a mean age of 53.90 years (SD = 8.29). Most had graduated from primary school (43.81%) and were generally categorized as citizens (52.02%). The level of health literacy regarding COVID-19 was as follows: 1) knowledge and understanding were at a good level (70.16%), 2) access to health information and services was at a high level (93.65%), 3) decision-making was at a high level (92.70%), and

4) application into practice was at a high level (96.51%). Three factors were significantly associated with health literacy and medical mask management: 1) duration of VHV practice (Adj OR = 2.26, 95% CI: 1.09 to 3.55, $p = 0.02$), 2) access to health information and services (Adj OR = 4.50, 95% CI: 2.36 to 8.61, $p < 0.001$), and 3) application into practice (Adj OR = 4.30, 95% CI: 1.20 to 15.49, $p = 0.02$).

Keywords: Health literacy, Village Health Volunteer, Medical Mask Management

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการพัฒนาสายพันธุ์ตลอดเวลาจนกระทั่งมีการแพร่กระจายทางอากาศ ซึ่งมีความรุนแรงและอัตราการแพร่ระบาดสูง เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายอาจไม่มีอาการหรือรุนแรงกระทั่งเสียชีวิตได้ ณ วันที่ 30 มกราคม 2565 ผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลก 482,487 คน เสียชีวิตสะสม 474,659,674 คน ผู้ติดเชื้อสูงสุดที่สหรัฐอเมริกา (WHO, 2021) ประเทศไทย วันที่ 15 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยสะสมจำนวน 2,150,411 คน เสียชีวิตสะสมจำนวน 7,774 คน จังหวัดบุรีรัมย์รายใหม่ 22 คน สะสม 21,213 คน เสียชีวิตสะสม 92 คน เพื่อป้องกันการติดเชื้อจึงมีมาตรการให้ประชาชนปฏิบัติอย่างเคร่งครัดคือ DMHTTA โดย D: Distancing เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร M: Mask Wearing สวมหน้ากากอนามัย H: Hand Washing ล้างมือ T: Temperature วัดอุณหภูมิร่างกาย T: Testing ตรวจหา antigen โดยใช้ ATK และ A: Application สแกนแอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะ (กรมควบคุมโรค, 2564)

จากมาตรการดังกล่าวมีการใช้หน้ากากอนามัยเพิ่มขึ้นจากเดิม 8 แสนชิ้น/วัน เพิ่มขึ้นเป็น 1.56 ล้าน/ต่อวัน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2563) ประชากร อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ 33,308 คน ใช้หน้ากากอนามัยวันละ 1 ชิ้น/คน จะมีขยะ 33,308 ชิ้น/วัน เมื่อพิจารณาเฉพาะ อสม. จำนวน 777 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโพธิ์, 2565) จะพบขยะติดเชื้อประเภทนี้ จำนวน 23,100 ชิ้น/เดือน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบึงกาฬ, 2565) หากการจัดการไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดการปนเปื้อนในสภาพแวดล้อมซึ่งส่งเสริมให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคและไม่สามารถควบคุมได้ตามแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะ พ.ศ. 2559 - 2564 ได้กำหนดให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ (กรมควบคุมมลพิษ, 2559) ซึ่ง อสม. มีบทบาทในการประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันรักษาควบคุมเฝ้าระวังและการให้วัคซีน การประเมินและการค้นหากลุ่มเสี่ยง (ภัทรพล บุญยวง, ลำพึง วอนอกและสุทิน ชนะบุญ, 2565) และในระบบ Home Isolation (HI) และ Community Isolation (CI) มีหน้าที่รับ-ส่งยา การรายงานอาการของผู้ป่วยและนำขยะติดเชื้อส่งเพื่อกำจัด ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย (อิติมา โตโส, ลำพึง วอนอกและธีรศักดิ์ พาจันท์, 2565)

ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค หาก อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจ การแสวงหาเพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อการตัดสินใจนำไปสู่การปฏิบัติแล้วในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า อสม. จะมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับดีในทุกๆ ด้าน (ปิยะพงศ์ แก้วคง สุทิน ชนะบุญและลำพึง วอนอก, 2565) แต่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพตามกรอบแผนแม่บทยังไม่ได้ดำเนินการ ซึ่งหากมีการศึกษาจะทำให้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านและความสัมพันธ์ในการนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกเหนือจากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยแล้ว ยังสามารถประยุกต์ใช้กับขยะมูลฝอยทั่วไปและขยะมูลฝอยติดเชื้ออื่น และ อสม.ได้นำความรู้และการปฏิบัติไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในเขตความรับผิดชอบของตน หรือ อสม.ในพื้นที่อื่นๆ อีกด้วย

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย ต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ของ อสม. อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบ Cross – Sectional Analytical Research มีวิธีการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ 774 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คำนวณตัวอย่างแบบสัดส่วนของ Hsieh et al.(1998) ได้ 236 คน นำมาปรับตามวิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression ตามสูตรของ Hsieh et al. (1998) ได้ 315 คน แล้วสุ่มแบบ Multi-stage Sampling ทุก รพ.สต. หลังจากนั้นทำเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาศึกษาโดยการแบ่งสัดส่วนตามขนาดของประชากรแต่ละหมู่บ้านด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืน เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็น อสม. ในอำเภอนาโพธิ์ 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประยุกต์จากความรอบรู้ด้านสุขภาพและทฤษฎีการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื่อประกอบไปด้วย 3 ส่วน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67 - 1 ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.86 ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder & Richardson (1937). ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่อื่นในสังคม โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ (Sorensen, 2012) จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ ตามแบบมาตรวัดของ Kuder & Richardson (1937). ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก ถ้าตอบใช่ให้คะแนน 1 ถ้าตอบไม่ใช่ให้คะแนน 0 ในกรณีที่ เป็นคำถามเชิงลบ ถ้าตอบใช่ ให้คะแนน 0 ถ้าตอบไม่ใช่ให้คะแนน 1ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) คะแนนน้อยกว่า 6 ความรู้

และความเข้าใจในระดับต่ำ 7- 8 ความรู้และความเข้าใจในระดับปานกลาง 8 คะแนนขึ้นไปมีความรู้และความเข้าใจในระดับสูง

ด้านที่ 2 – 4 เป็นคำถามที่ให้ตอบแบบ Rating Scale ดังนี้

- ทุกครั้ง (5 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง ข้อคำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน
- บ่อยครั้ง (4 คะแนน) ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นมากกว่าร้อยละ 70-99 ข้อคำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน
- บ้างบางครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 50-69 ข้อคำถามเชิงบวกให้ 3 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน
- นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นร้อยละ 49 ข้อคำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบให้ 4 คะแนน
- ไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย ข้อคำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ด้านที่ 3 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ด้านที่ 4 ทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติจำนวน 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ซึ่งในด้านที่ 2 – 4 มีจำนวนข้อเท่ากันและมีการแบ่งระดับเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) ดังนี้ ระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่า 15 ระดับกลาง 15-19 ระดับสูง 20 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยในสถานการณ์ การระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 ใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์จากข้อแนะนำการทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วของกรมอนามัย (2563) และ กรมควบคุมมลพิษ (2564) จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบ Rating Scale และให้ค่าคะแนนเท่ากับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านที่ 2 – 4 โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1977) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับที่ต้องการแบ่งดังนี้ 46.67 และน้อยกว่าหมายถึงมีพฤติกรรมในระดับต่ำ คะแนน 46.68 -73.35 หมายถึงมีพฤติกรรมในระดับต่ำปานกลางคะแนนเฉลี่ย 73 .36 ขึ้นไป หมายถึงมีพฤติกรรมในระดับสูง

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652030 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2565 และเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ส่งสาธารณสุขอำเภอโนนโพธิ์และผู้อำนวยการ (รพ.สต.) ทุกแห่งแจกแบบสอบถาม อสม. 315 คน ตามรายชื่อที่สุ่มได้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมาย วัน เวลา การส่งแบบสอบถามกลับเมื่อครบกำหนด 20 วัน โดยผู้วิจัยเตรียมซองจดหมาย และเจ้าหน้าที่ซองจดหมายถึงผู้วิจัยโดยตรงซึ่งผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนใน รพ.สต.แต่ละแห่ง เป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3.4.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดียวโดยวิเคราะห์ตัวแปรต้นที่ละตัวแปรกับตัวแปรตามด้วยสถิติถดถอยแบบลอจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) นำเสนอค่า Crude Odds Ratio (crude OR) และ 95% CI of Crude OR และวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยกับตัวแปรอิสระ โดยนำตัวแปรอิสระที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างง่ายเข้าสู่โมเดล Multivariable analysis ใช้วิธี Backward elimination โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} > 0.05$ ออกทีละตัวแปร และทำการประเมินความเหมาะสม (Goodness of fit) โดยพิจารณาจากค่า Log Likelihood และ $p\text{-value} > 0.05$

3.5 ผลการวิจัย

3.5.1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 315 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง 238 คน (ร้อยละ 75.55) อายุเฉลี่ย 53.90 ปี (S.D. = 8.29 ปี) ระดับการศึกษาส่วนมาก ประถมศึกษา 138 คน (ร้อยละ 43.81) บทบาทหน้าที่อื่นในสังคมส่วนมากเป็นประชาชนทั่วไป 167 คน

(ร้อยละ 52.02) ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ เฉลี่ย 14.68 ปี (S.D. = 8.29 ปี) มีโรคประจำตัว 101 คน (ร้อยละ 32.00.) ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง 50 คน (ร้อยละ 15.87) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,090.71 บาท (S.D. = 1,724.61 บาท) ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 222 คน (ร้อยละ 70.48) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	24.45
หญิง	238	75.55
อายุ		
15 – 29 ปี	2	0.63
30 – 44 ปี	32	10.16
45 – 59 ปี	198	62.86
≥ 60 ปี	83	26.35
$\bar{X}$ (S.D.): 53.90(8.29) Median: (min, max): 54 (23,72)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	138	43.81
มัธยมศึกษาตอนต้น	84	26.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	87	27.62
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	6	1.90
บทบาทหน้าที่อื่นในสังคม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน	9	2.80
กรรมการกองทุนต่างๆ ในชุมชน	103	32.09
อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน/ตำรวจบ้าน	27	8.41
ประชาชนทั่วไปในชุมชน	167	52.02
สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ในชุมชน	8	2.49
สมาชิกกองอาสารักษาดินแดนประเภทสำรอง	5	1.56
ประชาชนในชุมชน	93	28.97

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
ปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 15ปี>	164	52.06
ปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 15ปี≤	151	47.94
Median: (min, max): 14 (1,41)		
ประวัติการมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	214	67.94
มีโรคประจำตัว	101	32.00
ความดันโลหิตสูง	50	15.84
เบาหวาน	27	8.55
โรคไตวาย	3	0.95
โรคหัวใจ	2	0.63
โรคเกาต์	1	0.32
อื่นๆ	18	0.57
รายได้เฉลี่ย		
รายได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อเดือน>3,000	188	59.68
รายได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อเดือน≤3,000	127	40.32
$\bar{X}$ (S.D.): 3,090.71 (1,724.61) Median:(min, max): 3,000 (1,000,9,000)		
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรวม	222	70.48
ค้าขาย	36	11.43
รับจ้าง	6	1.90
แม่บ้าน	51	16.19

3.5.2 ความรอบรู้และพฤติกรรมกา จัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทุกด้าน
อยู่ในระดับสูง ดังนี้ ความรู้ความเข้าใจร้อยละ 70.16
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ

93.65 ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 92.70 และทักษะ
การประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 96.51 ในขณะที่
พฤติกรรมกาจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากาก
อนามัยระดับสูงมี ร้อยละ 76.83 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมกาจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ความเข้าใจ		
ระดับต่ำ (คะแนนเป็น 6 คะแนนลงมา)	14	4.44
ระดับปานกลาง (คะแนน 6.00-7.99)	80	25.40
ระดับสูง (คะแนน 8.00 คะแนนขึ้นไป)	221	70.16
Median (Min- Max) :8 (1-10)		
ระดับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ		
ระดับต่ำ (≤ 11.67 คะแนน)	2	0.63
ระดับปานกลาง (11.68-18.34 คะแนน)	18	5.71
ระดับสูง (≥ 18.35 คะแนน)	295	93.65
$\bar{X}$ (S.D.): 22.67 (2.62) Median (Min - Max): 23 (5 - 25)		
ทักษะการตัดสินใจ		
ระดับต่ำ (≤ 11.67 คะแนน)	1	0.32
ระดับปานกลาง (11.68-18.34 คะแนน)	22	6.98
ระดับสูง (≥ 18.35 คะแนน)	292	92.70
$\bar{X}$ (S.D.): 22.50 (2.74) Median (Min- Max): 23 (9 - 25)		
ทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ		
ระดับต่ำ (≤ 11.67 คะแนน)	1	0.32
ระดับปานกลาง (11.68-18.34 คะแนน)	10	3.17
ระดับสูง (≥ 18.35 คะแนน)	304	96.51
$\bar{X}$ (S.D.): 23.49 (2.42) Median (Min- Max): 25 (11 - 25)		
พฤติกรรมกาจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย		
ระดับต่ำ (≤ 46.67 คะแนน)	0	0.00
ระดับปานกลาง (46.68-73.35 คะแนน)	73	23.17
ระดับสูง (≥ 73.36 คะแนน)	242	76.83
$\bar{X}$ (S.D.): 80.06 (8.76) Median (Min- Max): 80 (54 - 100)		

3.5.3 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ของตัวแปรเชิงเดียว

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์
ของตัวแปรเชิงเดียวพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อประเภท
หน้ากากอนามัย จำนวน 5 ปัจจัยได้แก่

- 1) อายุ (crude OR = 1.90, 95%CI = 1.11 - 3.24, p – value = 0.02)
- 2) อาชีพค้าขาย (crude OR = 0.44 , 95%CI = 0.21 - 0.93, p – value = 0.03)
- 3) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (crude OR = 4.41, 95%CI = 2.37 - 8.21, p – value < 0.001)
- 4) ทักษะประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ (crude OR = 4.24, 95%CI = 1.25 -14.34, p – value = 0.020)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ
ประเภทหน้ากากอนามัยของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจัย	พฤติกรรม (%)		Crude OR	95% CI	p-value
	ระดับดี	ระดับปานกลางลงมา			
เพศ					0.38
หญิง	180 (75.63)	58 (24.37)	1		
ชาย	62 (80.52)	15 (19.48)	1.33	0.70 - 2.51	
อายุ					0.02*
<50ปี	76 (69.09)	34 (30.91)	1		
≥50ปี	166 (80.98)	39 (19.02)	1.90	1.11 - 3.24	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.79
ระดับประถมศึกษาลงมา	107 (77.54)	31 (22.46)	1		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	135 (76.27)	42 (23.73)	0.93	0.54 - 2.31	
มีบทบาทอื่นในสังคม					2.39
ประชาชนทั่วไป	137 (74.46)	47 (25.54)	1	0.80 - 2.38	
มีบทบาทอื่นๆ	105 (80.15)	26 (19.85)	1.38		
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม					0.08
> 15ปี	116 (70.73)	48 (29.27)	1		
≤ 15ปี	126 (83.44)	25 (16.56)	2.085	1.20 - 3.59	
ประวัติการมีโรคประจำตัว					0.33
มี	161 (75.23)	53 (24.77)	1		
ไม่มี	81 (80.20)	20 (19.80)	1.33	0.74 - 2.38	
รายได้/เดือน					0.87
>3,000	145 (77.13)	43 (22.87)	1		
≤3,000	97 (76.38)	30 (23.62)	0.95	0.56 - 1.63	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ
ประเภทหน้ากากอนามัยของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโนนโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรม (%)		Crude OR	95% CI	p-value
	ระดับดี	ระดับปานกลางลงมา			
อาชีพ					
อาชีพ เกษตรกร	173 (77.93)	49 (22.49)	1		
อาชีพ ค้าขาย	22 (61.11)	14 (38.89)	0.44	0.21 - 0.93	0.03*
อาชีพ ข้าราชการทางการเมือง	4 (66.67)	2 (33.33)	0.56	0.10 -3.18	0.51
อาชีพ รับจ้างทั่วไป	43 (84.31)	8 (15.69)	1.52	0.67 -3.45	0.31
ความรู้ความเข้าใจ					0.28
ระดับดี	178 (78.41)	49 (21.59)	1		
ระดับดีมาก	64 (72.73)	24 (27.27)	0.734	0.41 - 1.29	
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ					0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	113 (66.08)	58 (33.92)	1		
ระดับสูง	129 (89.58)	15 (10.42)	4.41	2.37 - 8.21	
ทักษะการตัดสินใจ					0.06
ระดับต่ำถึงปานกลาง	14 (60.87)	9 (39.13)	1		
ระดับสูง	228 (78.08)	64 (21.92)	2.290	0.94 - 5.53	
ทักษะประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ					0.02*
ระดับต่ำถึงปานกลาง	5 (45.45)	6 (54.55)	1		
ระดับสูง	237 (77.96)	67 (22.04)	4.24	1.25 -14.34	

* P < .05 ** P < .01

3.5.4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ของตัวแปรพหุ

เมื่อทำการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องโดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรพหุ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของ จำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ≤ 15 ปี มีพฤติกรรมดี

มากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี 2.26 เท่า (95% CI=1.09 - 3.55, p-value = 0.02) 2) การเข้าถึงบริการระดับสูงมีพฤติกรรมในระดับดีมากว่าการเข้าถึงในระดับต่ำถึงปานกลาง 4.50 เท่า (95% CI=2.36 - 8.61, p-value <0.001) และ 3) ทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติในระดับสูงมีพฤติกรรมในระดับดีมากว่าการประยุกต์ใช้ในระดับต่ำถึงปานกลาง 4.30 เท่า (95% CI=1.20 -15.49, p-value = 0.02) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรพหุ

ปัจจัย	พฤติกรรม (%)		Crude OR	Adj. OR	95%CI of Adj OR	p-value
	ระดับดี	ระดับปานกลาง ลงมา				
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม						0.020*
> 15ปี	116 (70.73)	48 (29.27)	1	1		
≤ 15ปี	126 (83.44)	25 (16.56)	1.97	2.26	1.09 - 3.55	
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ						0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	113 (66.08)	58(33.92)	1	1		
ระดับสูง	129 (89.58)	15(10.42)	4.41	4.50	2.36 - 8.61	
ทักษะประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ						0.020*
ระดับต่ำถึงปานกลาง	237(77.96)	67(22.04)	1	1		
ระดับสูง	5(45.45)	6 (54.55)	4.24	4.30	1.20 -15.49	
ความรู้ความเข้าใจ						0.135
ระดับต่ำถึงปานกลาง	178(78.41)	49(21.59)	1	1		
ระดับสูง	64(72.73)	24(27.27)	0.73	0.62	0.33 - 1.15	
เพศ						0.157
หญิง	180 (75.63)	58 (24.37)	1	1		
ชาย	62(80.52)	15 (19.48)	1.33	1.63	0.83 - 3.22	

* P < .05 ** P < .01

4. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.1.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการจัดการขยะติดเชื้อ อยู่ในระดับดีมากสอดคล้องกับการศึกษาของ Thammaapipon & Klinrisuk (2021) ที่พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อและการจัดการขยะติดเชื้อในระดับดีมาก (ร้อยละ 79.75) อาจเนื่องมาจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนต้องผ่านหลักสูตรการติดตามผู้สงสัยติดเชื้อ COVID-19

ในชุมชนประกอบกับการระบาดมีหลายระลอกทำให้เกิดการเรียนรู้จากแหล่งบริการวิชาการหลายแหล่ง การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง จึงมีความรู้และประสบการณ์มากขึ้น

4.1.2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูงสาเหตุมาจากหลักสูตรการอบรมพัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของอำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ และการพัฒนาระบบให้บริการและเครือข่ายข้อมูลสุขภาพอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Meekaew, Jaidee & Sangjun (2022) พบว่า

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ของ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัด
จันทบุรี อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 89.0) และการศึกษา
ของอภิสิทธิ์ ศรีรักษา (2566) พบว่าการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพของบุคคลในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมากอาจเนื่องมาจาก
มีข้อมูลที่เข้าถึงง่ายและมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีและ
มีประสบการณ์การระบาดหลายระลอก แตกต่างจาก
การศึกษาของสมศักดิ์ผล ประเสริฐศรี (2566) พบว่า
การเข้าถึงข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ อสม.
จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับปานกลางและการศึกษา
ของพัชรี ศรีฤๅตา (2564) ระดับการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพและบริการสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับขยะมูลฝอย
ของ อสม.ตำบลจะเข้หิน อำเภอครบุรี จังหวัด
นครราชสีมา อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 48.0)

4.1.3 ทักษะการตัดสินใจ ในระดับสูง
อาจเนื่องมาจากมีระบบที่เลี้ยงจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน
ตลอดเวลาสอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล
และนิภา มหาราชพงศ์(2565) พบว่า อสม.ในเขต
สุขภาพที่ 6 มีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
ในการป้องกัน COVID-19 ของ อสม.ในระดับสูงมาก
(ร้อยละ 43.60) สอดคล้องกับการศึกษาของ Meekaew,
Jaidee และ Sangjun (2022) พบว่า อสม.อำเภอ
สอยดาว จังหวัดจันทบุรี ตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ใน
ระดับถูกต้องที่สุด (ร้อยละ 79.02) ไม่สอดคล้องกับ
การศึกษาของวิชัย ศรีผา (2566) ซึ่งรายงานผลการ
ตัดสินใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ
อสม.จังหวัดบึงกาฬ มีในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย
3.14 (S.D. = 0.87)

4.1.4 ทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ

ทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติอยู่ในระดับสูง
เนื่องมาจาก อสม.อำเภอนาโพธิ์ ผ่านการปฏิบัติงาน
ในช่วงการระบาดของโรคมาหลายระลอกจึงทำให้มี
ทักษะทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติในระดับสูง
สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ และ
สุธาสินี วงคะฮาด (2565) อสม. ตำบลโนนชัยศรี
อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ดมีทักษะการ
ประยุกต์ใช้อยู่ในระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 77.1)

4.2 พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

ประเภทหน้ากากอนามัย การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ใน
ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรีดา ก้านแก้ว
และชลการ ทรงศรี (2565) พบว่า ระดับความรู้ทั่วไป
เกี่ยวกับโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ของ
อสม. ชุมชนโนนสูง จังหวัดอุดรธานี มีผลต่อระดับ
พฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันโรคเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (COVID 19) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ
ยุพดี ตรีขาลา (2565) พบว่า จังหวัดมหาสารคาม
มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID 19) อยู่ในระดับปานกลาง
(ร้อยละ 61.25) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับ
ความรู้จากสื่อต่างๆ การเข้าถึงบริการที่ง่ายขึ้นและ
ประสบการณ์ที่ก้าวผ่านในช่วงวิกฤติของโรคมาได้
หลายระลอกที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย

4.3.1 อสม.ที่มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่
 ≤ 15 ปี มีพฤติกรรมการจัดการจัดการขยะติดเชื้อ
ประเภทหน้ากากอนามัยในระดับดีมากว่าผู้ที่มี
ระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่าอาจเนื่องมาจากผู้ที่
ปฏิบัติงานน้อยกว่า 15 ปี มีการพัฒนาและเข้าถึงสื่อ

social medias ทำให้การสืบค้นข้อมูลได้สะดวกมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ ทองนพคุณ, ธัชชา ทวยจด, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์ และสาวตรี วิษณุโยธิน (2565) พบว่า อสม. จังหวัดจันทบุรี ปฏิบัติงานเฉลี่ย 12 ปี มีบทบาทและภารกิจหลักในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน COVID-19 ได้ดี เนื่องจากได้รับข้อมูลข่าวสารและการอบรมอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแตกต่างจากการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุลปจรรย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัชพงศ์ (2565) ที่นำเสนอ อสม. ปฏิบัติหน้าที่ 20 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรค COVID-19 ได้ดีกว่า

4.3.2 การเข้าถึงบริการระดับสูงมีพฤติกรรมในระดับดีมากกว่าการเข้าถึงในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องมาจากการเข้าถึงบริการทำให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมาด้วย Meekaew, Jaidee และ Sangjun (2022) ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ สอยดาว จังหวัดจันทบุรีที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพดีมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิสิทธิ์ ศรีรักษา (2566) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของบุคคลในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ผล ประเสริฐศรี (2566) พบว่า การเข้าถึงข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางมีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย

4.3.3 ทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติในระดับสูงมีพฤติกรรมในระดับดีมากกว่าการประยุกต์ใช้ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องมาจากผู้ที่มีความสามารถประยุกต์ใช้จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี ศรีฤตา (2564) พบว่า ระดับระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับขยะมูลฝอย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจะเข้หิน อำเภอ ตรีภู่จังหวัดนครราชสีมา กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 64.0) อาจจะเป็นเพราะว่า อสม. ในอำเภอนาโพธิ์ มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนามากยาวนานมากกว่าทำให้มีความรู้และการปรับตัวที่มากขึ้นด้วย

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

อสม. อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ปฏิบัติหน้าที่เกินกว่า 15 ปีและ อสม. ที่จะรับเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ใหม่ ต้องส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ COVID-19 เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ ประเภท หน้ากากอนามัย และช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การเพิ่มทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ

5.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อประเภท หน้ากากอนามัยมีความยั่งยืนข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้อาจใช้เป็นพื้นฐานในการวิจัยในรูปแบบของ Participatory Action Research

6. สรุป

พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อประเภท หน้ากากอนามัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์อยู่ในระดับสูงและมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 3 ตัวแปรได้แก่ 1) ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ ≤ 15 ปี 2) การเข้าถึงบริการระดับสูง และ 3) ทักษะการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติในระดับสูง

7. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564).

กรมควบคุมโรค ขอความร่วมมือประชาชน
เคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่าง
ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคโควิด 19. สืบค้น
เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2566 จาก เว็บไซต์
<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373&deptcode=brc>

2. กรมควบคุมมลพิษ. (2559). แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ. 2559 – 2564). กรุงเทพฯ: สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย.

3. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2563).
แนวทางการปฏิบัติสำหรับ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และโรคอุบัติใหม่.
กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

4. ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม และ
นิภา มหารัชพงศ์. (2565). ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกัน โรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิจัย
และพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 257-272.
5. ธิติมา โตโส, ลำพึง วอนอก และธีรศักดิ์ พาจันทร.
(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 แบบ Home Isolation ในเขตพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองแดง
ตำบลใหม่มาเพียง อำเภอแวงใหญ่ จังหวัด
ขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
ขอนแก่น*, 5(1), 29-45.
6. ปิยะพงศ์ แก้วคง, สุทิน ชนบุญ และลำพึง วอนอก.
(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอน้ำหนาว จังหวัด
เพชรบูรณ์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการ
สาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 56-66.
7. วิชัย ศรีผา. (2023). การพัฒนาความรอบรู้ด้าน
สุขภาพในการป้องกัน โรคโควิด-19 ของ
อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)จังหวัด
บึงกาฬ. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 43(3), 73-89.

8. ภัทรพล บุญยวง, ลำพิ่ง วอนอก และสุทิน ชนะบุญ (2565) การพัฒนารูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 146-160.
9. พัทธิดา ก้านแก้ว, ศิราภรณ์ แก้วยิ้ม, กุลณัฐ คำนวน, แก้ว กัลยาโสภาค, ธนพร รัตนภิญญวงศ์, มณีรัตน์ แดงโยธา, & ชลการ ทรงศรี. (2565). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนโนนสูง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ*, 1(1), 41-55.
10. พัทธี ศรีกฤตา. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านการจัดการขยะมูลฝอยของแกนนำชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลจระเข้หิน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 27(3), 63-73.
11. เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, ปริญญา สอนกิตติพันธุ์, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, พัชรารัตน จันทร์เพชร, และสุธาสินี วังคะฮาด. (2565) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 45(2), 48-58.
12. ยุพดี ตรีชาลา (2565). การศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน). *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 20(2), 41-55.
13. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2563). ความต้องการใช้น้ำจากอนามัยในช่วง โควิด-19 เพิ่มขึ้นเท่าตัว. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2566 จาก เว็บไซต์ <https://tdri.or.th/2020/04/covid-19/>.
14. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโพธิ์. (2565) รายงานจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์.

15. สมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี. (2566). ระดับความรอบรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้เรื่องการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดพิจิตร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(1) , 44-34.
16. สาวนีย์ ทองนพคุณ, ธีรชยา หายจตุร เอ็มอัชมา, วัฒนบุร นนท์ และสาวิตรี วิษณุโยธิน. (2565). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 42-55.
17. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบึงกาฬ. (2565). *สำนักงานวารสารสรรพสิทธิเวชสาร*. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 จากเว็บไซต์ https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2022-04-12-45-22-103578-135.pdf
18. อภิสิทธิ์ ศรีรักษา. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(2), 40-48
19. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York McGraw-Hill.
20. Best, John W. (1977). *Research in Education*. (31sted.). Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
21. Hsieh, F. Y. (1989). Sample size tables for logistic regression. *Statistics in medicine*, 8(7), 795-802.
22. Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The Theory of Estimation of Test Reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160.
23. Meekaew, E. , Jaidee, W., & Sangjun, S. (2022). Factors Related to Health Literacy and Self-Protective Behaviors for Surveillance Operation of Coronavirus Infection Disease 2019 of Village Health Volunteers at Soi-Dao District in Chanthaburi Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 32(1), 74–87.
24. Thammaapipon, S., Ditpraphat, J. and Klinrisuk, P. (2021). Knowledge and Behavior Towards Medical Masks Management of Baan-Nong-Pai-Khad Community, Nakhon Pathom Province, Among Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of Innovation and Management*. 6(1), 37–50.
25. World Health Organization: WHO. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Online, Retrieved on 12 July 2023 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>