

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของ
ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดอ่างทอง*

Association Between Health Belief and Work-related

Infection Prevention Behavior Among First Responders, Angthong Province

สุกัญญา สุชีรัตน์ (Sukanya Sukheerat) M.Sc. (Public Health)*

ทัศนีย์ รวีวรกุล (Tassanee Rawiworrakul) Ph.D. (Nursing)**

อรวรรณ แก้วบุญชู (Orawan Kaewboonchoo) Ph.D. (Medical Science)***

บทคัดย่อ

การป้องกันการติดเชื้อ มีความสำคัญยิ่งในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน แต่ยังมีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวนหนึ่งที่ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดอ่างทอง จำนวน 194 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ Independent t - test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.9) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 3 ใน 5 ด้านของการรับรู้ในความเชื่อด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ร้อยละ 53.1) การรับรู้อุปสรรค (ร้อยละ 44.8) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 57.2) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงมี 2 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (ร้อยละ 57.2) และการรับรู้ประโยชน์ (ร้อยละ 51.5) นอกจากนี้ ยังพบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.1) และพบว่า อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($p < .001$) และด้านการรับรู้ความรุนแรง ($p = .021$) มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้ควรมีการประเมินและเฝ้าระวังในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ โดยจะต้องให้ความรู้ และจัดฝึกอบรมเพื่อให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมีความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติในการทำงานของตนเองได้

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ / พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ / ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สามโก้ จังหวัดอ่างทอง

** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

Infection prevention is a crucial function among first responders working in community. This study aimed to examine associations between health beliefs and infection prevention behaviors among 194 first responders in Angthong Province. Data collection was done by using a set of questionnaire regarding Health Belief Model and infection prevention behaviors. The data was analyzed by using Chi-square, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Independent t-test.

Results indicate a moderate level of health beliefs among most responders (63.9%). Considering each item, or 3 out of 5 perceived health beliefs were at moderate level, which were perceived severity (53.1%), perceived barriers (44.8%), and perceived receiving information (57.2%). For the high level of health beliefs, perceived risks was at 57.2%, and perceived benefits was at 51.5%. The overall scores of infection prevention behaviors were at moderate level (38.1%). In addition, responders' occupations were found related to infection prevention behaviors, with statistically significance ($p=.011$). The overall health beliefs and perceived severity were found having association with infection prevention behaviors as well ($p < .001$ and $.021$, respectively).

Recommendations from this study are to perform surveillance and monitoring first responders' by providing knowledge and training the infection prevention course. Therefore, they could apply the knowledge into their works.

KEY WORDS : Health belief model / Infection prevention behavior / First responders

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน เป็นการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน ไม่ว่าจะจะมีสาเหตุมาจากโรคภัยต่างๆจากธรรมชาติ และมนุษย์เป็นผู้กระทำที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต อันจะนำไปสู่ความพิการ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายในการจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงทันเวลา และถูกต้อง จำเป็นจะต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ และทักษะในการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานที่อยู่ในพื้นที่ ออกให้บริการดูแลเบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาล

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ.1966 ได้มีการจัดการให้เกิดเป็นระบบการช่วยเหลือฉุกเฉินจริงๆ รวมทั้งจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายคือ ให้มีการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว มีคุณภาพ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต พิการ หรือ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นั้น และได้มีการพัฒนาปรับปรุงเรื่อยมาจนกระทั่งปัจจุบัน (Bergeron & Le Baudour, 2005 : 1) ส่วนในประเทศไทยได้เริ่มมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ พ.ศ.

2551 และก่อตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) พร้อมแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2555 นอกจากนี้ข้อมูลเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนแล้วรวมทั้งสิ้น 7,563 หน่วย เป็นหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงจำนวน 1,018 หน่วย หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง จำนวน 91 หน่วย หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน จำนวน 1,300 หน่วย และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จำนวน 5,154 หน่วย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ , 2553) มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญประมาณปีละ 4 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน หากมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงประมาณร้อยละ 15-20 หรือประมาณปีละ 9,000-12,000 คน แต่จากการศึกษาของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2551) พบว่าหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเพียงร้อยละ 8.04 ของจำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการบริการทั้งหมดเท่านั้น

จังหวัดอ่างทอง ได้เริ่มจัดอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปี พ.ศ. 2553 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมระบบบริการทั้งหมด จำนวน 64 แห่ง และมีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นรวม 851 คน จากข้อมูลการนำเสนอผู้บาดเจ็บจากการจราจรมายังโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง พบว่าช่วงวันที่ 21 กันยายน 2552 – 20 กันยายน 2553 รวม 12 เดือน มีการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รวม 3,010 ครั้ง เป็นการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (Advance Life Support : ALS) ร้อยละ 12.72 , ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Basic Life Support : BLS) ร้อยละ 24.01 และปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเบื้องต้น (First Responder : FR) ร้อยละ 63.27 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง , 2553) ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ในเขตอำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 10 คน เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2553 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีผู้ตอบ 4 คน (ร้อยละ 40) เชื่อว่าการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง ถ้าไม่มีบาดแผลจะไม่เกิดโรค ผู้ตอบร้อยละ 20 ไม่แน่ใจในการใช้ Mask ขณะให้บริการจะสามารถป้องกันการติดโรคได้ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผู้ตอบร้อยละ 20 ไม่แน่ใจว่าผู้เจ็บป่วยไวรัสตับอักเสบบอาจทำให้ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับและเสียชีวิตจากการติดโรคได้ ด้านการรับรู้ผลดีที่ได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ตอบร้อยละ 90 เชื่อว่าการใส่ถุงมืออย่างในการปฏิบัติช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยสามารถป้องกันการติดโรคได้ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ตอบร้อยละ 10 เชื่อว่าการใส่ถุงมืออย่างในการปฏิบัติทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลือง ร้อยละ 80 บอกว่าไม่มีงบประมาณในการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ร้อยละ 20 รู้สึกว่าสวมถุงมืออย่างแล้วทำงานไม่ถนัด/ทำงานลำบาก จากการศึกษาข้อมูลนำร่องเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นยังมีการรับรู้เพียงบางส่วนเท่านั้น จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ จากข้อมูลข้างต้นและจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงประโยชน์, การรับรู้ต่ออุปสรรค และการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกันตนเอง รวมทั้งวิธีการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ปฏิบัติการ

ฉุกเฉินเบื้องต้น หลังได้รับการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข ปฏิบัติงานหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ทำงานร่วมกับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นดังกล่าว ได้เห็นความสำคัญและมีความสนใจที่จะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ จากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัดอ่างทอง เพื่อให้ผลการวิจัยครั้งนี้ได้เกิดประโยชน์สำหรับอาสาสมัครผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และนำไปปรับใช้กับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการมากขึ้น และเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนาการบริการงานการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

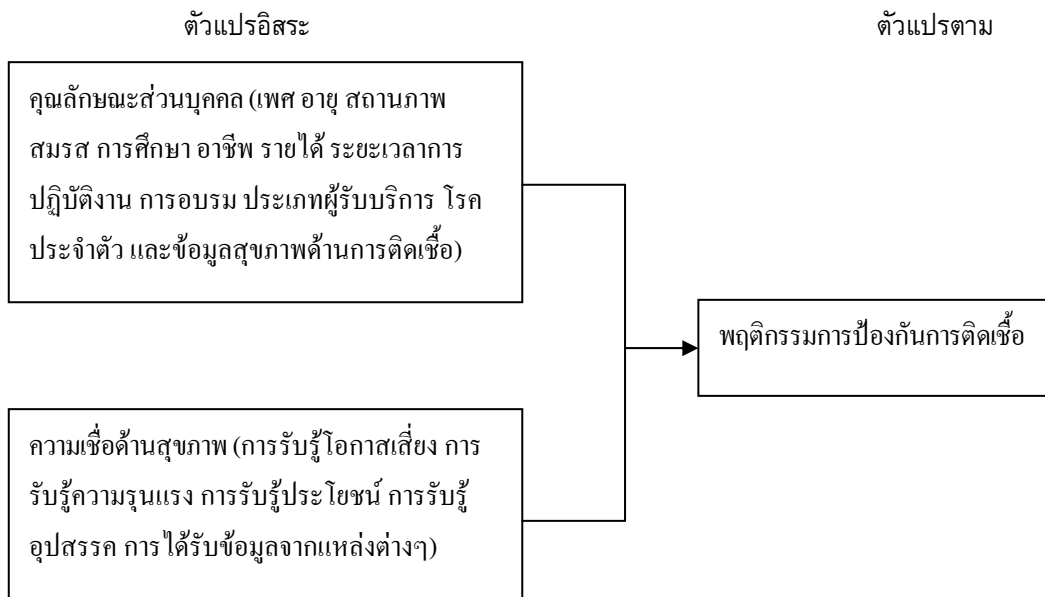
เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัดอ่างทอง

สมมติฐานการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

2.ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดอ่างทองที่มีอายุ 20-59 ปี ไม่จำกัดเพศ ประมาณขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลางของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ โดยกำหนด Power $(1-\beta) = 0.8$, $p=0.05$, effect size = 0.3 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 178 คน (Cohen, 1988: 126) และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่ม

ขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องการ เท่ากับ 196 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดอ่างทอง โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นปี 2553
4. ได้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินจริงในช่วงที่เก็บข้อมูล
5. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรเป็นลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมข้อมูลข้อคำถามแบบปลายเปิด มีคำถามรวม 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยรวมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การตอบแบบสอบถามผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งประยุกต์ของลิเคอร์ท (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จากข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{114 - 64}{3} \\ &= 16 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนแต่ละระดับเป็นดังนี้

คะแนนระหว่าง	64 – 80	หมายถึงระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง	81 – 97	หมายถึงระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง	98 – 114	หมายถึงระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

หลังจากการวิเคราะห์คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำเป็นจำนวนน้อย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ ดังนี้

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ- ระดับปานกลาง เท่ากับ ระดับต่ำ
 คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง เท่ากับ ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับโดยรวมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

การตอบแบบสอบถามให้ตอบตามสภาพการปฏิบัติจริง โดยแบบสอบถามเป็นปรนัยเลือกตอบจากตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง/ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง/ปฏิบัติประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จากข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ เลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{39 - 16}{3} \\ &= 7 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนแต่ละระดับเป็นดังนี้

คะแนนระหว่าง 16 – 23 หมายถึงระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนระหว่าง 24 – 31 หมายถึงระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนระหว่าง 32 – 39 หมายถึงระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง

หลังจากการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระดับสูง และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระดับน้อยมาก เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้มีการพิจารณาเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อใหม่ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อระดับต่ำ- ระดับปานกลาง เท่ากับ ระดับต่ำ
 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อระดับสูง เท่ากับ ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพด้านการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานและการสัมผัสสารคัดหลั่งหรือเลือด ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ มี หรือไม่มี มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการหลังจากโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ MUPH 2011-117 โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดอ่างทองที่กลุ่มตัวอย่างสังกัดอยู่ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งส่งแบบสอบถามให้กับหัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล เพื่อทำการแจกให้กับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยความสมัครใจยินดีตอบแบบสอบถาม โดยส่งแบบสอบถามด้วยตนเองและรอรับแบบสอบถามกลับจากหัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หลังจากส่ง 2 สัปดาห์ สำหรับแบบสอบถามที่ยังไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อรับจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2554 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 โดยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 ฉบับ ได้รับคืน 210 ฉบับ (ร้อยละ 95.45) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามตามเกณฑ์คัดเข้า สรุปข้อมูลจากแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 194 ฉบับ (ร้อยละ 88.18)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ผู้วิจัยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปแบบของ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบาย

ส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โดยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.8 อายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี ร้อยละ 36.1 อายุมากที่สุด 59 ปี น้อยที่สุด 20 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 35.27 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.9 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 35.1 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.5 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,211.28 บาท อายุงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 3 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.2 ลักษณะของการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็นประเภทอุบัติเหตุ ร้อยละ 89.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.8 สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา เบาหวาน (ร้อยละ 4.1 , 1.5 ตามลำดับ) การเจ็บป่วยหรือการได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ ได้แก่ สุนัขกัด (ร้อยละ 40.0) และ ขับรถยนต์ตกคลองชลประทาน , สังกะสีบาด , ตะปูตำเท้า เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับ การได้รับการฝึกอบรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การอบรมในเรื่องต่างๆไม่เท่ากัน

เรื่องที่ได้รับการอบรมมากที่สุด คือ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ร้อยละ 91.2 รองลงมา คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน(ร้อยละ 89.7 และ 88.7 ตามลำดับ)

สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในระยะ 1-2 สัปดาห์ก่อนตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ (ร้อยละ 83.5) ส่วนที่มีอาการจะมีปวดเมื่อยตามตัว ,ไข้ ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย เมื่อยล้า (ร้อยละ 8.2 , 7.7 และ 7.7 ตามลำดับ) ส่วนการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีอาการเจ็บป่วยมักจะปวดเมื่อยตามตัว ,มีน้ำมูกใส และมีไข้ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 9.3 , 8.2 และ 7.7 ตามลำดับ) ซึ่งมีสาเหตุจากไข้หวัด และยังพบอีกว่าโรคที่ป่วยถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากนักแต่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่อาการมีไข้ตอนบ่ายๆ , เริ่ม งูสวัด ไฟลามทุ่ง สุกใส และ อาการถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x} = 88.63$, S.D. = 8.94) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 3 ใน 5 ด้านของการรับรู้ในความเชื่อด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค (ร้อยละ 53.1) การรับรู้อุปสรรค (ร้อยละ 44.8) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 57.2) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงมี 2 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (ร้อยละ 57.2) และการรับรู้ประโยชน์ (ร้อยละ 51.5)

3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.1) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมดมีเพียงบางส่วนที่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ได้แก่ ในกรณีที่เป็นความเร่งด่วนให้บริการทันที ถึงแม้ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน ($\bar{x} = 2.54$, S.D. = 1.03)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

4.1 อาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.5) ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อายุการปฏิบัติงาน การศึกษาอบรม การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประเภทผู้รับบริการ โรคประจำตัว และข้อมูลสุขภาพด้านการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานและการสัมผัสสารคัดหลั่งหรือเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

4.2 จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมครบตามหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และกลุ่มที่ได้รับการอบรมไม่ครบตามหลักสูตร โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมครบตามหลักสูตร มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมไม่ครบตามหลักสูตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมครบตามหลักสูตร และกลุ่มที่ได้รับการอบรมไม่ครบตามหลักสูตร (n=194)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	อบรมครบ (n=148)		อบรมไม่ครบ (n=46)		t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
โดยรวม	76.3	8.6	70.8	6.6	4.6	< .001
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	22.0	2.9	19.7	2.6	4.9	< .001
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	19.2	3.4	17.1	2.9	3.7	< .001
ด้านการรับรู้ประโยชน์	18.3	1.8	17.8	2.1	1.5	.129
ด้านการรับรู้อุปสรรค	13.4	4.6	14.2	4.7	-.9	.322
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร	16.9	2.4	16.3	2.5	1.4	.164

4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และด้านการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ				χ^2	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โดยรวม						
ระดับต่ำ	51	31.5	111	68.5	21.341	< .001
ระดับสูง	24	75.0	8	25.0		
ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง						
ระดับต่ำ	28	33.7	55	66.3	1.484	.223
ระดับสูง	47	42.3	64	57.7		
ด้านการรับรู้ความรุนแรง						
ระดับต่ำ	45	33.3	90	66.7	5.311	.021
ระดับสูง	30	50.8	29	49.2		
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์						
ระดับต่ำ	33	35.1	61	64.9	.971	.324
ระดับสูง	42	42.0	58	58.0		

ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค						
ระดับต่ำ	60	37.0	102	63.0	1.091	.296
ระดับสูง	15	46.9	17	53.1		
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร						
ระดับต่ำ	46	36.5	80	63.5	.702	.402
ระดับสูง	29	42.6	39	57.4		

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.9) นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 19.6) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 3 ใน 5 ด้านของการรับรู้ในความเชื่อด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ (ร้อยละ 53.1) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจากการติดเชื้อ (ร้อยละ 44.8) และการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกันที่ทำให้ท่านเกิดความต้องการในการป้องกันตนเอง (ร้อยละ 57.2) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงมี 2 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการติดเชื้อ (ร้อยละ 57.2) และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ (ร้อยละ 51.5) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลางถึงระดับดี สอดคล้องจากที่กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.1) อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับดีด้วย

ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร ปุญญโสพรรณ และคณะ (2553) ที่ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับต่ำ

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา อักษร และคณะ (2550) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งตับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ถึงแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งตับอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker , 1974 อ้างถึงใน รุจิรา อักษร และคณะ ,2550:139) ที่อธิบายว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค เมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้นจึงทำให้คะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงด้วย

ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคจากการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของชินุทัย กาญจนจิตรา และคณะ (2547

อ้างในรุจิรา อักษร และคณะ ,2550) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆจากบุคคลใกล้ชิด กลุ่มเพื่อนหรือบุคคลอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถือว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ดีในด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆเกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา อักษร และคณะ (2550) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมบริการโภชนาการของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่น การได้รับความรู้จากการรณรงค์เรื่องการรับประทานอาหารให้ปลอดภัยจากมะเร็ง และการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ

2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ38.1) และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับการอบรมครบตามหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมไม่ครบตามหลักสูตร โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมครบตามหลักสูตร มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมไม่ครบตามหลักสูตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้หรือได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เพียงร้อยละ 16 และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองอย่างถูกต้องแต่ไม่ครบทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของคริสติน (2005 อ้างถึงใน รุจิรา อักษร และคณะ ,2550) พบว่า การได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมการเข้ารับการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ใน บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 102 คน และความรู้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมดมีเพียงบางส่วนของที่มีพฤติกรรมระดับ ปานกลาง เช่น ในกรณีที่เป็นความเร่งด่วนให้บริการทันที ถึงแม้ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 42.8

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) พบว่า ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคจากการติดเชื้อ ด้านการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆเกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ อธิบายได้ว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคจากการติดเชื้อ การได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆเกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกัน ไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นได้ ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$) อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการปฏิบัติงานมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของBecker (1974 อ้างถึงใน รุจิรา อักษร และคณะ , 2550) ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อชีวิต สถานภาพทางสังคม จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นโดยรวมส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นงานที่มีความเร่งด่วน สอดคล้องกับ งานวิจัยของวิมมัต วันยะนาพร(2541) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติงาน บางครั้งต้องทำงานเร่งรีบ และทำงานเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตยิ่งต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ทำให้บางครั้งลืมคำนึงถึงอุบัติเหตุที่จะ

เกิดขึ้นกับตนเอง ส่วนใหญ่เป็นงานด้านอุบัติเหตุ อีกทั้งหน่วยงานที่ตนเองสังกัดอยู่ให้ความสำคัญต่องานการแพทย์ฉุกเฉินน้อยมาก จึงไม่ค่อยสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) และโดยพื้นฐานของบุคคลกลุ่มนี้มาจากอาสาสมัครกู้ภัย มีจิตอาสาโดยไม่ค่อยคำนึงถึงอันตรายต่อตนเอง ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นได้บางด้านเท่านั้น และผลที่ได้จากการศึกษาเป็นเพียงข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้มีการประเมินจากหน่วยงานหลาย ๆ ด้าน เพื่อใช้ในการพัฒนาบุคลากร และบุคลากรกลุ่มนี้ต้องได้รับการอบรมก่อนการปฏิบัติงาน บางคนอบรมไม่ครบหลักสูตร จึงทำให้ไม่ตระหนักต่อความเสี่ยงในการเกิดโรค และการที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการปฏิบัติงาน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงหรือประสบกรณีในการที่ได้พบเห็นผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในสถานบริการที่ส่งต่อ พร้อมกับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในทางปฏิบัติจำเป็นต้องส่งเสริมความตระหนักของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินด้านผลดีจากการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ด้านบริหาร

1.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารงานการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถนำเครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อจัดบริการสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

1.2 การประเมินความเสี่ยงในการทำงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จากการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอทุกปี รวมถึงการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และมีการทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันให้ดียิ่งขึ้น

2. ด้านการบริการ

2.1 ในบทบาทของพยาบาล ควรตระหนักถึงลักษณะงานที่มีความเร่งด่วนฉุกเฉิน โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการป้องกันและส่งเสริม ควรมีการจัดระบบการปฏิบัติงาน และวิธีการทำงานที่สามารถนำไปปฏิบัติและประเมินผลได้ มีการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอและสร้างสรรค์ มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งผู้บริหารจะต้องทำให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงประสิทธิผล หรือผลลัพธ์ที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย

2.2 การจัดฝึกอบรมที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้ครบตามหลักสูตร ความเชื่อด้านสุขภาพ และการป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการเฝ้าระวังทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ทั้งผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นและผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคติดเชื้อจากการปฏิบัติงานมากขึ้น

3. ด้านวิชาการ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลดังกล่าวจัดอบรม และให้ความรู้ แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในเรื่อง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อและความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ จากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการวัดที่ผลลัพธ์ คือวัดที่สุขภาพของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นโดยตรง

2. ควรมีการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปจัดเป็นโปรแกรม เพื่อลดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทั้งในและนอกโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

รุจิรา อักษร , ทิพาพร วงศ์หังศ์กุล, และ ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ . (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. *พยาบาลสาร*. ,34(1),131-132.

วิมณฑ์ วันยะนาพร .(2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมการทำงาน กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวง สาธารณสุข).* (2551). *หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551.* นนทบุรี : หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2553). *ข้อมูลสถิติผู้บาดเจ็บทางอุบัติเหตุจราจร.* อ่างทอง : งานควบคุมโรค.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553). *คู่มือวิทยากรหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual).* นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

อุมาพร ปุณฺณโสพรรณ, ผจงศิลป์ เฟิงมาก, และจุฑามาศ ทองคำสิง . (2553). การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.* 3(1), 1.

Bergeron, & Le Baudour, . (2005). *First Responder* . New Jerbeyr : Brady / Prentice Hall Health Upper Saddle River.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* London : Academic press.