

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล
โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Factors Related to Healthcare-Associated Infection Prevention Behaviors
among Nurses in Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine,
Mahasarakham University

ปาริชาติ ดอนบรรจง¹ กมลชนก พุดสี¹ อภิญญา คชมาตย์^{2*} สมาธิ ปัทมธรรมกุล³
Parichat Donbunjong¹ Kamonchanok Pudsri¹ Apinya Kochamat^{2*} Samadhi Patamatamkul³
โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³
Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University¹ Faculty of Nursing,
Mahasarakham University^{2*} Faculty of Medicine, Mahasarakham University³

(Received: June 3, 2026; Revised: September 8, 2026; Accepted: September 24, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาล 90 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2568 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านชีวิตสังคม ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 ของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.73 และค่าแอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เท่ากับ 0.83, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.282$ และ 0.242 , $p < .05$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัสดุอุปกรณ์) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($r_s = 0.212$, 0.226 และ 0.227 , $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางวางกลยุทธ์ส่งเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ”, “การสนับสนุนทางสังคม”, “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ”, “การติดเชื้อในโรงพยาบาล”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: apinya.k@msu.ac.th)

Abstract

This descriptive research aimed to examine factors associated with nosocomial infection prevention behaviors among nurses at Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University. The sample comprised 90 nurses, selected through simple random sampling, with data collected between July and September 2025. The research instruments consisted of questionnaires on bio-social factors, knowledge of infection prevention, health beliefs, social support, and infection prevention behaviors. The reliability of the knowledge questionnaire, assessed using the Kuder–Richardson formula 20 (KR-20), was 0.73, while the reliability of the health belief, social support, and infection prevention behavior questionnaires, assessed using Cronbach's alpha coefficient, was 0.83, 0.89, and 0.86, respectively. As the data were not normally distributed, descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation coefficient were used for the analysis.

Results showed that health beliefs (perceived barriers and health motivation) were significantly and positively correlated with infection prevention behaviors, though at a low level ($r_s = 0.282$ and 0.242 , $p < .05$, respectively). Social support factors (emotional, informational, and material support) were also significantly and positively correlated with infection prevention behaviors at a low level ($r_s = 0.212$, 0.226 , and 0.227 , $p < .05$, respectively). Knowledge of infection prevention and length of nursing experience showed no significant correlation with infection prevention behaviors. These findings suggest that strategies to strengthen health motivation and social support particularly emotional, informational, and material support could effectively promote infection prevention behaviors among nurses.

Keywords: “Health Belief Model”, “Social Support”, “Infection Prevention Behaviors”, “Healthcare-Associated Infection”

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่สำคัญที่ยังเกิดขึ้นกับทุกโรงพยาบาล ดังรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 7 และยิ่งสูงขึ้นถึงร้อยละ 10 ในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้จะพบว่าปัจจุบันการติดเชื้อยังพบการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทยด้วย¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ภาพรวมระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อ 1.53, 1.40 และ 1.21 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ในขณะที่อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวมของ สคร.เขต 7 ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 มีอัตราการติดเชื้อ 1.55, 1.16 และ 1.08 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ และอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวมของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 มีอัตราการติดเชื้อ 1.47, 1.37 และ 1.17 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ² สำหรับโรงพยาบาลสุทธาเวช มีอุบัติการณ์การติดเชื้อใน

โรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 อยู่ที่ 1.18, 1.58 และ 1.08 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ทั้งนี้ โรงพยาบาลสุทธาเวชกำหนดเป้าหมายอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่เกิน 1.34 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนต่อปี และมีแผนพัฒนาให้ต่ำกว่าเป้าหมายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายพบว่า ปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเป้าหมาย (1.58 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) ในขณะที่ปี พ.ศ. 2566 และ 2568 มีอัตราการติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์เป้าหมายหรือต่ำกว่า (1.18 และ 1.08 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังคงมีความผันผวนและไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลอุบัติการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างต่อเนื่อง

การติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้วย เนื่องจากในระหว่างปฏิบัติงานบุคลากรมีโอกาสสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น เลือดและหนอง รวมถึงพื้นผิวหรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อโรค โดยพยาบาลถือเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล หรือนักเทคนิคการแพทย์ เนื่องจากปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ พบว่าในบรรดาอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ HIV นั้น ร้อยละ 42.9 เกิดจากอุบัติเหตุเข็มตำ และร้อยละ 31 เกิดจากการสัมผัสเลือดกระเด็นเข้าสู่ผิวหนังหรือเยื่อเมือก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอุบัติเหตุเข็มตำและการสัมผัสเลือดเป็นช่องทางเสี่ยงสำคัญที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย เนื่องจากวัณโรคสามารถแพร่กระจายผ่านละอองฝอยจากทางเดินหายใจขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด³ และมีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง (ร้อยละ 2-8) ในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) จากการทำงาน⁴ นอกจากนี้ การบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน เช่น การถูกหลอดยาหรือเศษแก้วบาดขณะเตรียมอุปกรณ์ ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในบุคลากรได้^{5,6} สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลสุทธาเวชที่พบว่า มีจำนวนบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและเข็มตำระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 10, 11 และ 11 รายต่อปี ตามลำดับ⁷ ในขณะที่โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวขึ้นเลย (เป้าหมาย 0 ราย) ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังคงมีช่องว่างระหว่างสถานการณ์จริงกับเป้าหมายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน และสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อมีหลายด้าน เช่น การที่บุคลากรทีมสุขภาพไม่ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การล้างมือที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีหลายอย่างตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน ความเชื่อ วัฒนธรรมองค์กร ค่านิยมต่าง ๆ มุมมองของผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการคิดและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ในการจะส่งเสริมให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพจึงมีกลยุทธ์หลายวิธี หลายปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งการจะส่งเสริมให้ได้ประสิทธิผลที่ดีในการเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อควรเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ นอกจากนี้ โรงพยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยมีการสอนแนวทางการทำงานที่

ชัดเจนจนเป็นวัฒนธรรมองค์กร และมีการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹

อย่างไรก็ตาม พยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรและบริบทที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมวัณโรคในกลุ่มพยาบาลของเขตสุขภาพอื่น และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรและบริบทที่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป และยังไม่พบการศึกษาที่บูรณาการทั้งปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ร่วมกันในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อีกทั้งยังไม่มีข้อมูลการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในบริบทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยมาก่อน จึงยังคงเป็นช่องว่างองค์ความรู้ที่สำคัญ ทั้งในด้านกลุ่มประชากรที่ศึกษาและปัจจัยที่นำมาพิจารณาร่วมกัน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำมากำหนดแนวทางพัฒนา และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรต่อไป

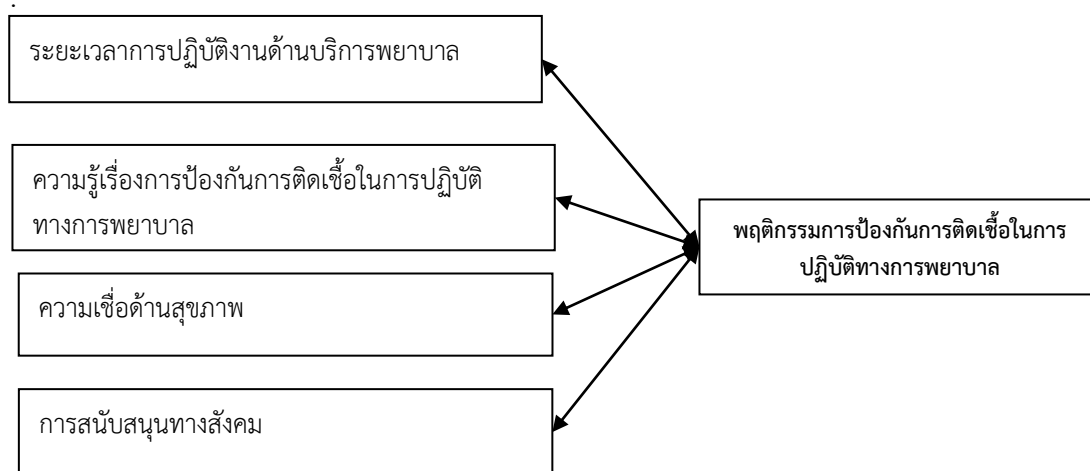
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์สุขภาพของตนเองใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสที่ตนเองจะติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบหากติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (Perceived Benefits) หมายถึง ความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (Perceived Barriers) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน นอกจากนี้ยังรวมถึงแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ซึ่งหมายถึงความปรารถนาหรือความพร้อมโดยทั่วไปของบุคคลในการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุอุปกรณ์ ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลเช่นกัน โดยปัจจัยทั้งหมดที่คัดสรรเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1 ทั้งนี้ แม้กรอบแนวคิดของการศึกษานี้จะไม่ได้ระบุ “สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)” เป็นองค์ประกอบแยกต่างหากตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฉบับสมบูรณ์ของ Becker and Maiman (1974) แต่ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่ผู้วิจัยศึกษา เช่น การได้รับการอบรมความรู้ การได้รับคำแนะนำจากหน่วยงาน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ มีลักษณะใกล้เคียงและทำหน้าที่คล้ายคลึงกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในเชิงทฤษฎี กล่าวคือเป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่ส่งเสริมให้บุคคลลงมือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสะท้อนบทบาทดังกล่าวแทนการเพิ่มองค์ประกอบ Cues to Action แยกต่างหาก



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่สังกัด โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 130 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568 ณ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่างตามเกณฑ์ของ Thorndike (1978)¹¹ โดยใช้สูตร ($n = 10k + 50$) เมื่อกำหนดตัวแปรที่ศึกษา 4 ตัว คือ ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล ความรู้การป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลสุทธาเวช เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาของโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยในทุกแผนก หน่วยงานผู้ป่วยนอกทุกแผนก พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกปฐมภูมิ (PCU: Primary Care Unit) พยาบาลไตเทียม หอผู้ป่วยหนัก ห้องคลอด หรือหน่วยสังกัดงานเฉพาะด้าน และสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ หรือลาออกรมมากกว่า 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้มีการขอความอนุเคราะห์และตอบรับอนุมัติให้ใช้เครื่องมือ ซึ่งพัฒนาโดย นางสร้อยญา กุลวงศ์ (2552)¹² เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน รวมจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบระบุคำตอบ และแบบตัวเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก และด้านลบแบบมีตัวเลือกให้ตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 และ 14 ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 7 ให้คะแนนในทางตรงกันข้าม กล่าวคือตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ให้ 1 คะแนน การแปลผลโดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของเสรี ลาซโรจน์¹³ พิจารณาคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ความรู้ระดับสูง ร้อยละ (80 – 100) ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ (60-79) ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ (0-59)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ 6 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ 7 ข้อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 31 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือก 5 ระดับ จาก 1-5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ สำหรับการให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6, 9, 10, 11, 13-19 และ 27-31 ให้คะแนนตรงตามระดับที่ตอบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ 7, 8, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 25 และ 26 (ครอบคลุมข้อคำถามด้านการรับรู้อุปสรรคทั้งหมด) เป็นข้อความที่มีทิศทางตรงกันข้ามกับความเชื่อด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ จึงต้องกลับคะแนน (reverse score) ก่อนนำไปรวมกับข้อคำถามอื่น กล่าวคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน เมื่อกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบเรียบร้อยแล้ว จึงนำคะแนนทุกข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยเป็นรายด้าน และภาพรวม โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น การแปลผลโดยประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977)¹⁴ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มีการรับรู้ระดับสูง (3.67-5.00คะแนน) การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และการรับรู้ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ 5 ข้อ รวมการสนับสนุนด้านสังคม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือก 5 ระดับ จาก 1-5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลการรับรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ คือมีการรับรู้ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และการรับรู้ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากการถูกเข็มหรือของมีคมที่เข้ากับผู้ป่วยเข็มตำ 6 ข้อ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล 9 ข้อ และการล้างมือที่ถูกต้อง 4 ข้อ ประกอบด้วย รวมทั้งสิ้นจำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือก 5 ระดับ จาก 1-5 (ไม่ปฏิบัติเลย ถึงปฏิบัติทุกครั้ง) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามด้านบวก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4 และข้อ 6-19 โดยการคิดคะแนนคือไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 5 คะแนน และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 ซึ่งเป็นข้อความที่มีทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงต้องกลับคะแนน (reverse score) ก่อนนำไปรวมกับข้อคำถามอื่น กล่าวคือ ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน จนถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 1 คะแนน การแปลผลโดยประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977)¹⁴ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) พฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และพฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2-5 ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และได้นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item – Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.8-1.00

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Try-out) กับพยาบาลในหน่วยงานเฉพาะด้านที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ (ส่วนที่ 2) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด (dichotomous items) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 (Kuder-Richardson 20) ส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ (ส่วนที่ 3-5) ซึ่งเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละส่วน เท่ากับ 0.73, 0.83, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 412-305/2568 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2568 และได้ทำหนังสือขออนุญาตในการดำเนินการและเก็บข้อมูล จากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือสิทธิใด ๆ ที่พึงได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล มีเพียงผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับมอบหมายเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแจกแบบสอบถามจำนวน 90 ชุด โดยประสานงานผ่านหัวหน้าหน่วยงาน ในการเก็บข้อมูลโดยระบุคุณสมบัติผู้ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยใช้เวลาตอบคำถามแต่ละชุด 15-20 นาที จากนั้นในหน่วยงานส่งแบบสอบถามคืน ซึ่งได้รับคืน 90 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 100

3. ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบ ความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามทุกฉบับที่ตอบแล้วจนครบตามจำนวน จากนั้นนำมาลงรหัส (Coding) แล้วนำข้อมูลมาบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ของแบบสอบถามและเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยด้านชีวสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน (แบบสอบถามส่วนที่ 1) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้มาตรวจวัดแบบนามบัญญัติและมาตรวจวัดแบบระดับเรียงอันดับ ผู้วิจัยใช้วิธีการประมวลผลทางสถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. การวิเคราะห์ความรู้การป้องกันการติดเชื้อ ในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการพยาบาล โดย (แบบสอบถามส่วนที่ 2 – ส่วนที่ 5) โดยใช้วิธีการประมวลผลทางสถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางควบคู่กับการบรรยายและสรุปผลการดำเนินการวิจัย

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlations)¹⁵ เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test การแปลผลความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย 5 ระดับดังนี้¹⁶ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.81 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.61-0.80 มีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.41-0.60 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.20-0.40 มีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าต่ำกว่า 0.20 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านชีวสังคม

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 33.60 ปี (SD 6.51) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 57.78 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ระยะเวลาเฉลี่ย 9.07 ปี (SD 6.33)

2. ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 85.56 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 14.44 โดยมี $\bar{x} = 12.78$, SD = 1.07

3. ความเชื่อทางด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมี $\bar{x} = 4.46$, SD = 0.32 เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ในทุกด้านมีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านเรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{x} = 4.87$,

SD = 0.26) ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 4.57, SD = 0.32) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 4.53, SD = 0.47) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 4.39, SD = 0.58) และด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 3.86, SD = 0.62) ตามลำดับ

4. การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.40, SD= 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงความสำคัญค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ($\bar{x}$ = 4.48, SD= 0.57) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$ = 4.36, SD=0.62) และด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{x}$ = 4.35, SD= 0.65) ตามลำดับ

5. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.63, SD = 0.29) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คำถามส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมด ยกเว้นเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การใส่ถุงมือเมื่อมือมีบาดแผลก่อนให้การพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.97, SD = 0.18) รองลงมาคือ การสวมผ้าปิดปาก-จมูกขณะดูแลคนไข้ ($\bar{x}$ = 4.92, SD = 0.27) และการสวมถุงมือเมื่อสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 4.91, SD = 0.29) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การสวมปลอกเข็มกลับคืนโดยใช้มือจับปลอกเข็มหลังใช้เข็มเจาะเลือดหรือฉีดยา ($\bar{x}$ = 3.60, SD = 1.66) ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบที่ผ่านการกลับคะแนน (reverse score) และเป็นข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งยังมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุดในบรรดาข้อคำถามทั้งหมด

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้ภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงมีช่องว่างในทางปฏิบัติที่ควรได้รับการเสริมสร้างเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการจัดการเข็มและของมีคมหลังใช้งานอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n=90)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	แปลผล
-ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล	-0.056	0.603	ไม่มีความสัมพันธ์
-ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล	.088	0.412	ไม่มีความสัมพันธ์

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	แปลผล
-ความเชื่อด้านสุขภาพ	.236*	0.025	ค่อนข้างต่ำ
-การสนับสนุนทางสังคม	.249*	0.018	ค่อนข้างต่ำ

r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

*. แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ และด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.249$, $r_s = 0.236$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน (n=90)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	แปลผล
-ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม	0.236*	0.025	ค่อนข้างต่ำ
-รายด้าน			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	0.076	0.475	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.087	0.241	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	0.124	0.241	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ต่ออุปสรรค	.282**	0.007	ค่อนข้างต่ำ
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.242*	0.022	ค่อนข้างต่ำ

r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

*. แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.236$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.282$, $r_s = 0.242$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน (n=90)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	แปลผล
-การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.249*	0.018	ค่อนข้างต่ำ
-รายด้าน			
-การสนับสนุนด้านอารมณ์	.212*	0.045	ค่อนข้างต่ำ
-การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.226*	0.033	ค่อนข้างต่ำ
-การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์	.227**	0.008	ค่อนข้างต่ำ

r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

*. แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **. แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ($r_s = 0.249$) รายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ($r_s = 0.227$, $r_s = 0.226$ และ $r_s = 0.212$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล (Effect Size) ด้วยค่าประมาณสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ (r_s^2) ซึ่งเป็นการประมาณค่าโดยเทียบเคียงกับแนวคิดสัมประสิทธิ์การกำหนดของเพียร์สัน มีค่าที่แม่นยำเช่นเดียวกับการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น เนื่องจากเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนซึ่งคำนวณจากอันดับของข้อมูล พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติล้วนอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ($r_s^2 = 0.282^2 = 0.0795$ หรือประมาณร้อยละ 7.95) แรงจูงใจด้านสุขภาพ ($r_s^2 = 0.242^2 = 0.0586$ หรือประมาณร้อยละ 5.86) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ($r_s^2 = 0.249^2 = 0.0620$ หรือประมาณร้อยละ 6.20) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r_s^2 = 0.227^2 = 0.0515$ หรือประมาณร้อยละ 5.15) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($r_s^2 = 0.226^2 = 0.0511$ หรือประมาณร้อยละ 5.11) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($r_s^2 = 0.212^2 = 0.0449$ หรือประมาณร้อยละ 4.49) ตามลำดับ แสดงว่าแม้ตัวแปรดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อได้เพียงประมาณร้อยละ 4-8 เท่านั้น สะท้อนว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกจำนวนมากที่ร่วมกำหนดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาล นอกเหนือจากตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ซึ่งเมื่อพิจารณาอาจขัดแย้งกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ดังเดิมที่คาดว่า การรับรู้อุปสรรคควรมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบริบทของการศึกษาประกอบกับการที่ข้อคำถามด้านลบผ่านการกลับคะแนนก่อนนำมาวิเคราะห์ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ในเชิงทฤษฎี ตามแนวคิด Rosenstock¹⁰ ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเองทั้งนี้ เพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมที่เสี่ยงเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับจารุวรรณ พุทธยานันต์¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ประเทศไทย ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ และสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล¹⁸ ที่พบว่าแม้การรับรู้อุปสรรคตามสภาพจริงจะเป็นสิ่งขัดขวางการปฏิบัติตัว แต่ความเชื่อว่าจะได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับเวลาที่เสียไป ทำให้ผู้ดูแลยังคงพยายามปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดีของเด็ก เช่นเดียวกับ Jones et al.¹⁹ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคร่วมกับการมีเป้าหมายรู้เท่าทันภัยคุกคามเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข และเสนอว่ากลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมควรมุ่งเน้นการช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคมากกว่าการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์หรือความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียว ซึ่งตรงกับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติของการศึกษานี้ที่ควรเน้นการลดอุปสรรคเชิงระบบควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากสายพิน บุญศรีและคณะ²⁰ ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองการศึกษาดังกล่าวเป็นผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปที่ปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองโดยลำพัง เมื่อรับรู้อุปสรรคมากจึงมีแนวโน้มลดพฤติกรรมลงได้ง่าย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ การนิเทศงาน และการสนับสนุนจากหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง อุปสรรคที่รับรู้จึงไม่ได้นำไปสู่การลดพฤติกรรม แต่กลับสะท้อนถึงความตั้งใจปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างครบถ้วนดังที่อธิบายข้างต้น

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ตามแนวคิดของ Rosenstock¹⁰ แรงจูงใจด้านสุขภาพหมายถึง ความปรารถนาหรือความพร้อมของบุคคลในการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการลงมือปฏิบัติเพื่อรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ดังนั้น เมื่อพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ ย่อมมีความพร้อมและความตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณียาภรณ์ จันทรและคณะ²¹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น พบว่าเมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพย่อมมีความพร้อมและตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องอันสะท้อนถึงแรงจูง

ในด้านสุขภาพที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรพันธ์ อินยาพงษ์และคณะ²² ที่พบว่า เมื่อมีการได้รับคำแนะนำและการยอมรับจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานอย่างเหมาะสม ย่อมเสริมสร้างความตั้งใจและความพร้อมที่จะปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zinatsa et al.²³ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาลปฐมภูมิในแอฟริกาใต้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจที่มีระดับต่ำสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกไร้อำนาจ ทักษะคิดเชิงลบของบุคลากรสาธารณสุข

3. การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะเรื่องถุงมือที่ใช้ขณะเจาะเลือดหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.64) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ฝ้ายกั้นเบื่อนสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาก (4.28) ซึ่งแม้จะต่ำกว่ารายการอื่นแต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง แสดงว่าอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้บ่อย เช่น ถุงมือ มีความพร้อมมากกว่าอุปกรณ์ที่ใช้เฉพาะบางสถานการณ์เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r_s = 0.227$, $p = 0.008$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่ดำเนินงานภายใต้เกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงมีระบบจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อพื้นฐาน เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย ให้แก่บุคลากรอย่างเพียงพอในระดับหนึ่งอยู่แล้ว พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงรับรู้ว่าการสนับสนุนด้านนี้ในระดับสูงใกล้เคียงกันทั้งกลุ่ม ความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจึงอาจถูกอธิบายด้วยปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ได้เพียงบางส่วน มากกว่าจะเป็นตัวแปรหลักที่กำหนดพฤติกรรมดังเช่นในบริบทที่วัสดุอุปกรณ์ขาดแคลน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zinatsa et al.²² ที่พบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะเมื่อการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมการติดเชื้อในโรค ซึ่งตรงข้ามกับบริบทของโรงพยาบาลสุทธาเวชที่มีอุปกรณ์เพียงพอ จึงไม่เห็นผลอุปสรรคเด่นชัดต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของการศึกษานี้ เช่นเดียวกับปฐวิภาณต์ เกิดสวัสดิ์และคณะ²⁴ ที่พบว่า การเข้าถึงวัสดุและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ($r_s = 0.268$) ซึ่งใกล้เคียงกับผลที่พบในการศึกษานี้

โดยสรุปการมีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น แต่ไม่ใช่ปัจจัยเดียวหรือปัจจัยหลัก เพราะเมื่ออุปกรณ์เพียงพอสำหรับทุกคนอยู่แล้ว ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจึงออกมาในระดับที่ไม่สูงมากนัก

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.36) โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการได้รับการอบรมความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากโรงพยาบาล (4.46) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการมีคู่มือหรือเอกสารสิ่งพิมพ์ให้ความรู้ (4.26) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.226$, $p = 0.033$) แต่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ แสดงว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน

การติดเชื้อจริง แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับจิรพันธ์ อินยาพงษ์และคณะ²² ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่ถูกต้องช่วยสร้างการรับรู้ที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และสอดคล้องกับราตรี คงเจริญ²⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร เนื่องจากข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงาน แต่ทั้งสองการศึกษา ก็ระบุตรงกันว่าข้อจำกัดด้านงบประมาณ เวลา และกำลังคน อาจทำให้บุคลากรบางส่วนได้รับการสนับสนุนด้านนี้ไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในการศึกษานี้อยู่ในระดับไม่สูงมากนัก

5. การสนับสนุนด้านอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.35) โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ (4.46) รองลงมาคือ การได้รับความช่วยเหลือให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงาน (4.39) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากผู้บริหารโดยตรง (4.24) ซึ่งแม้จะต่ำกว่ารายการอื่นแต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าพยาบาลรู้สึกได้รับกำลังใจจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานในระดับปฏิบัติการมากกว่าจากผู้บริหารระดับสูง เมื่อดูความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.212, p < .05$) แต่เป็นค่าความสัมพันธ์ที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัสดุอุปกรณ์ แสดงว่าการให้กำลังใจและความเอาใจใส่จากเพื่อนร่วมงานมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจริง แต่มีน้ำหนักน้อยกว่าการได้รับข้อมูลหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นได้โดยตรงสอดคล้องกับ จิรพันธ์ อินยาพงษ์และคณะ²² ที่พบว่า เมื่อเพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี มีพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน มีการปฏิบัติเป็นต้นแบบเพื่อนเสริมแรงใจ และสร้างการยอมรับจากการปฏิบัติตามบรรทัดฐานขององค์กร เพื่อป้องกันการติดเชื้อสอดคล้องกับถนัด อวารุณหัก²⁶ ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จัหวัดนราธิวาส ที่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยที่สามารถกระตุ้นพฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน เป็นการให้กำลังใจ ในการเสริมแรงที่ส่งผลให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดี และการสนับสนุนทางสังคมนี้ส่งเสริมให้บุคลากรมีแนวโน้มในการให้บริการทางสุขภาพด้วยพฤติกรรมที่ดี

6. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ($r_s = 0.088, p = 0.412$) ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล ($r_s = -0.056, p = 0.603$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ($r_s = 0.076, p = 0.475$) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ($r_s = 0.087, p = 0.241$) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ ($r_s = 0.124, p = 0.241$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ($p > .05$) ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในด้านเหล่านี้อยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมด (ความรู้ร้อยละ 85.56 อยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ย 4.53 การรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ย 3.86 และการรับรู้ประโยชน์เฉลี่ย 4.87 จากคะแนนเต็ม 5) ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์คะแนนเพดาน (Ceiling Effect) กล่าวคือ เมื่อคะแนนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน ความแปรปรวนของตัวแปรจึงมีน้อย ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ที่คำนวณได้มีแนวโน้มต่ำหรือไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ในทางทฤษฎี HBM ตัวแปรเหล่านี้ควรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพก็ตาม สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อนั้น อาจเนื่องจากโรงพยาบาลสุทธาเวชมีการฝึกอบรมและทบทวนความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอและเป็นมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานจึงไม่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาไม่นาน ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้หรือการรณรงค์สร้างความตระหนักเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นฐานความรู้และการรับรู้ในระดับสูงใกล้เคียงกันอยู่แล้ว

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการแปลผล ประการแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน (Ceiling Effect) ซึ่งอาจลดความสามารถในการจำแนกความแตกต่างระหว่างบุคคล และส่งผลให้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าต่ำกว่าความเป็นจริง ประการที่สอง การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุทธาเวชเพียงแห่งเดียว ($n = 90$) ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังบริบทของโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดหรือทรัพยากรแตกต่างกันได้ทั้งหมด ประการที่สาม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการรายงานพฤติกรรมที่สังคมพึงประสงค์ (Social Desirability Bias) และประการสุดท้าย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ ณ จุดเวลาเดียว (Cross-sectional) จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้

สรุป

การศึกษานี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุทธาเวชมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระดับสูงโดยรวม โดยการรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพในกลุ่มความเชื่อด้านสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมทั้งสามด้าน (อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัสดุอุปกรณ์) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความรู้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากคะแนนของกลุ่มตัวอย่างในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกันจนเกิดปรากฏการณ์คะแนนเพดาน

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการลดอุปสรรคเชิงระบบในการปฏิบัติงาน การเสริมสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน มากกว่าการเน้นให้ความรู้เพิ่มเติมเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านการลดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสูงที่สุดในกลุ่มความเชื่อด้านสุขภาพ ($r_s = 0.282$) ผู้บริหารโรงพยาบาลสุทธาเวชควรทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติงานที่พยาบาลรับรู้ว่ายุ่งยากหรือเสียเวลา

เช่น การจัดวางอุปกรณ์ป้องกันให้อยู่ในตำแหน่งที่หยิบใช้ได้สะดวกและใกล้จุดให้บริการ เพื่อลดความรู้สึกว่า การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อเป็นภาระเพิ่มเติมในการทำงาน

2. ควรจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้พยาบาลตระหนักถึงคุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การยกย่องหรือมอบรางวัลแก่หน่วยงานหรือบุคคลที่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจเชิงบวกในระยะยาว ถือเป็นการเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพ

3. ด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่าทั้งสามด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญ ควรดำเนินการดังนี้ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ด้านการป้องกันเฉพาะเมื่อเกิดความเสี่ยงสูง และให้เพียงพอพร้อมใช้งาน เทียบเท่ากับอุปกรณ์พื้นฐานที่มีอยู่แล้วในระดับสูง มีการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร เช่น คู่มือหรือเอกสารประกอบการอบรม เพื่อให้สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง ภายหลัง ส่งเสริมการแสดงออกถึงการสนับสนุนและให้กำลังใจบุคลากรจากผู้บริหารระดับสูง ไม่เพียงจากผ่าน หัวหน้างานเท่านั้น

4. จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ไม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในด้านเหล่านี้อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว จึงชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้หรือการรณรงค์สร้างความตระหนักเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม องค์กรจึงควรปรับกลยุทธ์จากการเน้น "ให้ความรู้เพิ่ม" ไปสู่การ "ลดอุปสรรคเชิง ระบบ" และ "เพิ่มการสนับสนุนที่จับต้องได้" จึงจะส่งผลต่อพฤติกรรมได้ชัดเจนกว่า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติม ในลักษณะติดตาม ระยะยาว (Longitudinal Study) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) เพื่อทดสอบว่าการ ปรับปรุงการสนับสนุนทางสังคมและการลดอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะข้างต้น ส่งผลให้ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อดีขึ้นจริงหรือไม่ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหา ความสัมพันธ์ (correlation) ณ จุดเวลาเดียว จึงไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้โดยเฉพาะการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม (Intervention Program) ที่มุ่งเน้นการลดอุปสรรคเชิงระบบและเพิ่มการ สนับสนุนทางสังคม แล้วนำไปทดลองใช้จริงเพื่อประเมินประสิทธิผลก่อนขยายผลในวงกว้าง

2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังโรงพยาบาลอื่นหรือหลายแห่งเพื่อเปรียบเทียบบริบท เนื่องจาก การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลสุทธาเวชแห่งเดียว (n = 90) ผลที่ได้จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไป ยังบริบทของโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดหรือทรัพยากรแตกต่างกัน

3. ควรศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจ เหตุผลเชิงลึกกว่าเหตุใดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงจึงไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของ พยาบาลกลุ่มนี้ ทั้งที่ตามทฤษฎี HBM ควรมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจช่วยอธิบายกลไกที่ซ่อนอยู่ได้ดีกว่าการ วิเคราะห์เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. HIV and AIDS [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Aug 10]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

2. Department of Disease Control, Institute for Urban Disease Control and Prevention. Report on surveillance diseases in Bangkok Metropolitan Area, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 10]. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1291220220701064632.pdf>. (in Thai)
3. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 May 14]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
4. World Health Organization. The burden of health care-associated infection worldwide [Internet]. 2010 [cited 2026 May 9]. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-burden-of-health-care-associated-infection-worldwide>
5. Chaiyoyingyong R, Wihokhan P, Siriphan K. Reporting of needle stick injuries, sharp injuries, and exposure to body fluids among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of Suphanburi Boromarajonani College of Nursing*. 2022;5(1):49-66. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/258442/176109>. (in Thai)
6. Wongraksat S, Suteerasarn S. Factors related to the prevalence of needle stick and sharp injuries among nursing personnel at Thammasat University Hospital. *Thammasat University Hospital Journal*. 2016;1(1):26-41. (in Thai)
7. Hospital Infection Prevention and Control Committee, Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University. Minutes of the Hospital Infection Prevention and Control Committee Meeting, March 2026. Maha Sarakham: Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University; 2026. (in Thai)
8. Phanthong C. Knowledge, attitudes, and behaviors regarding infection prevention and control among professional nurses in Nam Som District, Udon Thani Province. *Journal of Nursing, Health, and Education*. 2021;4(3):13-22. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/253588>. (in Thai)
9. Pichiansathian W. Strategies to promote healthcare personnel compliance with infection prevention and control practices in hospitals. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2024;11(1):5-19. (in Thai)
10. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328-35.
11. Phako R. *Nursing research: Concepts to application*. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)

12. Kulawong S. Factors affecting behaviors of professional nurses in self-protection of infective diseases in hospitals in Ubon Ratchathani Province [master's thesis]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2009. (in Thai)
13. Lasaroj S. Criteria and methods of organizing and evaluating educational assessment in schools. In: Educational measurement and evaluation administration and management: course document, units 1-7. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press; 1992. p. 65-8. (in Thai)
14. Best JW. *Research in education*. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
15. Suwan P, Wisetsanguan A. *Research and data analysis using SPSS version 20*. Bangkok: SE-EDUCATION Public Company Limited; 2012. (in Thai)
16. Taweerat P. *Research methods in behavioral and social sciences*. Bangkok: Educational and Psychological Test Bureau, Srinakharinwirot University Prasarnmit; 1997. (in Thai)
17. Pruettayan J. Selected factors related to coronavirus disease 2019 prevention behaviors among Thailand emergency medical volunteers [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2022. (in Thai)
18. Wattanasuntorn P. Health belief model affecting fever management among caregivers [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2022. <http://ir.buu.ac.th/dspace/handle/1513/609>. (in Thai)
19. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The health belief model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Commun*. 2015;30(6):566-576. doi:10.1080/10410236.2013.873363
20. Boonsri S, Wongpiriyayothar A, Meetian N. The relationships between health beliefs and infection prevention behaviors among patients with lung cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal CMU*. 2023;50(3):163-73. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/263881> (in Thai)
21. Chan U, Sanpat P, Sananruangsak S. Predictive factors of coronavirus disease 2019 preventive behaviors among early adolescents. *Journal of Suphanburi Boromarajonani College of Nursing*. 2023;6(2):82-95. (in Thai)
22. Inyaphong J, Krainuwat K, Nakakasian P. Predictive factors of tuberculosis infection prevention and control behaviors among professional nurses in Health Region 10, Ministry of Public Health. *Journal of Disease Prevention and Control Office 10, Ubon Ratchathani*. 2024;22(2):25-36. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/268243>. (in Thai)

23. Zinatsa F, Engelbrecht M, van Rensburg AJ, Kigozi G. Voices from the frontline: barriers and strategies to improve tuberculosis infection control in primary health care facilities in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:269. doi:10.1186/s12913-018-3083-0.
24. Koedsawat P, Netsrithong S, Sutheeprasert T, Siripaiboon C. Self-protection behaviors against COVID-19 among public health personnel working in subdistrict health promoting hospitals, U Thong District, Suphan Buri Province. *Journal of Public Health and Innovation*. 2022;2(3):98-113. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/article/view/254959> (in Thai)
25. Kongcharoen R. Factors influencing service behaviors among personnel at Kui Buri Hospital, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2023;3(3):84-94. (in Thai)
26. Awarunlak T. Perception factors and social support among caregivers of patients with schizophrenia related to medication adherence behaviors of patients with schizophrenia in Waeng District, Narathiwat Province. *Academic Journal of the Department of Health Service Support*. 2019;15(2):42-50. (in Thai)