

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพต้องใช้มือในการสัมผัสจับต้องทั้งตัวผู้ป่วย และสิ่งแวดลอมต่าง ๆ ทำให้มือของบุคลากรสุขภาพมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ ดังที่มีการศึกษาพบว่า หลังปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย มือของบุคลากรสุขภาพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมปนเปื้อนเชื้อสแตปไฟโลคอคคัส ออเรียส (*Staphylococcus aureus*) ซึ่งเป็นเชื้อชนิดเดียวกับที่พบในผู้ป่วยอายุรกรรมที่นอนรักษาอยู่ (Bhalla, Aron, & Donsakey, 2007) และมีการศึกษาที่พบเชื้อดื้อยาบนมือของแพทย์ฝึกหัด (Baker, 2006; Paul, Das, Dutta, Bandyopadhyay, & Banerjee, 2011) โดยที่พบเชื้อจุลชีพบนมือ ของบุคลากรสุขภาพพบ ได้หลายชนิดดังเช่น การศึกษาในหอผู้ป่วยกุมารพบเชื้อเอนเทอโรแบคทีเรีย (*Enterobacteriaceae*) เชื้อสแตปไฟโลคอคคัส ออเรียส (*Staphylococcus aureus*) เชื้อรา (Ng, The, Ng, Eng, & Tan, 2011; Pessoa-Silva, et al., 2004) และเชื้อเอนเทโรคอคไซที่ดื้อต่อยาแวนโคมัยซิน (*Vancomycin-resistant enterococci*) บนมือของพยาบาล (Duckro, Blom, Lyle, Weinstein, & Hayden, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า การปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียจะมีจำนวนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทารกโดยพบเชื้อแบคทีเรียถึง 1,790 โคโลนี และหลังการให้นมพบ 1,570 โคโลนี (Lijima, & Ohzeki, 2006) นอกจากนี้มีการศึกษาพบเชื้อจุลชีพบนมือของบุคลากรสุขภาพมีเชื้อจุลชีพสูงถึง 3.9×10^4 ถึง 4.6×10^6 โคโลนีต่อตารางเซนติเมตร (Findik, Otkun, Erkan, & Sut 2011) ซึ่งมากกว่าบุคคลทั่วไปที่มีเชื้อจุลชีพบนมือเพียง 10^2 ถึง 10^6 โคโลนีต่อตารางเซนติเมตร (Larson et al, 2000) การปนเปื้อนเชื้อจุลชีพบนมือของบุคลากรสุขภาพนี้อาจนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อม ผู้ป่วย และก่อให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

การที่มือของบุคลากรสุขภาพเกิดการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพหลังสัมผัสหรือทำกิจกรรมกับผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ดังที่มีการศึกษาพบเชื้อจุลชีพในสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในหอผู้ป่วย เช่น คีย์บอร์ดคอมพิวเตอร์ (Anderson, & Palombo, 2009; Fukuda, Iwakiri, & Ozaki, 2009; Ng et al., 2011; Po, Burke, Sulis, & Carling, 2009) เครื่องวัดออกซิเจนในกระแสเลือด (Davis, Advcertpharma, & Certcritcare,

2009) หู ฟัง (Chigozie, Annayo, Patrick, & Christian, 2010; Whitting, Whitlow, Hewson, Thmas, & Brett, 2009; Wood, Lund, & Stevenson, 2007) ที่เปิด-ปิดสายน้ำเกลือ (Muffly, Beach, Tong, & Yeager, 2010) แฟ้มรายงานผู้ป่วย (Teng, Lee, Ou, Hsieh, Lee, & Lin, 2008) โทรศัพที่แบบเคลื่อนที่และอุปกรณ์การสื่อสาร (Brady, Mcdermott, Fraise, Verran, 2009; Cataño, Echeverri, & Szela, 2012; Jeske, Tiefenthaler, Hohlieder, Hinterberger, & Benzer, 2007; Julian, Singh, Rousseau, & Weese 2012; Ng et al., 2011) เลือคลุมของบุคลากรสุขภาพ (Cataño, Echeverri & Szela, 2012; Treake et al., 2009) และหม้อนอน (Van Knippenberg-Gordebeke, 2011) เป็นต้น ซึ่งเชื้อจุลชีพที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเหล่านี้จะมีชีวิตอยู่ได้นาน เช่น เชื้อเอซিনিโตแบคเตอร์ บาวมานิไอ (*Acinetobacter baumannii*) อยู่ในพื้นผิวที่แห้งได้นานถึง 36 วัน- 4 เดือน (Espinal, Martí, & Vila. 2012) เชื้อแวน โคมัยซิน รีซิสแทนท์ เอนเทอโรคอคไซ (Vancomycin resistant enterococci) อยู่บนเคาน์เตอร์ได้นานถึง 2 เดือน (Drees et al., 2008) เชื้อสเตรปโตค็อกไซ นิวโมนิเอ (*Streptococci pneumoniae*) อยู่บนกระจกที่แห้งได้นาน 15 ชั่วโมง (Smith-Vaughan et al., 2008) เป็นต้น เมื่อบุคลากรสุขภาพใช้มือสัมผัสอุปกรณ์หรือ สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อดังกล่าวแล้วไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วยรายต่อไปจึงอาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อต่อไปได้ ดังการศึกษาการระบาดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมพบว่า เกิดจากเชื้อดื้อยา เอซিনিโตแบคเตอร์ บาวมานิไอ (*Acinetobacter baumannii*) ที่ปนเปื้อนอยู่บนราว กันเตียง อุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดมือบีบ และตัวกรองเครื่องช่วยหายใจซึ่งพบว่าเป็นเชื้อชนิดเดียวกับที่พบบนมือบุคลากรสุขภาพ (El Shafie, Alishaq, & Garcia, 2004) เช่นเดียวกับพบการปนเปื้อนเชื้อดื้อยาหลายชนิดที่เปิด-ปิดสายน้ำเกลือ (stopcock lumen) เนื่องจากมือของบุคลากรดมยาสลับมีการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ (Luftus, Muffly, Brown, Beach, Koff, & Corwin 2010) รวมทั้งเกิดการแพร่กระจายเชื้อแคนดิดา พาราไฟโซโลซิส (*Candida parapsilosis*) ในโรงพยาบาลชุมชนที่พบเชื้อชนิดเดียวกับบนมือของบุคลากรสุขภาพและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Clark et al., 2004) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรปฏิบัติารลด หรือป้องกันการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพบนมือในขณะที่ปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

การทำความสะอาดมือเป็นมาตรการหนึ่งในการขจัดสิ่งสกปรกและเชื้อจุลชีพออกจากมือของบุคลากรสุขภาพ และมีผลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล (Gagné, Bédard & Maziade, 2010; Kac, Podglajen, Gueneret, , Vaupre., Bissery, & Meyer, 2005; Tvedt & Bukholm, 2005) ดังที่ผลการวิจัยหลายรายงานพบว่า การที่บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นมีผลทำให้การติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง (Allegranzi & Pittet, 2009; Lam, Lee & Lau, 2004; Nicolay, 2005; Schweon, Edmond, Kirk, Roeland, & Acosta, 2013; Yuan, Dembry, Higa, Fu, Wang & Bradley, 2008) รวมทั้งพบว่าการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่น เชื้อสเตรปโตค็อกไคอส

เชื้อที่ดื้อต่อยา เมทิซิลลิน (*Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* [MRSA]) เป็นต้น (Emery, Nanning, & Gold, 2005; Grayson et al., 2011; Ston et al., 2012) จึงเป็นที่ยอมรับกันว่า การทำความสะอาดมือมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ทำได้ง่าย และประหยัดค่าใช้จ่าย (Akyol, Ulusoy, & Ozen, 2006; Al-Tawfiq, Abed, Al-Yami, & Birrer, 2013; Capretti, Sandri, Tridapalli, Galletti, Petracci, & Faldella, 2007; Gagné, Bédard & Maziade, 2010) ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติการทำมาสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพโดยมีองค์ข้อบ่งชี้ 5 ประการ (five moments) ดังนี้ ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย ก่อนทำกิจกรรมสะอาด หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสตัวผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังกำหนดให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือก่อนและหลังสวมถุงมือ (World Health Organization [WHO], 2009) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รณรงค์ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วโลกนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่รับเอาเรื่องนี้มากำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2550 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหลายรายงานทั้งในและต่างประเทศพบว่า บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือต่ำกว่าร้อยละ 50 (ชนพร กวีวน, 2551; รัชนิกร หาแก้ว, 2550; Korniewicz & El-Masri, 2008; Picheansathian, Pearson, & Sucaxaya, 2008; Martino, Ban, Bartoloni, Fowler, Saint, & Mannelli, 2011; Saint Conti, Bortoloni, Virgili, Mannelli, & Fumagalli, 2009; Santana, Furtado, Coutinho, & Medeiros, 2007) ซึ่งพบว่าบุคลากรสุขภาพมีปัญหาอุปสรรคหลายประการที่ทำให้มีการทำความสะอาดมือ เช่น ไม่มีเวลา ภาระงานมาก รีบให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ผิวหนังระคายเคือง และแจ้งการใส่ถุงมือ อ่างล้างมืออยู่ไกล อุปกรณ์ล้างมือไม่เพียงพอ ขาดความรู้ในการปฏิบัติ หน่วยงานไม่เห็นความสำคัญ ไม่ชอบน้ำยาทำความสะอาด ไม่เห็นด้วยกับวิธีการ ไม่มีการส่งเสริม ไม่มีส่วนร่วม และไม่มีการลงโทษหรือให้รางวัล (วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร และสมหวัง คำนชัยจิตตร, 2548; Allegranzi, Nejad & Pittet, 2011; Erasmus et al., 2009; Suchitra & Lakshmi, 2007) เป็นต้น

การไม่ทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับการใส่ถุงมือ เนื่องจากเข้าใจว่าถุงมือสามารถป้องกันเชื้อจุลินทรีย์ปนเปื้อนบนมือ จึงใช้แทนการทำมาสะอาดมือ (Flores, 2006; Girou et al., 2004) การปฏิบัติดังกล่าวอาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อดังกล่าวที่พบว่าเป็นบุคลากรสุขภาพไม่ทำความสะอาดมือหลังถอดถุงมือระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทำให้การติดเชื้อ MRSA ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในช่วงที่มีการระบาดของโรคซาร์ (SARS) (Poutanen, Veamcombe, Mcgeer, Gardam, M., & Simor, 2005) และยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าบุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือน้อยมากหลังถอดถุงมือเมื่อทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย (Girou, 2004; Hayden, Blom, Lyle, Moore, & Weinstein, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสุขภาพใส่ถุงมือทำกิจกรรมต่อเนื่องกับผู้ป่วยโดยไม่เปลี่ยนถุงมือ และไม่

ทำความเข้าใจความสะอาดมือ (Flores, 2006; Girou, 2004; Hayden et al., 2008) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าถุงมือสะอาดมีการรั่วหลังใช้งานร้อยละ 38.2 และถุงมือปราศจากเชื้อมีการรั่วร้อยละ 9.3 (ทัศนีย์ ดันติมงคลวัฒน์, 2551) การที่บุคลากรสุขภาพไม่ทำความสะอาดมือก่อนและหลังสวมถุงมือจึงก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากเชื้อโรคสามารถแทรกตัวผ่านรอยร้าวของถุงมือ (Jamal & Wilkinson, 2003; Kaya Ugars, Sungur, Yilmaz, Korkmaz, & Cetinus 2012) นอกจากนี้มือของบุคลากรสุขภาพอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในระหว่างการถอดถุงมือหากถอดด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง (Lai, Guo, Or, & Li, 2011) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงต้องทำความสะอาดมือทั้งก่อนและหลังสวมถุงมือ (Flores, 2006) เพื่อลดเชื้อจุลินทรีย์บนมือและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

การพัฒนาให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องนั้น มีการศึกษาที่นำเอาหลายวิธีมาใช้เช่น การให้ความรู้ (Raskind, Worley, Vinski, & Goldfarb, 2007; Sjoberg & Eriksson, 2010) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Fuller et al., 2012) การใช้นวัตกรรมเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ส่งเสียงกระตุ้นให้ทำความสะอาดมือ (McGuckin, Toyle, Martin, Porten, & Salcido, 2004; Venkatesh, Lankford, Rooney, Blachford, Watts & Noskin, 2007) การใช้แอลกอฮอล์ (Magiorakos et al., 2010; Rupp et al., 2008) เป็นต้น ซึ่งพบว่าไม่ได้ผลมากนัก และการเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืน ดังผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การใช้วิธีในการพัฒนาเพียงวิธีเดียวกระตุ้นให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือเพิ่มสูงขึ้นไม่มาก และไม่ยั่งยืน ควรใช้หลายวิธีประกอบกัน (Magiorakos, Suetens & Boyd, 2009; Naikoba & Hayward, 2001) มีการศึกษาหลายรายงานใช้มากกว่า 1 วิธีในการพัฒนาและกระตุ้นให้บุคลากรทำความสะอาดมือ เช่น การให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์การทำความสะอาดมือ (Tromp et al., 2012) การให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการใช้แอลกอฮอล์ (Sohn, Eagan, & Sepkowitz, 2005) การให้ความรู้ การติดโปสเตอร์เตือน และการกำหนดนโยบาย (Camins & Fraser, 2005; Erasmus et al., 2011) การให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์เตือน การให้คู่มือ และการใช้แอลกอฮอล์ (Picheansathian, Pearson, & Sucaxaya, 2008) การติดโปสเตอร์เตือน การประชุมกลุ่มย่อย และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Pessoa-Silva et al., 2007) การให้ความรู้ การให้คู่มือ การให้แอลกอฮอล์ ให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์เตือน และการสนับสนุนอุปกรณ์ (รัชนิกร หาแก้ว, 2550; Allegranzi, Sax, Bengaly, Richet, Minta, & Chraiti, 2010) เป็นต้น ซึ่งพบว่าได้ผลมากขึ้นกว่าการใช้วิธีเดียว การวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนาการทำความสะอาดมือเพียงอย่างเดียว แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติให้ถูกต้องในเรื่องการใช้ถุงมือไปพร้อม ๆ กับการทำความสะอาดมือ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องที่บุคลากรสุขภาพใช้ถุงมือแทนการทำความสะอาดมือนี้อย่างถูกต้อง

ในปี 2009 องค์การอนามัยโลกได้สรุปบทเรียนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทำเป็นแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดมือ และได้เสนอแนะกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาการทำความสะอาดมือ (multimodal hand hygiene improvement strategies) ประกอบด้วย การเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือเป็นเรื่องง่าย และสะดวก โดยการจัดขวดใส่แอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ สนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดมือให้เพียงพอ และการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่งเสียงเตือน การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนการดูแลผิวหนังที่มือ การสังเกตและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนในที่ทำงาน และการสร้างบรรยากาศการทำงาน โดยการให้รางวัล และสนับสนุนให้บุคลากรสุขภาพมีส่วนร่วม (WHO, 2009) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มี การนำเอากลยุทธ์แบบหลายวิธีดังกล่าวมาใช้ ในบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยในการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพ โดยใช้แนวคิดกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก เพื่อทดสอบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย โดยศึกษาในโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่ยังพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ของผู้วิจัย เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2552 โดยการสังเกตการทำมือของบุคลากรสุขภาพพบว่า บุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติตามการทำความสะอาดมือไม่ถูกต้องทุกครั้ง บางครั้งทำความสะอาดไม่ครบตามขั้นตอน และใช้เวลาในการทำความสะอาดน้อยกว่า 15 วินาที โดยที่โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี ยังไม่เคยมีการอบรมให้ความรู้และรณรงค์เรื่องการทำมืออย่างจริงจังมาก่อน (บุญธิดา เมฆฉาย, ติดต่อกับเป็นการส่วนตัว, 21 กันยายน 2552) ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องการสนับสนุนให้มีการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพให้ถูกต้องมากขึ้น การวิจัยนี้จึงศึกษาผลของกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาดังกล่าวประกอบด้วย การเปลี่ยนระบบให้การทำมือเป็นเรื่องง่ายและสะดวก การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนการดูแลผิวหนังที่มือ การสังเกตและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์เตือน และการสร้างบรรยากาศการทำงาน ต่อความรู้ และการปฏิบัติตามการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี

ในปี 2009 องค์การอนามัยโลกได้สรุปบทเรียนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทำเป็นแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดมือ และได้เสนอแนะกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาการทำความสะอาดมือ (multimodal hand hygiene improvement strategies) ประกอบด้วย การเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือเป็นเรื่องง่าย และสะดวก โดยการจัดขวดใส่แอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ สนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดมือให้เพียงพอ และการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่งเสียงเตือน การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนการดูแลผิวหนังที่มือ การสังเกตและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนในที่ทำงาน และการสร้างบรรยากาศการทำงาน โดยการให้รางวัล และสนับสนุนให้บุคลากรสุขภาพมีส่วนร่วม

(WHO, 2009) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีให้นำเอากลยุทธ์แบบหลายวิธีดังกล่าวมาใช้ ในบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยในการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพ โดยใช้แนวคิดกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก เพื่อทดสอบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย โดยศึกษาในโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมีจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่ยังพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2552 โดยการสังเกตการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพพบว่า บุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติกรทำความสะอาดมือไม่ถูกต้องทุกครั้ง บางครั้งทำความสะอาดไม่ครบตามขั้นตอน และใช้เวลาในการทำความสะอาดมือน้อยกว่า 15 วินาที โดยที่โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี ยังไม่เคยมีการอบรมให้ความรู้และรณรงค์เรื่องการทำความสะอาดมืออย่างจริงจังมาก่อน (บุญธิดา เหมฉาย, ติดต่อเป็นการส่วนตัว, 21 กันยายน 2552) ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องการสนับสนุนให้มีการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพให้ถูกต้องมากขึ้น การวิจัยนี้จึงศึกษาผลของกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาดังกล่าวประกอบด้วย การเปลี่ยนระบบให้กรทำความสะอาดมือเป็นเรื่องง่ายและสะดวก การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนการดูแลผิวหนังที่มือ การสังเกตและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์เตือน และการสร้างบรรยากาศการทำงาน ต่อความรู้ และการปฏิบัติการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพระหว่างก่อนและหลังได้รับกลยุทธ์ในแบบหลายวิธี
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพระหว่างก่อนและหลังได้รับกลยุทธ์แบบหลายวิธี
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาการทำความสะอาดมือ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพหลังได้รับกลยุทธ์แบบหลายวิธี สูงกว่าก่อนได้รับกลยุทธ์แบบหลายวิธี
2. สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพหลังได้รับกลยุทธ์แบบหลายวิธีเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับกลยุทธ์แบบหลายวิธี

นิยามศัพท์

กลยุทธ์แบบหลายวิธี ในการพัฒนาการทำความสะอาดมือ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมมากกว่า 2 อย่าง ที่ใช้ในการทำให้บุคลากรสุขภาพเกิดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ ซึ่งการวิจัยนี้ใช้แนวคิดจากบทสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดมือขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) โดยใช้หลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การเปลี่ยนระบบทำให้การทำความสะอาดมือเป็นเรื่องที่ง่ายและสะดวก การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนการดูแลผิวหนังที่มือ การสังเกตและให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนในที่ทำงาน และการสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีความตระหนักในการทำความสะอาดมือ

ความรู้เรื่องการทำมาสะอาดมือ หมายถึง สิ่งที่บุคลากรสุขภาพได้รับรู้ เข้าใจ จำได้จากการศึกษาเล่าเรียนในเรื่องการทำความสะอาดมือ เกี่ยวกับการปนเปื้อนของเชื้อโรคบนมือ การแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านมือของบุคลากรสุขภาพ ข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ ประสิทธิภาพของการทำความสะอาดมือ และวิธีการทำความสะอาดมือจนเกิดความเข้าใจจนสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติการทำมาสะอาดมือที่ถูกต้อง การวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้ที่ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ที่พัฒนาโดยวิลาวันย์ พิเชียรเสถียร และคณะ (2552)

การปฏิบัติการทำความสะอาดมือ หมายถึง การขจัดสิ่งสกปรก และเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือตามแนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ตามข้อบ่งชี้ 5 ประการ (five moments) คือ ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย ก่อนการทำการกิจกรรมสะอาดให้กับผู้ป่วย หลังสัมผัสเลือด สิ่งคัดหลั่ง หรือสิ่งขับถ่าย หลังสัมผัสกับผู้ป่วย และหลังสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงการทำมาสะอาดมือก่อนและหลังสวมถุงมือ โดยการล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ และการถูมือด้วยแอลกอฮอล์ โดยฟอกมือให้ทั่วด้วยวิธีการถูแบบ 7 ขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 20 วินาที ล้างสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อออกให้หมดด้วยน้ำสะอาด เช็ดมือให้แห้งด้วยกระดาษหรือผ้าเช็ดมือที่แห้งและสะอาด หรือ ทำมาสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ กรณีที่มือไม่เปื้อนสิ่งสกปรก เลือด หรือสารคัดหลั่ง

อย่างเห็นได้ชัดเจน โดยใช้แอลกอฮอล์ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ถูแอลกอฮอล์ให้ทั่วฝ่ามือ หลังมือ นิ้วมือ
ง่ามนิ้วมือ และรอบข้อมือเช่นเดียวกับการล้างมือด้วยน้ำแล้ว รอให้แอลกอฮอล์ระเหยจนแห้งใช้เวลา
ประมาณ 20-30 วินาที ประเมินโดยการสังเกต และบันทึกในแบบสังเกตการปฏิบัติการทำความสะอาด
มือ ที่ดัดแปลงจากแบบสังเกตที่พัฒนาโดยวิลาวณีย์ พิเชียรเสถียร และคณะ (2552)

บุคลากรสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานในการดูแลรักษาและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี

ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงทัศนะ ความรู้สึกริ่กคิขของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล
พยาบาลสถานพระบารมีที่มีต่อกลยุทธ์การพัฒนาการทำความสะอาดมือแบบหลายวิธีประเมิน โดยใช้
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น



CHIANG MAI UNIVERSITY 1964

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved