การดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของรัฐ

Implementation of Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategies in Government Hospitals

กัญญาณัฐ พยัคฆ์* Kunyanut Payuk*

วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร** Wilawan Picheansathian**

นงค์คราญ วิเศษกุล*** Nongkran Viseskul***

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพ เพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธี อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือของโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งระดับมหาวิทยาลัย ระดับศูนย์และทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือจำนวน 59 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการประเมินตนเองในการทำความสะอาดมือขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน คือ การเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือ การอบรมและให้ความรู้ การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนในที่ทำงาน และการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย ซึ่งผ่านการแปลย้อนกลับและทดสอบแบบวัดซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 และแบบสอบถามอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการจัดกลุ่มคำตอบ

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 61.02 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.03 และ 16.95 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ร้อยละ 50 ดำเนินการได้ในระดับสูง ส่วนโรงพยาบาลระดับศูนย์และทั่วไปส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 57.14 และ 67.57 ตามลำดับ ดำเนินการได้ในระดับปานกลาง การดำเนินกลยุทธ์ด้านการเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือทำได้ดีที่สุดโดยมีคะแนนมัธยฐาน 90 คะแนน รองลงมา ได้แก่ ด้านการเตือนในที่ทำงาน การอบรมและให้ความรู้ การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับและการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการทำงาน คิดเป็นคะแนนมัธยฐาน 72.50, 60.00, 60.00 และ 50.00 คะแนน ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกโรงพยาบาลมีอุปสรรคในการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือโดยมีอุปสรรคด้านบุคลากรมากที่สุด ได้แก่ ขาดความตระหนักและภาระงานมาก รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ไม่มีบทลงโทษและการติดตามนิเทศ ด้านอุปกรณ์สนับสนุน ได้แก่

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี*

* *Professional Nurse, Chophayaabhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province, nuch_ic22@hotmail.com*

** *รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

ผ้าหรือกระดาษเช็ดมือไม่เพียงพอ และด้านงบประมาณ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกโรงพยาบาลต้องการสิ่งสนับสนุนโดยต้องการการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์มากที่สุด ได้แก่ ผ้าหรือกระดาษเช็ดมือและแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ รองลงมา คือ การสนับสนุนจากบุคลากร ได้แก่ การติดตามนิเทศ การมีตัวแบบที่ดี และด้านการบริหารจัดการ ตามลำดับ

ผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลของรัฐควรพัฒนาการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลให้ดีกว่านี้ โดยแก้ไขอุปสรรคและสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลลง

คำสำคัญ: การดำเนินการกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ โรงพยาบาลของรัฐ

Abstract

The World Health Organization (WHO) has developed multimodal hand hygiene improvement strategies to support hospitals to improve hand hygiene among health care workers to reduce hospital-acquired infection. This descriptive research aimed to study the implementation of these multimodal strategies, obstacles, and supports to promote hand hygiene in government hospitals, including university hospitals, regional hospitals, and general hospitals. The participants were 59 infection control nurses who implement multimodal hand hygiene improvement strategies. The data collection instrument was the Hand Hygiene Self-Assessment Framework questionnaire developed by the WHO. The questionnaire consisted of five key components including: system change for hand hygiene, training and education, evaluation and feedback, reminders in the workplace, and promotion of an institutional safety climate. This instrument was back translated and tested by test-retest. The reliability of the questionnaire was 0.98. The questionnaire also asked about obstacles and support. Data were analyzed by using descriptive statistics and by grouping answers.

The results showed that most of the participants (61.02%) implemented multimodal hand hygiene improvement strategies at an intermediate level, followed by basic and advanced levels (22.03% and 16.95%, respectively). Fifty percent of the university hospitals had an advanced level of implementation. Most of the regional hospitals and the general hospitals (57.14% and 67.57%, respectively) had an intermediate level. The highest score for key component implementation was the system change for hand hygiene (median score, 90.00), followed by reminders in the workplace, training and education, evaluation and feedback and institutional safety climate for hand hygiene, respectively (median score, 72.50, 60.00, 60.00 and 50.00). All participants encountered obstacles when implementing hand hygiene improvement programs. Personnel were the first obstacle (e.g. lack of awareness and workload), followed by management (e.g. no punishment and monitoring supervision), facilitative

equipment (e.g. insufficient towels or papers) and budget, respectively. All of the participants needed support. The largest need was environment and equipment support (e.g. towels or papers and alcohol-based hand sanitizer), followed by support from staff (e.g. monitoring supervision, good role models) and management, respectively.

The findings of this study suggest that the government hospitals should improve implementation of multimodal hand hygiene strategies by addressing obstacles and supporting efforts to promote hand hygiene and reduce hospital-acquired infection.

Keywords: Implementation, Multimodal Improvement Strategies, Hand Hygiene, Government

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพต้องใช้มือในการสัมผัสจับต้องตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทำให้มือของบุคลากรสุขภาพมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ เช่น เชื้อ *Staphylococcus aureus* (Rocha, Ribas, da Costa Darini, & Gontijo Filho, 2013) และเชื้อ Vancomycin-resistant *Enterococci* [VRE] (Hayden, Blom, Lyle, Moore, & Weinstein, 2008) การปนเปื้อนดังกล่าวอาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อผ่านมือสู่อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วย เช่น ราวกั้นเตียง โต๊ะคร่อมเตียง ลูกบิดประตู และหูฟังของแพทย์ (Longtin et al., 2014) เป็นต้น เมื่อบุคลากรสุขภาพใช้มือสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อจุลชีพแล้วไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วยรายต่อไปจึงอาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อได้ การทำความสะอาดมือเป็นมาตรการที่สำคัญในการขจัดสิ่งสกปรกและเชื้อจุลชีพออกจากมือของบุคลากรสุขภาพ เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Chhapola & Brar, 2014) และช่วยลดการแพร่ กระจายเชื้อดื้อยา เช่น เชื้อสแตฟฟิลโลคอคคัส ออเรียสที่ดื้อต่อยาเมทิซิลลิน (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* [MRSA]) (World Health Organization [WHO], 2014) ในปี พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุข ได้เข้าร่วมกับองค์การอนามัยโลกในโครงการการบริการปลอดภัย ใส่ใจความสะอาด (Ministry of Public Health, 2007) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพและข้อบ่งชี้การทำความสะอาดมือ 5 ประการ (five moments for hand hygiene) ได้แก่ ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย ก่อนทำกิจกรรมสะอาดหรือปราศจากเชื้อ หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสตัวผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (WHO, 2009a) อย่างไรก็ตามจากผลการทบทวนงานวิจัยหลายรายงานทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือต่ำกว่าร้อยละ 50 (Chhapola & Brar, 2014; Erasmus et al., 2010; Vatanagul et al., 2011)

ในปี ค.ศ. 2009 องค์การอนามัยโลกได้สรุปบทเรียนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทำเป็นข้อเสนอแนะกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ (multimodal hand hygiene improvement strategy) ประกอบด้วย การเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือ การอบรมและให้ความรู้ การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนในที่ทำงาน และการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการทำงาน (WHO, 2009b) ซึ่งเมื่อมีการใช้กลยุทธ์หลายวิธีดังกล่าวทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าทำให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0-51.00 เป็นร้อยละ 57.36–81.13 (Mathai et al., 2011; Mikey, 2013) แสดงว่ากลยุทธ์หลายวิธีนี้สามารถส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือถูกต้องเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ติดตามการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการ

ส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของประเทศต่างๆ โดยพัฒนาวิธีการประเมินการดำเนินกลยุทธ์ขึ้น เรียกว่า แบบการประเมินตนเองในการทำความสะอาดมือ (Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 [HHSAF]) โดยกำหนดให้ประเมินเครื่องมือและกิจกรรมที่ดำเนินการในกลยุทธ์ทั้ง 5 ด้าน (WHO, 2010) การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพบว่าใช้ได้ง่ายและมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .75 และรายด้านเท่ากับ .54-.86 (Stewardson, Allegranzi, Perneger, Attar, & Pittet, 2013) เมื่อนำไปประเมินความก้าวหน้าการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาล 807 แห่ง ใน 91 ประเทศ พบว่าผลรวมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 335.1 คะแนน เป็น 373.0 คะแนน โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในการดำเนินกลยุทธ์เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 87.5 อยู่ในระดับปานกลางและสูง (WHO, 2016) จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงว่าโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการพัฒนาการทำความสะอาดมือได้ดีเท่าที่ควร

ประเทศไทยมีการรณรงค์การทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 แต่ก็ยังมีรายงานว่าการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 50 (Hakaew, Picheansathian, & Boonchuang, 2007; Vatanagul et al., 2011) และยังไม่พบการนำแบบประเมิน HHSAF 2010 มาใช้ในการประเมินการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ รวมทั้งศึกษาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของรัฐ โดยใช้เครื่องมือประเมิน HHSAF 2010 ขององค์การอนามัยโลกผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไข และสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้การทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพมีประสิทธิผลมากขึ้น นำไปสู่การลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือโดยรวมและรายด้านในโรงพยาบาลของรัฐ

2. เพื่อศึกษาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของรัฐ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดจากบทสรุปองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งกำหนดให้ดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีประกอบกัน ในการกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น และติดตามการประเมินการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก คือ แบบการประเมินตนเองในการทำความสะอาดมือ (HHSAF 2010) ซึ่งกำหนดให้ประเมินเครื่องมือและกิจกรรมที่ดำเนินกลยุทธ์หลายวิธี ในเรื่อง 1) การเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือ 2) การอบรมและให้ความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การเตือนในที่ทำงาน 5) การสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือนี้อาจมีอุปสรรคในด้านบุคลากร อุปกรณ์สนับสนุน การบริหารจัดการและงบประมาณ รวมทั้งมีสิ่งสนับสนุนในด้านการบริหารจัดการ บุคลากร สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัย ระดับศูนย์ และทั่วไป ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของรัฐที่รับผิดชอบดำเนินกลยุทธ์หลายวิธี

ในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 21 คน โรงพยาบาลศูนย์ 28 คน โรงพยาบาลทั่วไป 68 คน รวม 117 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ตัวแทนพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของรัฐที่รับผิดชอบดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลแห่งละ 1 คน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย หากโรงพยาบาลมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่รับผิดชอบดำเนินกลยุทธ์หลายคนให้พยาบาลหัวหน้างานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นผู้เลือกคนที่รับผิดชอบมากที่สุดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ (Yamane, 1973) จากประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 117 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 52 คน เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์ที่คาดว่าจะมีการส่งกลับคืน ร้อยละ 80 จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มแทนการสูญหาย (drop out) อีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการส่งแบบสอบถามเท่ากับ 65 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นตามระดับของโรงพยาบาล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละชั้น ได้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 12 คน โรงพยาบาลศูนย์ 15 คน โรงพยาบาลทั่วไป 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแต่ละชั้นด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาลแบบแทนที่ (sampling replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการประเมินตนเองในการทำความสะอาดมือ ประกอบด้วย คำถามปลายปิดและปลายเปิด แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินตนเองในการทำความสะอาดมือ ใช้แบบประเมิน Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 ของ WHO มีข้อคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือและกิจกรรมในการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ 5 ด้าน ข้อคำถาม 27 ข้อ ลักษณะคำถามให้ตอบ “ใช่/ไม่ใช่”หรือ “มี/ไม่มี” หรือเลือกตอบ แต่ละข้อคำตอบมีคะแนนตั้งแต่ 0-50 คะแนน กลยุทธ์แต่ละด้านมีคะแนนรวมเท่ากับ 100 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 500 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การใช้แอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ สัดส่วนอ่างล้างมือต่อจำนวนเตียง การมีน้ำสะอาดใช้และไหลต่อเนื่อง การมีสบู่ใช้แต่ละอ่างล้างมือ การมีผ้าเช็ดมือแบบใช้ครั้งเดียว และการมีงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์การทำความสะอาดมือ

3.2 การอบรมและให้ความรู้ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ แหล่งความรู้ที่ให้กับบุคลากรสุขภาพ การมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญทำหน้าที่เป็นผู้ให้การอบรม การมีระบบการอบรมและตรวจสอบความเที่ยงตรงของผู้สังเกตการทำความสะอาดมือ การกำหนดงบประมาณ

3.3 การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การสำรวจโครงสร้างภายในของหอผู้ป่วย การประเมินความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้และวิธีการทำความสะอาดมือ การประเมินการทำความสะอาดมือทางตรงและทางอ้อม การให้ข้อมูลย้อนกลับ

3.4 การเตือนในที่ทำงาน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การติดโปสเตอร์เตือน การตรวจสอบความเสียหายของโปสเตอร์ การส่งเสริมโดยติดโปสเตอร์อื่นที่ทันสมัย การมีแผ่นพับให้ข้อมูล การกระตุ้นเตือนด้วยวิธีอื่น

3.5 การสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การมีทีมส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ผู้นำมีความมุ่งมั่น การมีแผนงาน การค้นหาผู้นำการทำความสะอาดมือ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือของผู้ป่วย การส่งเสริมการทำความสะอาดมืออย่างต่อเนื่อง

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนทั้งหมดและแบ่งระดับการ

ดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาล ได้ดังนี้

0 - 125 คะแนน หมายถึง การดำเนินกลยุทธ์อยู่ในระดับไม่ดีพอ

126 - 250 คะแนน หมายถึง การดำเนินกลยุทธ์อยู่ในระดับพื้นฐาน

251 - 375 คะแนน หมายถึง การดำเนินกลยุทธ์อยู่ในระดับปานกลาง

376 - 500 คะแนน หมายถึง การดำเนินกลยุทธ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 อุปสรรคในการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคด้านบุคลากร อุปกรณ์สนับสนุน การบริหารจัดการ และงบประมาณ โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 5 สิ่งสนับสนุนการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุน ด้านการบริหารจัดการ บุคลากร สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด-

แบบสอบถามส่วนที่ 1, 2, 4 และ 5 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง 5 คน พบว่ามีความชัดเจนของข้อคำถามและการเลือกคำตอบ แบบสอบถามในส่วนที่ 3 ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้วจากองค์การอนามัยโลก มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .75 และรายด้านเท่ากับ .54 - .86 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test -retest method) กับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียรสัน (pearson correlation coefficient) เท่ากับ.98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงร่างการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 65 แห่ง โดยส่งโครงการเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจำนวน 27 แห่ง หลังจากได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่ได้เป็นความลับและใช้ในการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลถูกวิเคราะห์และรายงานในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 65 แห่ง เพื่อเชิญเข้าร่วมการวิจัย

2. หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อไปยังพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์หรือติดต่อด้วยตนเอง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยแนบเอกสารประกอบด้วยคำชี้แจงทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามรวมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม ซองเอกสารติดแสตมป์โดยจ่าหน้าซองถึงผู้วิจัย และขอให้ส่งแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์

4. ภายหลังส่งแบบสอบถามครบ 6 เดือน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 59 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ

90.8 ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 8 ฉบับ โรงพยาบาลศูนย์ 14 ฉบับ และโรงพยาบาลทั่วไป 37 ฉบับขาดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 4 ฉบับ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อย่างละ 1 ฉบับ

5. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแต่ละคำถาม แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และจัดกลุ่มคำตอบ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47.56 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโทจากสาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อมากที่สุด ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย12.41 ปี กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยเข้าร่วมประชุม/อบรมเกี่ยวกับวิธีดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ

กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล 37 แห่ง (ร้อยละ 62.71) เป็นโรงพยาบาลทั่วไป รองลงมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 14 แห่ง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.73 และ 13.56 ตามลำดับ และมีนโยบายการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 83.05 โดยโรงพยาบาลทุกแห่งมีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่มีเพียงร้อยละ 55.93 ที่มีคณะกรรมการดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ทั้งนี้โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีนโยบายการดำเนินกลยุทธ์ คิดเป็นร้อยละ 92.86 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ 78.38 ตามลำดับ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทุกแห่งมีคณะกรรมการดำเนินกลยุทธ์ แต่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีคณะกรรมการดำเนินกลยุทธ์ เพียงร้อยละ 71.43 และ 40.54 ตามลำดับ

การดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 315.17 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.02 มีการดำเนินกลยุทธ์ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับพื้นฐานและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.03 และ 16.95 ตามลำดับ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 50 มีการดำเนินกลยุทธ์ในระดับสูง ส่วนโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 57.14 และ 67.57 ตามลำดับ ดำเนินกลยุทธ์ในระดับปานกลาง โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนิน กลยุทธ์ด้านการเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือดีที่สุด คือ มีค่ามัธยฐาน 90 คะแนนรองลงมา คือ การเตือนในที่ทำงาน การอบรมและให้ความรู้ การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับและการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการทำงาน มีค่ามัธยฐาน 72.50, 60.00, 60.00 และ 50.00 ตามลำดับ

การดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ด้านการเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่าง เพียงร้อยละ 52.54 ที่มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือใช้ทั่วโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและวางบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกจุด และร้อยละ 30.51 มีสัดส่วนอ่างล้างมือต่อจำนวนเตียงอย่างน้อย 1:10 ทั่วโรงพยาบาล และ 1:1 ในห้องแยกและหอผู้ป่วยวิกฤติ ด้านการอบรมและให้ความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพได้รับการอบรมตั้งแต่เริ่มเข้าปฏิบัติงานและต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีและมีการอบรมและตรวจสอบความเที่ยงตรงของผู้สังเกตการทำความสะอาดมือ เพียงร้อยละ 49.16 และ 42.37 ตามลำดับ และมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการอบรม ร้อยละ 64.41 ด้านการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสังเกตการทำความสะอาดมือทุก 3 เดือน และประเมินการใช้สบู่และแอลกอฮอล์ อย่างน้อยทุก 3 เดือน เพียงร้อยละ 16.95, 30.51 และ 42.37 ตามลำดับ และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับทันที คิดเป็นร้อยละ 67.80 ด้านการเตือนในที่ทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างติดโปสเตอร์การใช้แอลกอฮอล์ ข้อบ่งชี้ และวิธีการทำความสะอาดมือบริเวณหอผู้ป่วยและบริเวณให้การรักษาทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 32.20, 44.07 และ 67.80 ตามลำดับ ด้านการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการทำงาน

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.58 ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้การสนับสนุนการทำความสะอาดมือ แต่มีการจัดตั้งทีม ประชุมทีมสม่ำเสมอ กำหนดผู้นำ และมีตัวแบบที่ดี เพียงร้อยละ 47.46, 20.34, 28.81 และ 25.42 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือด้านบุคลากร ในเรื่องบุคลากรสุขภาพขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.75 รองลงมา คือ มีภาระงานมาก และขาดความร่วมมือในการทำความสะอาดมือ คิดเป็นร้อยละ 81.36 และ 77.97 ตามลำดับ โดยแพทย์เป็นบุคลากรที่ขาดความร่วมมือในการทำความสะอาดมือมากที่สุด พบร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างพบอุปสรรคด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 96.61 ไม่มีบทลงโทษพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.70 รองลงมา คือ การนิเทศจากผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบและไม่มีตัวแบบที่ดี คิดเป็นร้อยละ 57.89 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.66 มีอุปสรรคด้านอุปกรณ์สนับสนุน โดยที่ผ้าหรือกระดาษเช็ดมือไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.96 รองลงมา คือ อ่างล้างมือไม่เพียงพอและเหมาะสม และก๊อกน้ำไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 63.83 และ 46.81 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.71 มีอุปสรรคด้านงบประมาณสำหรับการอบรม และการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการทำความสะอาดมือ

กลุ่มตัวอย่างทุกแห่งต้องการสิ่งสนับสนุนการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ด้านสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ โดยร้อยละ 89.83 ต้องการอุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอ โดยต้องการกระดาษและผ้าเช็ดมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.36 รองลงมา คือ แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือและอ่างล้างมือ คิดเป็นร้อยละ 73.58 และ 62.26 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.61 ต้องการการสนับสนุนจากบุคลากร โดยต้องการให้มีการติดตามนิเทศของผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.68 รองลงมา คือ การมีตัวแบบที่ดี และการมีบุคลากรสุขภาพรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.92 ต้องการสิ่งสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ โดยร้อยละ 85.71 ต้องการให้มีการดำเนินกลยุทธ์ส่งเสริมทำความสะอาดมืออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รองลงมาคือ การจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ และกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร คิดเป็นร้อยละ 83.93 และ 53.57 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.02) สอดคล้องกับการสำรวจขององค์การอนามัยโลกกับโรงพยาบาลทั่วโลก 2,119 แห่ง ในปี ค.ศ. 2011 (WHO, 2011) และปีค.ศ. 2016 (WHO, 2016) ที่พบเช่นกันว่าโรงพยาบาลต่างๆ ดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือได้ในระดับปานกลาง แสดงว่าภายหลังการประเมินในปี ค.ศ. 2011 โรงพยาบาลต่างๆ มีการพัฒนาไม่ดีขึ้น แต่ต่างจากของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาดำเนินการได้ในระดับสูงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการดำเนินการที่ดีแล้ว และเข้าร่วมโครงการรณรงค์การทำความสะอาดมือในระดับชาติและโครงการรักษาชีวิต: ทำความสะอาดมือ (SAVE LIVES: Clean Your Hands) ขององค์การอนามัยโลก Allegranzi et al. (2014) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคณะกรรมการที่รับผิดชอบในการดำเนินงานนี้เพียงร้อยละ 55.93 รวมทั้งบุคลากรขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดมือ ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ ขาดงบประมาณ และขาดการติดตามนิเทศของผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบดำเนินการด้านนี้ อย่างไรก็ตามการดำเนินกลยุทธ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 50 อยู่ในระดับสูง ซึ่งดำเนินการได้ดีกว่าโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปที่ดำเนินการได้ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 57.14 และ 67.57 ตามลำดับ นอกจากนี้โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยยังดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ของกลยุทธ์ 4 ใน 5 ด้าน สูงกว่าโรงพยาบาลระดับศูนย์ และทั่วไป ยกเว้นด้านการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับที่โรงพยาบาลระดับศูนย์ทำได้ดีกว่า (ตารางที่ 1) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 87.50 มีนโยบายที่ชัดเจนและโรงพยาบาลทุก

แห่งมีคณะกรรมการรับผิดชอบและได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปแม้จะมีนโยบาย คือ ร้อยละ 92.86 และ 78.38 แต่มีคณะกรรมการรับผิดชอบเพียงร้อยละ 71.43 และ 40.54 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมด้านการเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือได้สูงสุด โดยมีคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 90.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างดำเนินการได้ดี ในเรื่อง การมีน้ำสะอาดใช้และไหลต่อเนื่อง การมีสบู่ใช้ในแต่ละอ่างล้างมือ และการมีผ้าเช็ดมือแบบใช้ครั้งเดียว อย่างไรก็ตามบุคลากรสุขภาพมีการใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมืออย่างต่อเนื่องและวางบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกจุด และมีสัดส่วนอ่างล้างมือต่อจำนวนเตียงอย่างน้อย 1:10 ทั่วโรงพยาบาลและ 1:1 ในห้องแยกและหอผู้ป่วยวิกฤติ เพียงร้อยละ 52.54 และ 30.51 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาดมือ เนื่องจากการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เข้าถึงการทำความสะอาดมือได้ง่ายและสะดวก เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือ (Smiddy, O'Connell, & Creedon, 2015) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะในการเปลี่ยนระบบการทำความสะอาดมือกำหนดให้สนับสนุนการใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทั่วทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องทำกิจกรรมเร่งรีบและต่อเนื่อง และเพิ่มอุปกรณ์สนับสนุนการทำความสะอาดมือ เช่น สบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ ผ้าหรือกระดาษเช็ดมือ อ่างล้างมือให้มีใช้อย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น (WHO, 2009b) สอดคล้องกับงานวิจัยหลายรายงานที่พบว่า การสนับสนุนการใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ (Picheansathian, 2004) และการสนับสนุนอุปกรณ์การทำความสะอาดมือ (Mathai et al., 2011) กระตุ้นให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น

การดำเนินงานด้านการอบรมและให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน เท่ากับ 60.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีบุคลากรได้รับการอบรมตามที่กำหนดไว้ตั้งแต่เข้าปฏิบัติงานและต่อเนื่องทุกปีและมีการอบรมและตรวจสอบความเที่ยงตรงของการสังเกต เพียงร้อยละ 49.16และ 42.37 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดในด้านนี้ไม่ดีเท่าที่ควร อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการอบรม เพียงร้อยละ 64.41 ซึ่งการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือควรมีการอบรมเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ดังที่มีการศึกษาพบว่าการอบรมและให้ความรู้บุคลากรเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น (Picheansathian et al., 2009) และการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตผู้สังเกตจะต้องมีทักษะและประสบการณ์ เพราะอาจทำให้เกิดอคติในการสังเกต ดังนั้นผู้สังเกตจึงควรได้รับการฝึกอบรมและตรวจสอบความเที่ยงตรงก่อนเก็บข้อมูลจริง

การดำเนินงานด้านการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน เท่ากับ 60.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินการใช้แอลกอฮอล์ สบู่ และสังเกตการปฏิบัติการทำความสะอาดมือเป็นประจำ อย่างน้อยทุก 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.37, 30.51 และ 16.95 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีการให้ข้อมูลย้อนกลับทันที เพียงร้อยละ 67.80 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินกิจกรรมตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009b) ได้แนะนำค่อนข้างน้อยทำให้มีข้อมูลนำไปวิเคราะห์และตรวจสอบความก้าวหน้าของการดำเนินงานน้อย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการกระตุ้นให้บุคลากรเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งนี้การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรควรให้ทันทีและบ่อยๆ จึงจะทำให้เกิดแรงจูงใจและเกิดความตระหนักในระดับสูง (Van Fleet & Peterson, 1994) ดังที่มีการศึกษาใช้การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรทำความสะอาดมือ ซึ่งพบว่าทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น (Walker et al., 2013)

การดำเนินงานด้านการเตือนในที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 72.50 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการติดโปสเตอร์วิธีการทำความสะอาดมือ ข้อบ่งชี้การทำความ

สะอาดมือ และการใช้แอลกอฮอล์บริเวณหอผู้ป่วยและบริเวณให้การรักษาทั้งหมด เพียงร้อยละ 67.80, 44.07 และ 32.20 ตามลำดับ กิจกรรมการเตือนเป็นวิธีที่ช่วยกระตุ้นเตือนให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือ ดังที่มีการศึกษาพบว่า การเตือนโดยใช้โปสเตอร์เตือนและการใช้เสียงเตือน มีผลทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเตือนโดยใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ แผ่นพับ สติ๊กเกอร์ คำขวัญ (WHO, 2009b) และภาพบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ (Mahfouz et al., 2014) แต่กลุ่มตัวอย่างยังมีการใช้สื่อเหล่านี้ เพียงร้อยละ 61.02

การดำเนินงานด้านการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐาน 50.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมด้านนี้ได้น้อยที่สุด โดยพบว่าผู้อำนวยการของโรงพยาบาลมีการสนับสนุนการทำความสะอาดมือเพียงร้อยละ 74.58 และมีการจัดตั้งและประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 47.46 และ 20.34 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรทำความสะอาดมือ Pooprasertwong et al. (2015) โดยมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมรณรงค์และตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมรับผิดชอบในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ซึ่งจะทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นและมีความยั่งยืน (Chen et al., 2016) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดผู้นำการทำความสะอาดมือและยอมรับการมีตัวแบบที่ดี เพียงร้อยละ 28.81 และ 25.42 ตามลำดับ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า การประกวดผู้นำการทำความสะอาดมือและการมีตัวแบบที่ดี Costers et al. (2012) สามารถกระตุ้นให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น

กลุ่มตัวอย่างทุกคนพบอุปสรรคด้านบุคลากรในการดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาล โดยพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.75 รองลงมา คือ มีภาระงานมาก และขาดความร่วมมือในการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 81.36 และ 77.97 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายรายงานที่พบว่า สาเหตุที่ทำให้บุคลากรสุขภาพไม่ทำความสะอาดมือเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การไม่ตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการทำความสะอาดมือ รีบเร่ง ภาระงานมาก (Hakaew et al, 2007) และประเภทของบุคลากรสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ โดยที่แพทย์ขาดความร่วมมือมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา (Erasmus et al., 2010; Mahfouz et al., 2014) อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือนั้น อาจเนื่องมาจากยังดำเนินการน้อยในเรื่องการฝึกอบรมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพตามที่กำหนดไว้ตั้งแต่เริ่มเข้าปฏิบัติงานและต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ดำเนินการเพียงร้อยละ 49.16 กลุ่มตัวอย่างพบอุปสรรคด้านการบริหารจัดการในเรื่องไม่มีบทลงโทษมากที่สุด รองลงมาคือ ขาดการติดตามนิเทศจากผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบ และขาดตัวแบบที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สาเหตุที่ทำให้บุคลากรไม่ทำความสะอาดมือ ได้แก่ ไม่มีการลงโทษ ไม่มีการส่งเสริมการทำความสะอาดมือ (Hakaew et al., 2007) ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและขาดตัวแบบที่ดีจากเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน (Suchita & Lakshmi Devi, 2007) ทั้งนี้การกำหนดนโยบายเรื่องการทำความสะอาดมือให้เป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมองค์กรสนับสนุนการทำความสะอาดมือ เป็นมาตรการที่ช่วยกระตุ้นให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น ถ้ามีการบริหารจัดการไม่ดี อาจเป็นปัจจัยทำให้บุคลากรไม่ทำความสะอาดมือได้ (Pittet, 2000)

กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคด้านอุปกรณ์สนับสนุน ได้แก่ ผ้าหรือกระดาษเช็ดมือไม่เพียงพอและเหมาะสม และอ่างล้างมือไม่เพียงพอ มีการใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทั่วโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและวางบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกจุดเพียงร้อยละ 52.54 ทั้งนี้การมีอุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น หากหน่วยงานขาดอุปกรณ์สนับสนุนดังกล่าว อาจทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือลดลง (Pittet, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สาเหตุหนึ่งที่บุคลากรไม่ทำความสะอาด

มือเกิดจากอุปกรณ์ล้างมือไม่เพียงพอ เช่น ผ้าหรือกระดาษเช็ดมือ อ่างล้างมืออยู่ไกล และมีแอลกอฮอล์ใช้ไม่ต่อเนื่อง (Allegranzi et al., 2011) กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในเรื่อง การขาดงบประมาณทำให้การดำเนินการส่งเสริมการทำความสะอาดมือไม่ได้ดีเท่าที่ควร โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการอบรมการทำความสะอาดมือเพียงร้อยละ 64.41 เนื่องจากการจัดซื้ออุปกรณ์สนับสนุนการทำความสะอาดมือรวมทั้งการจัดกิจกรรมรณรงค์ต้องมีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและต่อเนื่องจึงจะทำให้การดำเนินกิจกรรมไปได้อย่างต่อเนื่องและกระตุ้นให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือ (Kampf, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอและสม่ำเสมอทำให้ไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์สนับสนุนและจัดกิจกรรมรณรงค์ มีผลให้บุคลากรสุขภาพไม่ทำความสะอาดมือ (Allegranzi et al., 2011)

กลุ่มตัวอย่างต้องการอุปกรณ์สนับสนุนในการทำความสะอาดมือที่เพียงพอมากที่สุด ได้แก่ กระดาษและผ้าเช็ดมือแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือและอ่างล้างมือ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่พบว่า การมีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือบริเวณให้การดูแลผู้ป่วย และการเพิ่มจำนวนอ่างล้างมือ (dos Santos et al., 2013) สามารถส่งเสริมให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างยังต้องการการสนับสนุนจากบุคลากร โดยให้มีการติดตามนิเทศของผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน มีบุคลากรที่รับผิดชอบและมีตัวแบบที่ดี เนื่องจากบทบาทของผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบและการมีตัวแบบที่ดีเป็นสิ่งสนับสนุนให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ดังผลการศึกษาพบว่าการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบและมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นและมีความยั่งยืน (Midturi et al., 2015) รวมทั้งการเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้อาวุโสจะกระตุ้นให้ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าทำความสะอาดมือได้เพิ่มขึ้น (Barrett, & Randle, 2008)

กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีการบริหารจัดการ โดยดำเนินการส่งเสริมทำความสะอาดมืออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ และกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากเป็นสิ่งสนับสนุนจากฝ่ายบริหารที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ (Kampf, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ Mikey (2013) และของ Picheansathian et al. (2009) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า โรงพยาบาลควรมีการดำเนินกลยุทธ์แบบหลายวิธีในการพัฒนาให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือ โดยกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลดังที่มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของผู้บริหารและการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ (Magiorakos et al., 2010) มีผลทำให้การทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือได้เพียงระดับปานกลาง จึงควรพัฒนาวิธีดำเนินการให้ดีกว่านี้ สิ่งสำคัญที่ควรปรับปรุง คือ การสนับสนุนให้มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกจุด การมีอ่างล้างมือให้มากขึ้นในสัดส่วนต่อจำนวนเตียง 1:10 การฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ การติดตามประเมินผลการทำความสะอาดมือ การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรสุขภาพและผู้นำ การใช้โปสเตอร์เตือน การมีทีมงานรับผิดชอบ การสร้างแบบอย่างที่ดี การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. โรงพยาบาลควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพเป็นระยะ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับนำไปพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมการทำความสะอาดมือ

3. ควรนำเสนอข้อมูลจากการประเมินผลนี้เสนอให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อการแก้ไขในสิ่งที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนสิ่งที่ต้องการในการดำเนินงาน เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือมากกว่านี้

4. โรงพยาบาลที่สามารถดำเนินกลยุทธ์ได้ในระดับสูงแล้ว ควรพัฒนาต่อไปเป็นผู้นำในการดำเนินงานแก่โรงพยาบาลอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหาแนวทางพัฒนาการดำเนินกลยุทธ์ส่งเสริมการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย

2. ควรศึกษางบประมาณที่ใช้ในการดำเนินกลยุทธ์ส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลในประเทศไทย

3. ควรศึกษาการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกระตุ้นและส่งเสริมการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพในบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

Allegranzi, B., Conway, L., Larson, E., & Pittet, D. (2014). Status of the implementation of the World Health Organization multimodal hand hygiene strategy in United States of America health care facilities. *American Journal of Infection Control, 42*(3), 224-230.

Allegranzi, B., Nejad, S. B., & Pittet, D. (2011). Indicators of long-term sustainability of hand hygiene improvement and barriers in healthcare settings worldwide. *BioMed Central Proceedings*, *5*(Suppl 6), P262.

Chhapola, V., & Brar, R. (2014). Impact of an educational intervention on hand hygiene compliance and infection rate in a developing country neonatal intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*. doi: 10.1111/ ijn. 12283

Costers, M., Viseur, N., Catry, B., & Simon, A. (2012). Four multifaceted countrywide campaigns to promote hand hygiene in Belgian hospitals between 2005 and 2011: Impact on compliance to hand hygiene. *Eurosurveill*ance, *17*(18), 20161.

Hayden, M. K., Blom, D. W., Lyle, E. A., Moore, C. G., & Weinstein, R. A. (2008). Risk of hand or glove contamination after contact with patients colonized with Vancomycin-resistant *Enterococcus* or the colonized patients' environment. *Risk*, *29*(2), 149-154.

Hakaew, R., Picheansathian, W., Boonchuang, P. (2007). Effects of hand hygiene promotion program on knowlege and practices among nursing in community hospital. *Bulletin of Nosocomial Infection Control Group of Thailand,* 18(3), 47-59. (In Thai)

Ministry of Public Health. (2007). *Thailand Patient Safety Goal.* Copier documentation of conference. June 20-21, 2007, Montien Hotel, Bangkok. (In Thai)

Mahfouz, A. A., Al-Zaydani, I. A., Abdelaziz, A. O., El-Gamal, M. N., & Assiri, A. M. (2014). Changes in hand hygiene compliance after a multimodal intervention among health-care workers from intensive care units in Southwestern Saudi Arabia. *Journal of Epidemiology and Global Health*, *4*(4), 315-321.

Mathai, A. S., George, S. E., & Abraham, J. (2011). Efficacy of a multimodal intervention strategy in improving hand hygiene compliance in a tertiary level intensive care unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, *15*(1), 6-15.

Mikey, K. (2013). *Effects of multimodal hand hygiene improvement strategies on knowledge and practices of hand hygiene among healthcare personnel*. Thesis Master of Nursing Science (Infection Control Nursing), Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)

Picheansathian, W., Danchaivijitr, S., Kasatpibal, N., Senaratana, W., Thientong, W., Nopphakhun, P.,... Keidnakh, P. (2009). *Improving hand hygiene practices among health care workers.* Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (In Thai)

Picheansathian, W. (2004). A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. *International journal of nursing practice*, *10*, 3-9.

Pittet, D. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control*, *21*(06), 381-386.

Pooprasertwong, K., Suwangool, P., Suwanarit, A., Khunkit, S., & Noppakunwong, M. (2015). Multimodal hand hygiene improvement strategy in Bangkok hospital. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, *48*(2), S138.

Rocha, L. A., Ribas, R. M., da Costa Darini, A. L., & Gontijo Filho, P. P. (2013). Relationship between nasal colonization and ventilator-associated pneumonia and the role of the environment in transmission of *Staphylococcus aureus* in intensive care units. *American Journal of Infection Control*, *41*(12), 1236-1240.

Smiddy, M. P., O'Connell, R., & Creedon, S. A. (2015). Systematic qualitative literature review of health care workers' compliance with hand hygiene guidelines. *American Journal of Infection Control*, *43*(3), 269-274.

Stewardson, A. J., Allegranzi, B., Perneger, T. V., Attar, H., & Pittet, D. (2013). Testing the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework for usability and reliability. *Journal of Hospital Infection, 83*(1), 30-35.

Vatanagul, M., Picheansathian, W., Wanvilai, A., Khosakunnawut, S., (2011). Effectiveness of hand hygiene promotion program among nursing personel at private wards Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Nursing Journal*, 38(1), 1-15. (In Thai)

World Health Organization. (2009a). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care*. Retrieved from http://www.who.int/gpsc/ *whqlibdoc. who.int/publications/2009/9789241597906 eng.pdf*

World Health Organization. (2009b). *A guide to the implementation of the who multimodal hand hygiene improvement strategy.* Retrieved from http://www.who.int/gpsc/5may/Guide to Implementation.pdf

World Health Organization. (2010). *Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010*. Retrieved from http://www.who.int/gpsc/country work/hhsa framework.pdf

World Health Organization. (2011). *WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework global survey summary report.* Retrieved from http://www.who.int/gpsc/5may/hhsa framework/en/

World Health Organization. (2014). *Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multi-drug resistant organisms in health-care settings*. Retrieved from http://www.who.int/ gpsc/5may/MDRO literature-review.pdf

World Health Organization. (2016). *Summary report: Hand Hygiene Self-Assessment Framework survey 2015/2016*. Retrieved from http://www.who.int/gpsc/5may/hand-hygiene-report.pdf