

ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก Knowledge, Attitude and Practices of Hand Hygiene Among Visitors in Intensive Care Unit

อมรรัตน์	อินทรชื่น *	Amornrat	Intarashuen *
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ ***	Wanchai	Lertwatthanawilat ***

บทคัดย่อ

การทำความสะอาดมือเป็นวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้ผลดีที่สุด ผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อและนำเชื้อจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ผู้เข้าเยี่ยมจึงจำเป็นต้องทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ศัลยกรรมและกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2559 จำนวน 228 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าเยี่ยม ความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในส่วนของความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ 0.95, 0.98 และ 1 ตามลำดับ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ ได้ค่า 0.76, 0.78 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.5 มีอายุตั้งแต่ 18-66 ปี อายุเฉลี่ย 36.7 ปี จบชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาร้อยละ 32 และ 46.5 ตามลำดับ เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่ 2-42 ครั้ง เป็นบุตรและเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยร้อยละ 47.8 และ 23.3 ตามลำดับ เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือร้อยละ 78.5 ได้รับข้อมูลจากพยาบาลร้อยละ 61.5 ได้รับข้อมูลจากโปสเตอร์ร้อยละ 42.4 ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติในการทำความสะอาดมืออยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.5 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.9 และ 20.6 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ มีทศนคติอยู่ในระดับดีและปานกลางร้อยละ 48.7 และ 49.6 ตามลำดับ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 41.2 ระดับปานกลางและระดับต่ำร้อยละ 21.5 และ 37.3 ตามลำดับ ความรู้และทศนคติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .375, p < .01$) ความรู้และทศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม การส่งเสริมให้ผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง สร้างความตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

* Professional Nurse, Nakhonphanom Hospital, Nakhonphanom

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 25 พฤศจิกายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 29 สิงหาคม 2560

ทำความสะอาดมือ และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติในการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นที่โรงพยาบาลควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล จากผู้เข้าเยี่ยม และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะเชื้อดื้อยาจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้, ทศนคติ, การปฏิบัติ, การทำความสะอาดมือ, ผู้เข้าเยี่ยม

Abstract

Hand hygiene is the most effective measure in prevention of microorganism transmission and hospital-associated infections. When people visit the hospital, they can acquire and transmit microorganisms from the hospital to the community. It is necessary that visitors practice correct hand hygiene while visiting patients. This descriptive study aimed to determine knowledge, attitude, and practices in hand hygiene among visitors and determine the correlation between knowledge, attitude, and practices in hand hygiene of visitors. Samples included 228 visitors of patients who were admitted in medical, surgical, and pediatric intensive care units of a general hospital from November 2015 to April 2016. The study instrument used was a four-part questionnaire developed by the researcher which consisted of general information of visitors, knowledge, attitude and practices in hand hygiene. The content validity of questionnaire was assessed by five experts. The content validity index of knowledge, attitude, and practice were 0.95, 0.98 and 1, respectively. The reliability of knowledge, attitude, and practice were 0.76, 0.78 and 0.74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

In the study, 71.5% of the participants were female aged between 18-66 years old with a mean age of 36.7. Thirty two percent and 46.5% of the participants graduated from elementary and high school respectively. Each participant was visited 2 - 42 times. Forty seven point eight and 23.3% of participants were either the children of patients or the parents of patients, respectively. Seventy eight point five percent of participants used to obtain hand hygiene knowledge, 61.5% obtained from nurses and 42.4% from posters. Knowledge, attitude and practices in hand hygiene of all participants were at a moderate level. Thirty five point five percent of samples had a high level of hand hygiene knowledge, 43.9% had a moderate level and 20.6% had a low level, respectively. Forty eight point seven percent and 49.6% had good and moderate attitude toward hand hygiene. Forty one point two percent of samples practiced a high level of hand hygiene, 21.5% and 37.3% practiced a moderate level and a low level, respectively. Knowledge and attitude in hand hygiene of participants were significantly positive correlated at low level ($r = .357, p < .01$). Knowledge and attitude did not correlate with hand hygiene practices among participants.

Promoting visitors to obtain accurate knowledge, creating an awareness of the importance and advantages of hand hygiene and promoting appropriate hand hygiene practices while visiting patients is necessary for hospitals to implement continuously in order to prevent visitors from

transmitting microorganisms, especially multidrug resistant organisms, in hospitals and to the community.

Key words: Knowledge, Attitude, Practice, Hand Hygiene, Visitors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลานาน อาจมีเชื้อจุลชีพก่อโรคมียู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย และปนเปื้อนบริเวณสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ผู้ป่วยจากการที่เชื้อจุลชีพออกมาจากผิวหนังผู้ป่วย โดยพบบนหมอนผู้ป่วยร้อยละ 33 กระจ่างกางเกงผู้ป่วยร้อยละ 31 ขากางเกงผู้ป่วยร้อยละ 23 เครื่องปรับหยดน้ำเกลือร้อยละ 16 และโต๊ะข้างเตียงผู้ป่วยร้อยละ 14 ของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (Lerner et al., 2013) บนผ้าปูเตียงผู้ป่วยร้อยละ 40.2 โต๊ะข้างเตียงร้อยละ 22.4 ราวกันเตียงร้อยละ 20.9 (Oie, Suenaga, Sawa, & Kamiya, 2007) และเชื้อจุลชีพเหล่านี้สามารถมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้เป็นเวลานาน (Kramer, Schwebke, & Kampf, 2006) จึงทำให้มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อจุลชีพในโรงพยาบาลได้ง่าย

การแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยมีโอกาสเกิดขึ้นได้หากมีการสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม รอบ ๆ ผู้ป่วย ผู้เข้าเยี่ยมส่วนใหญ่มีการสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในขณะที่เข้าเยี่ยม จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าเยี่ยมจะใช้เวลาในการเยี่ยมมากกว่าบุคลากรของโรงพยาบาลเฉลี่ย 14 นาที (Hyman, Cohen, Rosenberg, & Larson, 2011) ด้วยระยะเวลาในขณะที่เข้าเยี่ยมนานทำให้ผู้เข้าเยี่ยมมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลพบว่า ผู้เข้าเยี่ยมสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยร้อยละ 45.1 สัมผัสสิ่งแวดล้อมร้อยละ 28.5 สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งร้อยละ 19.6 มีเพียงร้อยละ 6.8 ของผู้เข้าเยี่ยมเท่านั้นที่ไม่สัมผัสสิ่งใดเลยขณะเข้าเยี่ยม (Cohen, Hyman, Rosenberg, & Larson, 2012) และการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศฮ่องกง เมื่อปี ค.ศ. 2014 พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมสัมผัสร่างกายผู้ป่วยร้อยละ 11.9 ราวกัน

เตียงร้อยละ 23 ผ้าปูที่นอนร้อยละ 18 โต๊ะข้างเตียงร้อยละ 14.3 และตู้ข้างเตียงร้อยละ 10.3 ของจำนวนครั้งที่สัมผัสทั้งหมด (Cheng et al., 2015) จะเห็นได้ว่าผู้เข้าเยี่ยมมีโอกาสได้รับเชื้อเนื่องจากการสัมผัสด้วยระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมที่นานย่อมมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมได้มากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อผ่านมือได้เช่นเดียวกับบุคลากรของโรงพยาบาล

เชื้อจากโรงพยาบาลอาจแพร่กระจายสู่บุคคลอื่นและสู่ชุมชนจากมือผู้เข้าเยี่ยมได้หากผู้เข้าเยี่ยมไม่มีการทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธี (Mcadams, Ellis, Trevino, & Rajnik, 2008) การศึกษาการปนเปื้อนเชื้อบนมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 2015 พบเชื้อปนเปื้อนบนมือผู้เข้าเยี่ยมที่ไม่ทำความสะอาดมือทุกคน ซึ่งในจำนวนนี้พบเชื้อจุลชีพที่ก่อโรคร้อยละ 25.7 ได้แก่ เชื้อ *Stenotrophomonas maltophilia*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* spp., *MRSA* และ *Escherichia coli* (Birnbach, Rosen, Fitzpatrick, Arheart, & Munoz-Price, 2015) ดังนั้น ผู้เข้าเยี่ยมจำเป็นต้องทำความสะอาดมือเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากโรงพยาบาลออกสู่ชุมชน

การทำความสะอาดมือเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจุลชีพจากการสัมผัสที่มีประสิทธิภาพที่สุดปฏิบัติได้ง่ายและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (Guilhermetti, Hernandez, Fukushigue, Garcia, & Cardoso, 2001; Sax et al., 2007) องค์กรและสถาบันทางด้านสุขภาพต่าง ๆ จึงให้ความสำคัญต่อการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมและได้จัดทำแนวปฏิบัติหรือข้อแนะนำสำหรับผู้เข้าเยี่ยมในโรงพยาบาลโดยโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาดมือ เช่น อ่างล้างมือ สบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้อ ผ้าเช็ดมือที่แห้งและสะอาดหรือกระดาษเช็ดมือ

แอลกอฮอล์ถูมือ เป็นต้น ให้เพียงพอสำหรับผู้เข้าเยี่ยม
ข้อบ่งชี้ในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมที่สำคัญ
ได้แก่ ก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ก่อนและ
หลังสัมผัสผู้ป่วย ก่อนและหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมใกล้
ตัวผู้ป่วย (CDC, 2013; WHO, 2009) หากผู้เข้าเยี่ยม
ทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ดังกล่าวอย่างเคร่งครัดจะ
ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อจุลชีพในโรงพยาบาลได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบอัตราการ
ทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมค่อนข้างต่ำ ดังการ
ศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วย
เด็กร้อยละ 38.5 ทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ 5
กิจกรรมและในหอผู้ป่วยหนักมารวมความสะอาด
มือตามข้อบ่งชี้ทั้ง 5 กิจกรรมร้อยละ 57.3 (Randle,
Arthur, & Vaughan, 2010; Randle, Firth, &
Vaughan, 2012) ผู้เข้าเยี่ยมทำความสะอาดมือก่อนเข้า
โรงพยาบาลร้อยละ 44 ก่อนเข้าหอผู้ป่วยเพียงร้อยละ
4.1 และก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในห้องแยกโรคร้อยละ 2.7
ของจำนวนครั้งที่ผู้เข้าเยี่ยมควรจะทำ ความสะอาดมือ
(Wolfe & O'Neill, 2012) ทำความสะอาดมือก่อนเข้า
เยี่ยมผู้ป่วยร้อยละ 10.8 และหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยร้อยละ
9.7 ของจำนวนครั้งที่สังเกตทั้งหมด (Clock, Cohen,
Behta, Ross, & Larson, 2010) สำหรับในประเทศไทย
มีการศึกษาการทำ ความสะอาดมือและทัศนคติต่อการ
ทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเมื่อ ปี พ.ศ. 2548
โดยการสังเกตการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม 26
คน พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมทำความสะอาดมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย
เพียงร้อยละ 11.5 และจากการสอบถามผู้เข้าเยี่ยม 35 คน
พบว่า ทำความสะอาดมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยโดยปฏิบัติทุก
ครั้งร้อยละ 54.3 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 34.3 ปฏิบัติ
เป็นบางครั้งร้อยละ 8.6 และไม่ปฏิบัติร้อยละ 2.8
(Patarakul, Tan-Khum, Kanha, Padungpean, &
Jaichaiyapum, 2005) ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐาน
ที่ทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีความรู้ดี
จะส่งผลให้เกิดทัศนคติหรือความรู้สึกที่ดีและจะศึกษา

หาความรู้ในสิ่งนั้น ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง สามารถ
จดจำเรื่องนั้นและนำไปใช้ประโยชน์ได้หรืออาจกล่าวได้ว่า
ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและ
กัน (Bloom, 1975) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ ทัศนคติ
และการปฏิบัติในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม
ในหอผู้ป่วยหนักเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานนำมาวางแผน
ในการให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติในการทำ ความ
สะอาดมือแก่ผู้เข้าเยี่ยมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการ
ลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติใน
การทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ
และการปฏิบัติในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม
ในหอผู้ป่วยหนัก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติใน
การทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยและศึกษา
ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตาม
แนวคิดของ Bloom (1975) โดยความรู้ ความเชื่อสัมพันธ์
กับการปฏิบัติ ความรู้เกี่ยวกับการ ทำความสะอาดมือ
ประกอบด้วย การแพร่กระจายเชื้อจุลชีพผ่านมือ ข้อบ่งชี้
ในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม ประโยชน์ของ
การทำ ความสะอาดมือ และวิธีการ ทำความสะอาดมือ
ทัศนคติเกี่ยวกับการ ทำความสะอาดมือ ประกอบด้วย
การแพร่กระจายเชื้อจุลชีพผ่านมือ ประโยชน์ของการ
ทำ ความสะอาดมือ วิธีการ ทำความสะอาดมือ และการ
ปฏิบัติในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วยหนักซึ่งได้จากการ ทบทวนแนวทางปฏิบัติของ
องค์กรต่าง ๆ ประกอบด้วย การ ทำความสะอาดมือก่อน
เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนออกจากหอผู้ป่วย ก่อนสัมผัสผู้ป่วย
หากไปสัมผัสสิ่งอื่นมาก่อน หลังสัมผัสผู้ป่วย ก่อนสัมผัส
สิ่งต่าง ๆ รอบผู้ป่วย เช่น เตียง ราวกันเตียง โต๊ะข้างเตียง
และเสาน้ำเกลือ เป็นต้น หากสัมผัสผู้ป่วยมาก่อน และ

หลังสัมผัสเตียง ราวกันเตียง โต๊ะข้างเตียงและเสาน้ำเกลือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ ผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนประมาณ 1,524 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดโดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 15 ของจำนวนประชากรเป็นหลักพัน (Pongsawas, 2008) ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 228 คน โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหอผู้ป่วยหนัก ดังนี้ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 117 คน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 65 คน และหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 46 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้เข้าเยี่ยมทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
 2. เข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้งเพื่อให้มีโอกาสได้ปฏิบัติทำความสะอาดมือ
 3. สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้
 4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม

ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อจุลชีพผ่านมือ 4 ข้อ ข้อบ่งชี้ในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม 4 ข้อ ประโยชน์ของการทำความสะอาดมือ 3 ข้อและวิธีการทำความสะอาดมือ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีการให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องหรือตอบไม่ทราบ ไม่ได้คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการแพร่กระจายเชื้อจุลชีพผ่านมือ 3 ข้อ ประโยชน์ของการทำความสะอาดมือ 3 ข้อ และวิธีการทำความสะอาดมือ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งระดับของความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ 6 ข้อ คือ การทำความสะอาดมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วยหากไปสัมผัสสิ่งอื่นมาก่อน หลังสัมผัสตัวผู้ป่วยก่อนสัมผัสสิ่งต่าง ๆ รอบตัวผู้ป่วย เช่น เตียง ราวกันเตียง โต๊ะข้างเตียง เสาน้ำเกลือหากสัมผัสผู้ป่วยมาก่อน และหลังสัมผัสเตียง ราวกันเตียง โต๊ะข้างเตียง เสาน้ำเกลือ ให้เลือกตอบตามการปฏิบัติจริง คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

การประเมินระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ ประเมินโดยการอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1975)

ปฏิบัติระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ปฏิบัติระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน เท่ากับร้อยละ 60-80

ปฏิบัติระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.95, 0.98 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้เข้าเยี่ยมที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ศึกษา จำนวน 10 คน แล้วมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยแบบวัดความรู้ใช้วิธีของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตร K.R. 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76 แบบสอบถามทัศนคติและการปฏิบัติใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.74 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยการนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในการเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษาในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทั้ง 3 แห่งและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย วิธีรวบรวมข้อมูลและฝึกซ้อมวิธีการรวบรวมข้อมูลร่วมกัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยหนักวันละ 2 ช่วงเวลาที่เป็นช่วงเวลาเข้าเยี่ยม

โดยเลือกไปช่วงเวลาไหนก็ได้ ได้แก่ ช่วงเช้า ตั้งแต่เวลา 7.00 น.-8.00 น. ช่วงกลางวันตั้งแต่เวลา 12.00 น.-14.00 น. และช่วงเย็นตั้งแต่เวลา 18.00 น.-20.00 น. โดยเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยต่างกันโดยการสุ่มอย่างง่ายในการเลือกหอผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือและความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแจ้งสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่ที่จัดไว้ โดยให้เวลาแก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามอย่างเพียงพอและขอรับคืนทันทีที่ตอบแบบสอบถามเสร็จ จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือ วิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ทดสอบการกระจายของข้อมูลความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnovtest พบการกระจายแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติโดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient)

การแปลผลความสัมพันธ์ใช้เกณฑ์พิจารณา ดังนี้ (Munro, 1997)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	การแปลผล
0.00 – 0.25	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
0.26 – 0.49	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.50 – 0.69	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.70 – 0.89	มีความสัมพันธ์กันระดับสูง
0.90 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 228 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.5 มีช่วงอายุระหว่าง 18 ถึง 66 ปี อายุเฉลี่ย 36.7 ปี ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเยี่ยมมากที่สุด คือ อายุ 30 ถึง 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.9 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาศึกษาร้อยละ 32 รองลงมาจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 27.2 เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่ 2-42 ครั้ง ส่วนใหญ่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย 2-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 69.3 ครั้ง เป็นบุตรและเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยร้อยละ 47.8 และ

23.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.5 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือตั้งแต่ 1-5 ครั้ง ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 53.1 และ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 21.2 โดยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือจากพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 61.5 รองลงมาอ่านจากโปสเตอร์ร้อยละ 42.5

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง 228 คนมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย มัธยฐานและระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม (n = 228 คน)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ร้อยละ ¹	ระดับ
ความรู้	15	2-15	10.4	10	69.3	ปานกลาง
ทัศนคติ	40	22-40	31.8	31	79.5	ปานกลาง
การปฏิบัติ	12	2-12	8.4	9	70.0	ปานกลาง

หมายเหตุ.¹ ค่าร้อยละของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม

ความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.5 มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 43.9 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

และร้อยละ 20.6 มีความรู้ในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ (n = 228 คน)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	81	35.5
ปานกลาง	100	43.9
ต่ำ	47	20.6

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 ตอบคำถามถูกต้องได้แก่ เมื่อมือผู้เข้าเยี่ยมสัมผัสเลือด เสมหะ ปัสสาวะหรืออุจจาระผู้ป่วยผู้เข้าเยี่ยมต้องทำความสะอาดมือทันที การทำความสะอาดมือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดสิ่งสกปรกและเชื้อโรคออกจากมือ และเมื่อมือผู้เข้าเยี่ยมสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ต้องล้างมือ

ด้วยน้ำและสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อคิดเป็นร้อยละ 97.8, 95.6 และ 90.8 ตามลำดับ ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่ตอบถูกต้อง ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ให้ฟอกฝ่ามือและหลังมือให้ทั่วก็เพียงพอแล้ว ผู้เข้าเยี่ยมควรทำความสะอาดมือก่อนเยี่ยมผู้ป่วยเท่านั้น เมื่อผู้เข้าเยี่ยมใช้มือสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยที่ปกติผู้เข้าเยี่ยม

จะไม่ได้รับเชื้อจากผู้ป่วย และหลังจากถูมือด้วย แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือแล้วต้องไปล้างมือด้วยน้ำ อีกครั้งซึ่งล้วนแต่เป็นข้อความทางลบ คิดเป็นร้อยละ 46.5, 36.8, 35.1 และ 27.6 ตามลำดับ

ทัศนคติต่อการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับดีและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.7 และ 49.6 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติในการทำความสะอาดมือ (n = 228 คน)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	111	48.7
ปานกลาง	113	49.6
ไม่ดี	4	1.7

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 60 เห็นด้วยอย่างยิ่ง กับทัศนคติทางบวก คือ การทำความสะอาดมือก่อนเข้า เยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำ การทำความสะอาด มือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เข้าเยี่ยมทุกคนต้องปฏิบัติ ให้ถูกต้องและการทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนเยี่ยม ผู้ป่วยจะช่วยลดการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 69.3, 68 และ 63.6 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างน้อย กว่าร้อยละ 50 ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับทัศนคติทางบวก

คือ การทำความสะอาดมือช่วยป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาลและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหากใช้มือ สัมผัสผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 42.5 และ 34.6 ตามลำดับ

การปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของกลุ่ม ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.2 มีการปฏิบัติ ในการทำความสะอาดมืออยู่ในระดับสูง มีการปฏิบัติ ในระดับปานกลางร้อยละ 21.5 และระดับต่ำร้อยละ 37.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือ (n = 228 คน)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	94	41.2
ปานกลาง	49	21.5
ต่ำ	85	37.3

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการทำความสะอาด มือทุกครั้งก่อนเข้าเยี่ยมและก่อนออกจากห้องผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 71.9 และ 57.9 ตามลำดับ ทำความสะอาดมือ ก่อนและหลังสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 68.9 และ 54.4 ตาม ลำดับ ทำความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสสิ่งต่าง ๆ รอบตัวผู้ป่วยร้อยละ 34.6 และ 35.1 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการ ปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม พบว่า ความรู้และทัศนคติในการทำความสะอาดมือมีความ สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนความรู้กับการปฏิบัติและทัศนคติกับการ ปฏิบัติในการทำความสะอาดมือไม่มีความสัมพันธ์กันใน ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่าง (n = 228 คน)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1	.357*	.032
ทัศนคติ		1	-.053
การปฏิบัติ			1

หมายเหตุ. * $p < 0.01$

การอภิปรายผล

ความรู้ในการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือมากถึงร้อยละ 78.5 อย่างไรก็ตามระดับความรู้อาจจะไม่สูงมากนักเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.1 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือเพียงครั้งเดียว โดยได้รับข้อมูลจากโปสเตอร์ร้อยละ 42.5 ซึ่งเนื้อหาในโปสเตอร์เน้นเฉพาะวิธีการล้างมือ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้รับข้อมูลจากการบอกต่อกันมาร้อยละ 19 จากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพอาจทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือไม่ครบคลุมและไม่ครบถ้วนในทุกเรื่องที่ควรรู้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32 จบชั้นประถมศึกษามีระดับความรู้ในการทำความสะอาดมืออยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ อาจเป็นเพราะความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือเป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนมากนัก สื่อที่นำเสนอความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือที่พบเห็นทั่วไปสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ประชาชนทั่ว ๆ ไปสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจบชั้นประถมศึกษาแต่ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือได้ไม่ยากจึงทำให้มีระดับความรู้ไม่ต่างจากกลุ่มอื่น กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 27.6 เข้าใจถูกต้องว่าหลังทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์แล้วไม่ต้องล้างมือด้วยน้ำอีกครั้ง อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ซึ่งปกติในชีวิตประจำวัน

ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ

ทัศนคติต่อการทำความสะอาดมือของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการทำความสะอาดมือก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำ การทำความสะอาดมือต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและเชื่อว่าการทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนเยี่ยมผู้ป่วยจะช่วยลดการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 69.3, 68 และ 63.6 ตามลำดับ ทัศนคติดังกล่าวอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการทำความสะอาดมือที่จะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ซึ่งประเมินจากแบบวัดความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.3 ตอบถูกต้องในข้อคำถามว่า เมื่อผู้เข้าเยี่ยมใช้มือสัมผัสเลือดหรือสิ่งที้ออกจากร่างกายผู้ป่วยอาจมีโอกาสดูดเชื้อได้และร้อยละ 80.7 ตอบถูกต้องในข้อคำถามว่า เมื่อผู้เข้าเยี่ยมใช้มือสัมผัสสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วยแล้วไปสัมผัสผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อจากมือผู้เข้าเยี่ยมได้ด้วยเหตุนี้กลุ่มตัวอย่างจึงมีความตระหนักและมองเห็นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องทำเพราะกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (1975) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจ มีความรู้สึกนึกคิดหรือมีทัศนคติที่ดี หรืออาจเป็นเพราะว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดอย่างมากกับผู้ป่วยโดย

เป็นบุตรและบิดา/มารดา ร้อยละ 47.8 และ 23.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศไนจีเรีย พบว่า มารดามีทัศนคติในทางบวกหรือเห็นด้วยกับการ ทำความสะอาดมือมีความสำคัญถึงร้อยละ 98.7 (Olubukola et al., 2014)

กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าการทำความสะอาดมือช่วยป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้และการสัมผัสผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้คิดเป็นร้อยละ 45.2 และ 34.6 ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างบางส่วนจึงไม่เชื่อว่า การทำความสะอาดมือเพียงอย่างเดียวจะช่วยป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ดังการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมพบว่า ผู้เข้าเยี่ยมจะมีทัศนคติที่ดีต่อการทำความสะอาดมือหากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การติดเชื้อ (Patarakul et al., 2005) นอกจากนี้จำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมมากกว่า 10 ครั้ง ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีได้ อธิบายได้ว่าจำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมบ่อย ๆ อาจเป็นประสบการณ์ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นการทำ ความสะอาดมือบ่อย ๆ จึงทำให้เกิดการฝังใจและ เกิดเป็นทัศนคติขึ้นได้ (Wonganutararoj, 2010)

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการทำความสะอาดมืออยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.2 มีการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือในระดับสูงและร้อยละ 21.5 มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.9 ทำความสะอาดมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปโดยเฉพาะหอผู้ป่วยหนักจะเน้นการทำ ความสะอาดมือก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลทุกแห่งจึงมีวิธีการต่าง ๆ ที่กระตุ้นการทำ ความสะอาดมือ เช่น จัดเตรียมอุปกรณ์ ในการทำความสะอาดมือไว้บริเวณหน้าหอผู้ป่วยหนัก มีป้ายกระตุ้นเตือน เป็นต้น ส่วนการทำ ความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ด้านอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50-70

ทำความสะอาดมือทุกครั้ง คือ ทำความสะอาดมือก่อนออกจากหอผู้ป่วยหนัก ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วยและหลังสัมผัสตัวผู้ป่วยร้อยละ 57.9, 68.9 และ 54.5 ตามลำดับใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่สอบถามการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมก่อนสัมผัสผู้ป่วยโดยปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 54.3 (Patarakul et al., 2005) ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่สังเกตการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยม พบว่า ผู้เข้าเยี่ยม ทำความสะอาดก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยร้อยละ 47.4 และ 22.7 ตามลำดับ (Randle, Firth, & Vaughan, 2012) สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างทำความสะอาดมือขณะเข้าเยี่ยมในอัตราต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงซึ่งเป็นการปฏิบัติของบุคลากรของโรงพยาบาลมากกว่า กลุ่มตัวอย่างจึงปฏิบัติน้อย เพราะคิดว่าตนเองไม่ได้ทำอะไรให้ผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริงผู้เข้าเยี่ยมมีโอกาสสัมผัสตัวผู้ป่วย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม สิ่งของเครื่องใช้ พื้นผิวสิ่งแวดล้อม และเมื่อพิจารณาตามความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 35.1 เท่านั้นที่เข้าใจถูกต้องว่า การสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยที่ปกติอาจจะได้เชื้อจากผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 65 เข้าใจผิดว่า การสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยที่ปกติจะไม่ได้รับเชื้อ กลุ่มตัวอย่างจึงทำความสะอาดก่อนสัมผัสผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ ยังมีข้อบ่งชี้ในการทำความสะอาดมือที่กลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าร้อยละ 50 ปฏิบัติทุกครั้ง คือ ทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสสิ่งต่าง ๆ รอบตัวผู้ป่วย เช่น เติง ราวกันเตียง โต๊ะข้างเตียง เสาน้ำเกลือ ร้อยละ 34.6 และ 35.1 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทำความสะอาดมือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ผู้ป่วย ร้อยละ 30 (Randle, Firth, & Vaughan, 2012) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่คุ้นเคยกับการทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ดังกล่าว ดังนั้นการทำ ความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างจึงค่อนข้างน้อยกว่าข้อบ่งชี้ในการทำความสะอาดมือด้านอื่น ๆ

ความรู้เกี่ยวกับทัศนคติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามแนวคิดทฤษฎีของ Bloom (1975) อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้มากขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติที่ดี ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้และทัศนคติสัมพันธ์กันและมีทิศทางเดียวกันเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการทำความสะอาดมือในระดับปานกลางจึงส่งผลให้มีทัศนคติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ความสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมไม่มีความสัมพันธ์กันในทางสถิติ อาจเนื่องจากการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือเป็นวิธีปฏิบัติที่ง่ายไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก ดังนั้นถ้าจะส่งเสริมการปฏิบัติในการทำความสะอาดมืออาจไม่จำเป็นต้องมีการให้ความรู้หรือเสริมสร้างทัศนคติ อาจส่งเสริมในการกระตุ้นเตือน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำความสะอาด ก็อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดมือมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

ก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้งเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อผ่านมือของผู้เข้าเยี่ยม ข้อบ่งชี้ในการทำมาสะอาดมือขณะเข้าเยี่ยมและขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้อง รวมทั้งวิธีการใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการทำความสะอาดมือให้ดียิ่งขึ้น

2. โรงพยาบาลควรเพิ่มข้อมูลในสื่อโปสเตอร์การทำมาสะอาดมือขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการทำความสะอาดมือ

3. โรงพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ให้ถูกต้องและทุกครั้งในขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยควบคู่ไปกับการสนับสนุนอุปกรณ์การทำมาสะอาดมือให้เพียงพอและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยการสังเกตการปฏิบัติ
2. ควรศึกษาเพื่อหากกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการทำมาสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามบริบทของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Birnbach, D. J., Rosen, L. F., Fitzpatrick, M., Arheart, K. L., & Munoz-Price, L. S. (2015). An evaluation of hand hygiene in an intensive care unit: Are visitors a potential vector for pathogens? *Journal of infection and public health*, 8(6), 570-574.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay Company.
- Cheng, V. C. C., Chau, P. H., Lee, W. M., Ho, S. K. Y., Lee, D. W. Y., So, S. Y. C., ... Yuen, K. Y. (2015). Hand-touch contact assessment of high-touch and mutual-touch surfaces among healthcare workers, patients, and visitors. *Journal of Hospital Infection*, 90(3), 220-225.
- Clock, S. A., Cohen, B., Behta, M., Ross, B., & Larson, E. L. (2010). Contact precautions for multidrug-resistant organisms: Current recommendations and actual practice. *American journal of infection control*, 38(2), 105-111.
- Cohen, B., Hyman, S., Rosenberg, L., & Larson, E. (2012). Frequency of patient contact with health care personnel and visitors: implications for infection prevention. *Joint Commission Journal on Quality Patient Safety*, 38(12), 560-565.

- Guilhermetti, M., Hernandes, S. E. D., Fukushigue, Y., Garcia, L. B., & Cardoso, C. L. (2001). Effectiveness of Hand Cleansing Agents for Removing Methicillin Resistant Staphylococcus aureus From Contaminated Hands. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22(2), 105-108.
- Hyman, S. R., Cohen, B., Rosenberg, L., & Larson, E. (2011). Frequency, Level and Duration of Patient Contacts: An Observational Study and Survey of Physicians, Nurses, Clinical Staff, Non-Clinical Staff and Visitors. *American Journal of Infection Control*, 39(5), E178-E179. doi:10.1016/j.ajic.2011.04.298
- Kramer, A., Schwebke, I., & Kampf, G. (2006). How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC infectious diseases*, 6(1), 130.
- Lerner, A., Adler, A., Abu-Hanna, J., Meitus, I., Navon-Venezia, S., & Carmeli, Y. (2013). Environmental contamination by carbapenem-resistant Enterobacteriaceae. *Journal Clinical Microbiology*, 51(1), 177-181. doi:10.1128/jcm.01992-12
- McAdams, R. M., Ellis, M. W., Trevino, S., & Rajnik, M. (2008). Spread of methicillin-resistant Staphylococcus aureus USA300 in a neonatal intensive care unit. *Pediatric International*, 50(6), 810-815.
- Munro, B.H. (1997). Statistical method for health care research (3rd ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Oie, S., Suenaga, S., Sawa, A., & Kamiya, A. (2007). Association between isolation sites of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in patients with MRSA-positive body sites and MRSA contamination in their surrounding environmental surfaces. *Japanese Journal of Infection Diseases*, 60(6), 367-369.
- Olubukola, O., & Asekun-Olarinmoye, I. O. (2014). Hand Washing: Knowledge, Attitude and Practice amongst Mothers of Under-Five Children in Osogbo, Osun State, Nigeria. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 4(16), 40-49.
- Patarakul, K., Tan-Khum, A., Kanha, S., Padungpean, D., & Jaichaiyapum, O. O. (2005). Cross-sectional survey of hand-hygiene compliance and attitudes of health care workers and visitors in the intensive care units at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(4), S287-S293.
- Pengsawas, W. (2008). *Research methodology*. Bangkok: Suvirisarn. (In Thai).
- Randle, J., Arthur, A., & Vaughan, N. (2010). Twenty-four-hour observational study of hospital hand hygiene compliance. *Journal of Hospital Infection*, 76(3), 252-255.
- Randle, J., Firth, J., & Vaughan, N. (2012). An observational study of hand hygiene compliance in paediatric wards. *Journal Clinical Nursing*, 22(17-18), 2586-2592.
- Sax, H., Allegranzi, B., Uckay, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. (2007). 'My five moments for hand hygiene': A user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 67(1), 9-21.

Wolfe, R., & O'neill, E. (2012). Hand hygiene compliance by visitors to hospitals can we do better?. *American journal of infection control*, 40(9), 899.

WonganutaraRoj, P. (2010). *Academic administration*. Bangkok: PimDee. (In Thai).

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