

ผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย

Effects of Education on Hand Hygiene Behavior of Visitors

อรทัย รุ่งวชิรา, ดร.กาญจนา, วรณศิริ ปราณิธรรม, อภิญญา กุลทะเล

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการล้างมือ ก่อนและหลังได้รับความรู้ และศึกษาความคิดเห็นต่อปัญหาและแนวทางแก้ไขในการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 43 คน เลือกแบบเจาะจง ที่เป็นผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วย อายุรกรรม-ศัลยกรรม โรงพยาบาลสนามชัยเขต ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการล้างมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) ได้ค่า IOC = 0.846, และ 0.93 ตามลำดับ และนำมาหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยแบบสอบถามวัดความรู้การล้างมือ ใช้ สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.62 แบบสอบถามพฤติกรรมการล้างมือ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.825 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และพฤติกรรมการล้างมือก่อนและหลังที่ได้รับความรู้ โดยใช้ สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการล้างมือ คะแนนเฉลี่ยก่อนการได้รับความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.30, SD= 1.23$) หลังได้รับความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 13.20, SD=1.01$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.00$) พฤติกรรมการล้างมือ คะแนนเฉลี่ยก่อนการได้รับความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.81, SD= 0.57$) หลังได้รับความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.00, SD= 0.42$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.056$) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไขมีความเห็นว่า หอผู้ป่วยควรจัดแอลกอฮอล์ล้างมือประจำเตียงผู้ป่วย และเพิ่มอุปกรณ์ในบริเวณต่างๆเพื่อการล้างมือ

ผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ในการการวางแผนจัดอบรมการล้างมือแก่ผู้มาเยี่ยม เพื่อให้ความรู้การล้างมือที่ถูกต้อง จัดสรรอุปกรณ์ในการล้างมือให้เพียงพอและสะดวกในการใช้ เพื่อเป็นการส่งเสริมการล้างมือของผู้มาเยี่ยม

คำสำคัญ : ความรู้, พฤติกรรมการล้างมือ, ผู้มาเยี่ยม

Abstract

The quasi-experimental research aimed to compare the knowledge and hand hygiene behavior pre and post education, and to study the opinion of visitors about problem and solution for handwashing of visitors. The sample of 43 visitors were selected by purposive sampling in medical-surgical unit at Sanam Chai Khet hospital during April-May, 2018. The research instruments used in this study were the knowledge and hand hygiene behavior questionnaires which were developed by researcher. They were validated by 3 experts, the result of Index of item objective congruence : IOC) were 0.846 and 0.93 respectively . The reliability of the knowledge questionnaire was measured by using Kuder-Richardson 20, the result was 0.62 . The reliability of hand hygiene behavior questionnaire was measured by using Cronbach's Alpha, the result was 0.825. Data were analyzed into frequency, percentage means, standard deviation and Paired t-test was conducted for the pre and post comparison.

The result showed that the knowledge in pre education was at medium level ($\bar{X} = 11.30$, SD= 1.23), in post education was at high level ($\bar{X} = 13.20$, SD=1.01) and was statistically significant difference at .05 (P=0.00). The hand hygiene behavior in pre education was at high level ($\bar{X} = 2.81$,SD= 0.57), in post education was at high level ($\bar{X} = 3.00$, SD= 0.42) and was no statistically significant difference at .05 (P=0.056). The opinions of the respondents on the problem and the solution were suggested that the ward should provide alcohol hand rub for every patient's bed and increase equipment to the area for handwashing.

The research results can be used in planning of handwashing training for visitors to increase the knowledge of correct handwashing, and providing sufficient equipment to promote handwashing to visitors.

Keywords: knowledge, hand hygiene behavior, visitor

บทนำ

การติดเชื้อนับเป็นปัญหาสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพในหลายประเทศ (Khanghahi, Jamali, Azar, Behzad & Azami-Aghdash, 2013, pp. 55-60) ซึ่งปัญหาการติดเชื้อนี้เกิดขึ้นได้กับโรงพยาบาลทุกขนาด เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมของเชื้อโรค การติดเชื้อเป็นสาเหตุของความตาย, ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในปี 2011 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 722,000 คน และพบว่าประมาณ 75,000 คน เสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล (The Centers for Disease Control and Prevention, 2014) สำหรับประเทศไทย พบว่า อัตราชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 7.3 ในปีพ.ศ. 2554 ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เฉลี่ย 10 วันต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง เสียค่าใช้จ่ายเฉพาะยาปฏิชีวนะ คิดเป็น 4,380 ล้านบาทต่อปี และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 73,000 คนต่อปี (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และ นิรันดร์ วรณ

ประภา, 2559.) สำหรับกลไกการแพร่กระจายเชื้อที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่พบบ่อยที่สุด คือ การแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปยังผู้ป่วยอีกรายหนึ่งผ่านมือของบุคลากรสุขภาพ (World Health Organization, 2005) และมือของญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยม ดังนั้นมาตรการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเหล่านี้ที่สำคัญคือ การล้างมือ (Boyce, JM., & Pittet, D, 2002; WHO, 2009)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้สูง เนื่องจากโรงพยาบาล คือ สถานที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยทุกประเภท ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง และผู้มารับบริการด้านสุขภาพ จึงเปรียบเสมือนเป็นแหล่งรวมของเชื้อโรคหลายชนิด ซึ่งมีอยู่ทั้งในตัวผู้ป่วย ในอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยมีการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ หรือจากเชื้อจุลชีพในสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศ เป็นต้น เมื่อปัจจัยในตัวผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะภูมิคุ้มกันลดลง จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ง่าย โดยวิธีการแพร่กระจายเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญที่สุด คือ การแพร่ทางตรงโดยสัมผัสผ่านมือ ได้แก่การสัมผัสจากผู้ป่วยสู่บุคลากร จากบุคลากรสู่ผู้ป่วย จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย จากผู้ป่วยสู่ญาติ จากญาติสู่ผู้ป่วย หรือจากสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลสู่คนไข้ ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลขึ้น (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2548; สมหมาย หิรัญนุชและคณะ, 2549) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปริมาณเชื้อจุลชีพบนมือของคนทั่วไปมีประมาณ 1,700 โคโลนีต่อตารางเซนติเมตร (Larson EL, Hughes CAN, Pyrek JD, Sparks SM, Cagatay EU, & Barkus JM., 1998, pp. 513-521) ดังนั้นหากผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย ขาดความระมัดระวังในการจัดการกับการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพบนมือนี้ อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นการทำความสะอาดมือ จึงเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัส แนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาล มีการพัฒนาขึ้นโดยศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention [CDC]) ในปีค.ศ. 2002 Boyce, J., & Pittet, D. (2002, pp. s1-s46) และองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2006 World Health Organization [WHO] (2006) ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวปฏิบัติทั้งสององค์กรดังกล่าว ได้กำหนดให้ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่ หรือน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ เมื่อมือเปื้อนสิ่งสกปรกอย่างเห็นได้ชัด และทำความสะอาดมือโดยใช้แอลกอฮอล์ในกรณีที่มีมือไม่ได้เปื้อนสิ่งสกปรกอย่างเห็นได้ชัด เพื่อแก้ปัญหาความเร่งรีบ หรือการทํากิจกรรมที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2006 WHO (2006) ได้กำหนดข้อบ่งชี้ในการล้างมือของบุคลากรทางแพทย์ โดยแนะนำให้ล้างมือ ตามแนวทาง 5 Moment ดังนี้ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการต่างๆกับผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางดังกล่าว สำหรับผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยจะไม่เกี่ยวข้องในเรื่องการล้างมือก่อนทำหัตถการ

จะเห็นว่า “มือ” เป็นอวัยวะที่สำคัญและ เป็นตัวนำเชื้อโรคจากแหล่งต่างๆ มาสู่ร่างกายได้ง่ายที่สุด การล้างมือให้ถูกวิธีจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดและคุ้มค่า มีประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านการสัมผัส โดยสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ (UN) ได้กำหนดวันที่ 15 ตุลาคมของทุกปี ให้เป็น “วันล้างมือโลก” (Global Hand Washing Day) เพื่อรณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนทั่วโลก หันมาให้ความสำคัญการล้างมือที่ถูกต้อง และสร้างวัฒนธรรมการล้างมือที่สะอาดถูกสุขอนามัย เป็นเครื่องมือป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ลดการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้อื่น และลดการติดเชื้อ นอกจากนี้ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กำหนด การล้างมือ เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ในปี 2551 (อนวัธน์ ศุภชุตินุกูล, 2551) ส่วนกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของการล้างมือ โดยได้เข้าร่วมกับองค์การอนามัยโลกในโครงการ Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care ซึ่งเป็น

โครงการหลักภายใต้ World Alliance for Patient Safety ในการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วโลก เพื่อส่งเสริมวิธีการปฏิบัติที่เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

การล้างมือที่ถูกวิธีจะช่วยขจัดเชื้อจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่ชั่วคราวบนมือออกไป และลดปริมาณจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่ประจำ เพื่อมิให้เป็นแหล่งของเชื้อโรค ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น หรือผู้ป่วยรายอื่นได้ การล้างมืออย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ ดังการศึกษาของ Elaine (2007, pp. 666-675) ศึกษาการล้างมือตามแนวทางปฏิบัติของ CDC พบว่า อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการสอดใส่สายเข้าหลอดเลือดส่วนกลาง มีอัตราลดต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญในโรงพยาบาลที่บุคลากรมีอัตราการล้างมือสูง แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การล้างมือจะเป็นวิธีที่ง่าย มีแนวปฏิบัติของการทำความสะอาดมือที่ชัดเจน แต่ผลการศึกษาหลายรายงานพบว่า บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลปฏิบัติการทำความสะอาดมือโดยเฉลี่ย ต่ำกว่า 50% (Thompson BL, Dwyer DM, & Denman S. 1984; Bischoff WE, Reynolds TM, Sessler CN, Edmond MB, & Wenzel RP. 2000; จิราภรณ์ ตั้งสกุล, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า มีเทคนิคการล้างมือที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่า บริเวณที่ล้างไม่สะอาด ได้แก่ บางส่วนของนิ้วหัวแม่มือ นิ้วนาง ปลายนิ้วมือ เส้นลายมือ และซอกนิ้วมือ ซึ่งการที่ล้างมือไม่ถูกต้อง อาจเนื่องมาจากความเคยชิน ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และไม่ปฏิบัติเป็นนิสัย สำหรับผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการสัมผัสผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมผู้ป่วย หรือสารคัดหลั่งผู้ป่วย หากผู้มาเยี่ยมละเลยการล้างมือก็อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ ดังการศึกษาของ David & et al (2012, pp. 340-343) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมจำนวน 3,000 คน โดยทำการสังเกต 3 จุด ได้แก่ จุดที่ 1 ผู้มาเยี่ยมทุกคนต้องผ่านมาลงทะเบียนเยี่ยมผู้ป่วย และได้วางป้ายเตือนบนโต๊ะลงทะเบียนให้ทุกคนต้องล้างมือ, จุดที่ 2 ถัดจากจุดลงทะเบียน ได้วางเครื่องล้างมืออัตโนมัติไว้ ซึ่งผู้มาเยี่ยมทุกคนจะต้องเดินผ่านต่อจากจุดที่ 1, จุดที่ 3 ได้วางทั้งป้ายเตือนล้างมือและเครื่องล้างมืออัตโนมัติ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการล้างมือของผู้มาเยี่ยม จุดที่ 1 คิดเป็น 0.67% จุดที่ 2 คิดเป็น 9.33% จุดที่ 3 คิดเป็น 11.67% แสดงให้เห็นว่าผู้มาเยี่ยมมีการล้างมือที่น้อยมาก นอกจากนี้ David & et al (2015, pp. 570-574) ได้ทำการวิจัยประเมินการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยหนัก ทั้งหมด 55 คน พบว่า 35 คน ไม่ล้างมือ และเมื่อทำการเพาะเชื้อที่มือของผู้ไม่ล้างมือ พบว่า 8 คนพบเชื้อ Gram-negative rods, 1 คน พบเชื้อ methicillin-resistant Staphylococcus aureus ส่วนผู้ล้างมือได้ทำการเพาะเชื้อที่มือ 20 คน พบว่า 14 คน ไม่ขึ้นเชื้อ ส่วนอีก 6 คนพบ skin flora ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้มาเยี่ยมที่ไม่ล้างมือ จะพบเชื้อที่มือ ซึ่งสามารถนำเชื้อมาสู่ผู้ป่วยได้ ซึ่งการที่ผู้มาเยี่ยมมีการล้างมือน้อย อาจมาจากการไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมือที่มีประสิทธิภาพ ไม่ทราบถึงผลเสียหากละเลยการล้างมือ ดังเช่น Williams, E., & Buckles, A. (1988, pp. 60-71) ได้ทำการศึกษา พบว่า การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องว่าการล้างมือเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีการล้างมือน้อยลง จึงควรส่งเสริมให้มีการล้างมือมากขึ้นด้วยการให้ความรู้

การที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางหอผู้ป่วยจะอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายที่เตรียมจำหน่ายญาติจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น ดูแลป้อนอาหาร ดูแลให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย จัดทำผู้ป่วย บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยรายอื่นมีการขอความช่วยเหลือจากญาติผู้ป่วยที่พักรักษาข้างเตียงอีกด้วย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ล้วนแต่ต้องสัมผัสโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งถ้าญาติ หรือผู้มาเยี่ยม ไม่มีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส ขาดการล้างมือ หรือล้างมือไม่ถูกวิธี ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยได้ และอาจแพร่กระจายเชื้อกลับเข้าสู่ชุมชนได้ ดังนั้นทางที่ดีที่สุดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย คือการที่ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อด้วย ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย การสอนการปฏิบัติการล้างมือที่ถูกวิธี และ

ติดตามประเมินการล้างมือของผู้มาเยี่ยมจะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล (David & et all., 2012, pp. 340-343)

โรงพยาบาลสนามชัยเขต เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการผู้ป่วยทั้งอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และผู้ป่วยคลอด โดยแบ่งประเภทหอผู้ป่วยเป็น หอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรม- ศัลยกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด สำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม เป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดยถ้าป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม จะได้รับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ในกรณีเป็นโรคทางศัลยกรรม ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีโรคร่วม อาจมีโรคเรื้อรัง โรคติดต่อ หรือมีปัญหาการติดเชื้อด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อได้ และจากการเก็บข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลสนามชัยเขต พบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงกว่าหอผู้ป่วยอื่น ซึ่งสาเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีได้หลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่สำคัญและควบคุมได้ง่ายที่สุด คือการแพร่กระจายเชื้อโรคจากมือสัมผัส ซึ่งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้มีการเตรียมอุปกรณ์ล้างมือ ได้แก่ alcohol hand rub บริเวณจุดต่างๆ เพื่อสะดวกในการใช้ล้างมือ มีการติดโปสเตอร์การล้างมือที่มีประสิทธิภาพบริเวณอ่างล้างมือ มีการจัดอบรม รมณรงค์การล้างมือแก่เจ้าหน้าที่บุคลากรโรงพยาบาล มีการแนะนำให้ผู้มาเยี่ยมล้างมือบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งผู้มาเยี่ยมมีการหมุนเวียนเปลี่ยนเสมอตามการเข้า-ออกของผู้ป่วย ซึ่งถ้าญาติ หรือผู้มาเยี่ยม ไม่มีความรู้ล้างมือที่มีประสิทธิภาพ ละเลยการล้างมือ หรือล้างมือไม่ถูกวิธี ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยได้ และจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการล้างมือ พบว่า การวิจัยการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยมีน้อยมากในต่างประเทศ และไม่มีการศึกษา ในประเทศไทย จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสนามชัยเขต เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย แลผู้เกี่ยวข้องได้ ดำเนินงานพัฒนากลยุทธ์ กลวิธีเพื่อส่งเสริมให้ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

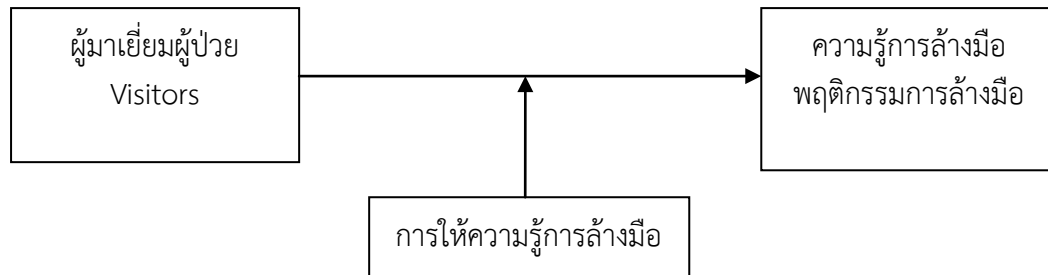
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับความรู้
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อสิ่งสนับสนุน ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในโรงพยาบาล โดยที่มือเป็นแหล่งของการแพร่กระจายเชื้อหนึ่งที่พบได้บ่อย การทำความสะอาดมือที่ถูกต้องจึงช่วยลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลลงได้ จึงได้จัดการอบรมให้ความรู้การล้างมือที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้มาเยี่ยม และมีการสาธิตขั้นตอนการล้างมือ และให้ผู้มาเยี่ยมได้ปฏิบัติการสาธิตย้อนกลับโดยผู้สอนจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติของผู้มาเยี่ยม และให้คำแนะนำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้มาเยี่ยมได้เกิดการเรียนรู้ และมีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง นำไปสู่พฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องภายใต้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือตามประเภทการล้างมือ และตามแนวทาง 5 moment ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว ได้กำหนดให้ทำความสะอาดมือดังนี้ 1) การล้างมือทั่วไป (Normal handwashing) กรณีก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย, หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย 2) การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ (Hygienic handwashing) กรณีหลังสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย 3) การล้างมือด้วย Alcohol

based solution (Alcohol hand rub) ใช้เมื่อรีบด่วน กรณีก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย , หลังสัมผัส
สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง-หลังทดลอง (One group pre test-post test design) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 43 คน เลือกแบบเจาะจง ที่เป็นผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม โรงพยาบาลสนาม ชัยเขต ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2561 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่อำนาจการทดสอบระดับ .90 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) .05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง คือ 0.50

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ

2. แบบสอบถามวัดความรู้การล้างมือ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเลือกตอบถูก ผิด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกให้ 0 คะแนน แปลผล โดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (1975, p.117) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละมารวมกัน แล้วคำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

คะแนนร้อยละ 60 -79 หรือคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือได้คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการล้างมือ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ แปลผลโดยใช้วิธีหา อันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 พฤติกรรมการล้างมืออยู่ในระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 พฤติกรรมการล้างมืออยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 พฤติกรรมการล้างมืออยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 พฤติกรรมการล้างมืออยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัญหาและแนวทางแก้ไขในการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย เป็นคำถามปลายเปิด ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of item objective congruence : IOC) ได้ค่า IOC = 0.846 และ 0.93 ตามลำดับ และนำมาหาความเชื่อมั่น (reliability) โคนไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามวัดความรู้การล้างมือ ใช้ สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้เท่ากับ 0.62 ค่าดัชนีความยากง่ายทั้งฉบับ (Index difficulty) เท่ากับ 0.7 และค่าอำนาจจำแนกทั้งฉบับ เท่ากับ 0.25 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการล้างมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2560 โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่ม และให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจให้ข้อมูล ได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย

- ก่อนให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ และประเมินพฤติกรรมกรรมการล้างมือของตนเอง หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ สอนปฏิบัติวิธีการล้างมือ และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับวิธีการล้างมือ

- หลังให้ความรู้ 2 วัน ทำการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมกรรมการล้างมือของตนเองอีกครั้ง

เมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยได้รับแบบสอบถามกลับคือ 43 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มาเยี่ยมผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้นและมัธยมศึกษาปลาย เท่ากัน คิดเป็น ร้อยละ 30.20 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ คิดเป็นร้อยละ 81.40 สำหรับการได้รับความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ พบว่า ได้ทราบข้อมูลจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยก่อน และหลังที่ได้รับความรู้ พบว่า คะแนนก่อนได้รับความรู้การล้างมือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.30 ส่วนคะแนนหลังได้รับความรู้การ

ล้างมือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบที (t-test) พบว่า คะแนนการล้างมือก่อนและหลังได้รับความรู้การล้างมือแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการได้รับความรู้การล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย

คะแนน	n	ค่าเฉลี่ย มาตรฐาน	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	ค่าความต่าง	t	P-value
ก่อนได้รับความรู้	43	11.30	1.22	1.90	10.675	0.000
หลังได้รับความรู้	43	13.20	1.01			

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยก่อน และหลังที่ได้รับความรู้ พบว่า พฤติกรรมการล้างมือก่อนได้รับความรู้การล้างมือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ส่วนพฤติกรรมการล้างมือหลังได้รับความรู้การล้างมือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบที (t-test) พบว่า พฤติกรรมการล้างมือก่อนและหลังได้รับความรู้การล้างมือไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือก่อนและหลังการได้รับความรู้การล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย

พฤติกรรมการล้างมือ	n	ค่าเฉลี่ย มาตรฐาน	ส่วนเบี่ยงเบน เฉลี่ย	ค่าความต่าง	t	P-value
ก่อนได้รับความรู้	43	2.81	0.57	0.20	1.963	0.056
หลังได้รับความรู้	43	3.00	0.42			

4. จำนวน ร้อยละของความคิดเห็นผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยต่อปัญหาและแนวทางแก้ไขในการล้างมือ พบว่า ความคิดเห็นต่อตัวผู้มาเยี่ยม พบว่า สิ่งที่สนับสนุนจากตัวผู้มาเยี่ยมในการล้างมือ ได้แก่ ผู้มาเยี่ยมต้องการให้เกิดความปลอดภัยในการแพร่กระจายเชื้อ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.15 ส่วนอุปสรรคจากตัวผู้มาเยี่ยมในการล้างมือ ได้แก่ การที่ผู้มาเยี่ยมเร่งรีบ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.66

ความคิดเห็นผู้มาเยี่ยมต่อสิ่งสนับสนุนในอุปกรณ์เครื่องใช้ และการอำนวยความสะดวกในการล้างมือ ได้แก่ มีการสนับสนุนเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ล้างมือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.18 ส่วนปัญหา อุปสรรคในอุปกรณ์เครื่องใช้ และการอำนวยความสะดวกในการล้างมือ ได้แก่ อุปกรณ์มีไม่เพียงพอ ไม่พร้อม มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.49

ข้อเสนอแนะอื่นๆเพิ่มเติมของผู้มาเยี่ยมในการล้างมือ ส่วนใหญ่ คือ ผู้มาเยี่ยมเสนอแนะให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือในแต่ละเตียงผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา ได้แก่ ให้เพิ่มอุปกรณ์ในจุดต่างๆเพื่อการล้างมือ คิดเป็นร้อยละ 15.00

อภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบความรู้การล้างมือของผู้มาเยี่ยมก่อนและหลังการได้รับความรู้ พบว่า ก่อนได้รับความรู้ พบว่า ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยมีความรู้การล้างมือ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.30 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรู้การล้างมือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.49 แสดงว่าผู้มาเยี่ยมมีความรู้เกี่ยวกับการล้างมือค่อนข้างดี เนื่องมาจากผู้มาเยี่ยมส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 81.40 เคยได้รับความรู้เรื่องการล้างมือ โดยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ รองลงมาจากการได้รับการอบรมและจากประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล ภายหลังจากได้รับความรู้ ผู้มาเยี่ยมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรู้การล้างมือ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 97.67 ซึ่งแตกต่างจากก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจาก การให้ความรู้การล้างมือ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อโรคบนมือ ข้อบ่งชี้ของการล้างมือ ประเภทของการล้างมือสำหรับผู้มาเยี่ยม ตาม 5 moment และมีการสาธิตการล้างมือและให้ผู้มาเยี่ยมสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการล้างมือให้ถูกวิธี ทำให้ผู้มาเยี่ยมมีความรู้ ความเข้าใจในการล้างมือมากขึ้น จึงส่งผลให้คะแนนความรู้หลังได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ เช่น ในกลุ่มบุคลากรพยาบาล แต่ยังไม่พบการศึกษาความรู้การล้างมือของผู้มาเยี่ยม ดังเช่นการศึกษาของ Williams, E., & Buckles, A. (1988, pp. 60-71) ที่ทำการศึกษากการล้างมือในบุคลากรพยาบาล พบว่า ภายหลังจากการณรงค์ โดยการให้ความรู้ บุคลากรพยาบาลมีความรู้การล้างมือเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของเจนจิรา สมโน (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือ คะแนนเฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมเท่ากับ 9.95 หลังการให้โปรแกรมเท่ากับ 12.19 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังนั้นทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรสนับสนุนให้มีการรณรงค์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างมืออย่างต่อเนื่อง

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมก่อนและหลังการได้รับความรู้ พบว่า ก่อนดำเนินการให้ความรู้ ผู้มาเยี่ยมมีพฤติกรรมกรรมการล้างมือ โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการล้างมือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 44.19 แสดงว่าผู้มาเยี่ยมมีพฤติกรรมกรรมการล้างมือค่อนข้างดี เนื่องมาจากผู้มาเยี่ยมส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 81.40 เคยได้รับความรู้เรื่องการล้างมือ และจากการแสดงความคิดเห็นผู้มาเยี่ยมต่อสิ่งสนับสนุนจากตัวผู้มาเยี่ยม พบว่า ผู้มาเยี่ยมส่วนใหญ่ต้องการให้เกิดความปลอดภัยจากการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 46.15 ภายหลังจากได้รับความรู้ ผู้มาเยี่ยมมีพฤติกรรมกรรมการล้างมือเพิ่มขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการล้างมือ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.81 เพิ่มจากก่อนดำเนินการให้ความรู้ แต่ไม่แตกต่างกันจากก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ผู้มาเยี่ยมมีพฤติกรรมกรรมการล้างมือเพิ่มขึ้น แต่เพิ่มขึ้นจากก่อนให้ความรู้ไม่มาก และจากการแสดงความคิดเห็นของผู้มาเยี่ยม พบว่า ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการล้างมือ เกิดจาก ผู้มาเยี่ยมส่วนใหญ่เร่งรีบ คิดเป็นร้อยละ 66.66, จากอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อม คิดเป็นร้อยละ 25.49 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการล้างมือของผู้มาเยี่ยม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aigbiremolen A.O. et al. (2015, pp. 159-165) ได้ทำการศึกษา ความรู้และการปฏิบัติการล้างมือในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตชุมชนชนบทไนจีเรีย พบว่า ความรู้และการปฏิบัติการล้างมือไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจาก ผู้ดูแลยังไม่มีความรู้และอุปกรณ์ เช่น สบู่ และน้ำ ไม่สะดวกในการใช้

ความคิดเห็นต่อสิ่งสนับสนุน ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยพบว่า สิ่งสนับสนุนจากตัวผู้มาเยี่ยมในการล้างมือที่พบมากที่สุด คือ ผู้มาเยี่ยมต้องการให้เกิดความปลอดภัยในการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนอุปสรรคจากตัวผู้มาเยี่ยมในการล้างมือ ได้แก่ การที่ผู้มาเยี่ยมเร่งรีบ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดเตรียมเครื่องมือให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มเติมความรู้แก่ผู้มาเยี่ยมในการล้างมือที่ถูกต้องเพื่อสร้างความปลอดภัยในการแพร่กระจายเชื้อ และควรจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอและสะดวกในการใช้ กรณีที่ผู้มาเยี่ยมเร่งรีบ จะได้ล้างมือได้ทันท่วงที โดยควรจัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือในแต่ละเตียงผู้ป่วย และเพิ่มอุปกรณ์ในจุดต่างๆเพื่อการล้างมือ เช่น ในห้องน้ำ ตามข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ที่ผู้มาเยี่ยมได้แสดงความคิดเห็น ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหา อุปกรณ์มีไม่เพียงพอและไม่พร้อม

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารการพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ไปใช้ในการวางแผนจัดอบรมการล้างมือแก่ผู้มาเยี่ยม เพื่อให้ความรู้การล้างมือที่ถูกต้อง และสร้างความตระหนัก และทัศนคติที่ดีในการล้างมือแก่ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย
2. หัวหน้าหน่วยงานควรมีการจัดสรรอุปกรณ์ในการล้างมือให้เพียงพอและสะดวกในการใช้ เช่น การมีขวดแอลกอฮอล์ล้างมือไว้ประจำเตียงผู้ป่วย การจัดสรรน้ำยาฆ่าเชื้อ และผ้าสะอาดบริเวณอ่างล้างมือเพื่อเป็นการส่งเสริมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย
3. บุคลากรพยาบาลทุกคน ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการล้างมือ และกระตุ้นให้ผู้มาเยี่ยมล้างมือ ตาม 5 moment รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้มาเยี่ยมในการไม่ล้างมือ หรือล้างมือไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยม เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์การล้างมือ เป็นต้น
2. ศึกษาโดยการสังเกตพฤติกรรมการล้างมือของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ ตั้งสกุล. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลรามธิบดี. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- เจนจิรา สมโน. (2557). ผลของโปรแกรมการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สืบค้น 17 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/downloads/?p=3271>
- สมหมาย หิรัญนุชและคณะ. (2549). การป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และ นิรันดร์ วรรณประภา. (2559). สถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล. สืบค้น 23 มิถุนายน 2560, จาก <http://203.157.15.110/boe/getFile.php?id=MTUz&lbt=Y2Zm&rid=ZmlsZXNfdXBsb2FkL2NvbmlcmVudU=>
- อนูวัฒน์ ศุภชุตกุล. (2551) Patient Safety Goals : SIMPLE. สืบค้น 13 มิถุนายน 2560, จาก

<https://www.ha.or.th/Backend/fileupload.pdf>

- อะเคื้อ อูณหเลขกะ. (2548). *การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เจ.ซี.ซี. การพิมพ์จำกัด.
- Aigbiremolen A.O. et al. (2015). Knowledge and Practice of Hand Washing among Caregivers of Under-Five Children in a Rural Nigerian Community. *Public Health Research*, 5(5), 159-165.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Boyce, JM., & Pittet, D. (2002). Guideline for handhygiene in healthcare settings. *American Journal of Infection Control*, 30(8), s1-s46.
- David J. B. & et al. (2012). Do hospital visitors wash their hands? Assessing the use of alcohol-based hand sanitizer in a hospital lobby . *American Journal of Infection Control*, 40(4), 340-343.
- David J. B. & et al. (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.
- Elaine Larson. (2007). “Dissemination of the CDC's Hand Hygiene Guideline and impact on infection rates” . *American Journal of Infection Control*, 35(10), 666–675.
- Khanghahi M.E. Jamali Z. Azar F.P. Behzad M.N. &Azami-Aghdash S. (2013). “Knowledge, Attitude, Practice, and Status of Infection Control among Iranian Dentists and Dental Students: A Systematic Review” . *Pubmed*, 7(2), 55-60.
- Larson EL, Hughes CAN, Pyrek JD, Sparks SM, Cagatay EU, & Barkus JM. (1998). Changes in bacterial Flora associated with skin damage on hands of health care personnel. *Infect Control*, 26(5), 513-521.
- The Centers for Disease Control. (2010), *Infection Control*. Retrieved June 24, 2017, from www.cdc.gov.
- Thompson BL, Dwyer DM, & Denman S. (1997). Handwashing and glove use in a long term care facility. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 18(2), 97-103.
- William D. Dupont & Walton D. Plummer, Jr., (2011). *PS - Power and Sample Size Calculation*. Retrieved June 24, 2017, from: <http://biostat.mc.vanderbilt.edu/wiki/Main/PowerSampleSize>
- Williams, E.,& Buckles, A. (1998). A lack of motivation. *Nursing Times*, 84(22). 60-71
- Won SP, Chou HC, Hsieh WS, Chen CY, Huang SM, Tsou KI, et al. (2004). Hand-washing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 25(9), 742-746.
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Retrieved June 13, 2017, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.