

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) หมายถึง การติดเชื้ออันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลินทรีย์ขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเชื่อนี้อาจเป็นเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วย หรือจากเชื้อภายนอกในร่างกายผู้ป่วย โดยขณะที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวของเชื่อนั้น ๆ มาก่อน หากไม่ทราบระยะฟักตัวของเชื่อนานเท่าใด และพบว่าการติดเชื้อนั้นปรากฏอาการหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมง ให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Gayner & Horan, 1997) การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นผลมาจากความไม่สมดุลขององค์ประกอบของการติดเชื้อ ได้แก่ บุคคลที่ไวต่อการติดเชื้อ (susceptible host) เชื้อที่เป็นสาเหตุ (agent) และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (environment) โดยมีวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อที่เชื่อมโยงให้บุคคลที่ได้รับเชื้อโรค เกิดการความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (Castel & Ajimain, 1997) ซึ่งการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

การสำรวจการติดเชื้อในโรงพยาบาล 42 แห่งทั่วประเทศไทย พบความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 6.4 (Danchaivijitrmd, Dhiraputra, Santiprasitkul, & Judaeng, 2005) ส่วนในประเทศฝรั่งเศส พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 7.6 (The French Prevalence Survey Study Group, 2000) และในประเทศอังกฤษพบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 9 (Ememersen, Enstone, Kelsey, & Smyth, 1996) ต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งเชื้อที่พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ เชื้อแบคทีเรีย เช่น เชื้อสเตรปโตค็อกคัส แอโรจีโนซา (*Pseudomonas aeruginosa*) เชื้ออีโคไล (*Escherichia coli*) เชื้อเอนเทอโรค็อกคัส (*Enterococci*) และเชื้อสแตฟิโลค็อกคัส ออเรียส (*Staphylococcus aureus*) เป็นต้น (สมหวัง คำนชัยจิตร, 2544) เมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลแล้ว จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพที่มักใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำลายอย่างกว้างขวาง เพื่อให้ครอบคลุมเชื้อได้ทั้งหมด โดยเฉพาะการรักษาภาวะที่มีการติดเชื้อรุนแรงหลายตำแหน่ง แม้ว่าการได้รับยาด้านจุลชีพจะสามารถควบคุมการ

ติดเชื้อได้ แต่ผลที่ตามมาคือทำให้เชื้อจุลชีพเกิดการพัฒนาคือยาที่ใช้รักษาการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ยิ่งถ้าได้รับยาต้านจุลชีพหลายชนิดเชื้อที่เหลืออยู่ก็คืดยาหลายชนิด (Cohen & Tartasky, 1997)

การติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีสาเหตุจากเชื้อที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ มีแนวโน้มพบเพิ่มสูงขึ้น ดังผลการรายงานของศูนย์เฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Nosocomial Infection Surveillance [NNIS]) ในระหว่างปี ค.ศ. 1998-2002 พบเชื้อสตาฟิโลค็อกคัส ออเรียส ที่ดื้อต่อยาอิมิพีแนม ยาควิโนโลน และยาเซฟาโลสปอรินรุ่นที่ 3 เชื้อเอ็นเทอโรคอกคัส ที่ดื้อยาแวนโคมัยซิน เชื้อเคลบเซลลา สปีชีส์ (*Klebsiella species*) ที่ดื้อต่อยาเซฟาโลสปอรินรุ่นที่ 3 และเชื้อสแตฟิโลค็อกคัส ออเรียส ที่ดื้อต่อยาเมทิซิลลิน (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* [MRSA]) เพิ่มสูงขึ้น (NNIS, 2004) โดยเฉพาะเชื้อ MRSA ซึ่งมีแนวโน้มพบเพิ่มสูงขึ้นจากหลายรายงาน ผลจากศูนย์เฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติสหรัฐอเมริกาพบเชื้อ MRSA เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2003 เมื่อเทียบกับการติดเชื้อในปี ค.ศ. 1998-2002 (NNIS, 2004) ส่วนข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ในประเทศไทย (National Antimicrobial Resistant Surveillance Thailand [NARST]) พบการติดเชื้อ MRSA ในสิ่งส่งตรวจเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 24 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 32 ในปี พ.ศ. 2546 และในโรงพยาบาลอุทัยธานีพบเชื้อ MRSA เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในระหว่างปี พ.ศ. 2546-2548 โดยพบร้อยละ 10.3, 29.3 และ 30.3 ต่อเชื้อจุลชีพที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอุทัยธานี, 2548)

การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการติดเชื้อ MRSA เนื่องจากเป็นที่รวมของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง มีความไวต่อการรับเชื้อ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ในการรักษาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเป็นหนทางที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้โดยง่าย ประกอบกับการได้รับยาต้านจุลชีพในการรักษาจำนวนมากและหลายขนานทำให้เชื้อก่อโรคมักมีการพัฒนาดื้อต่อยามากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ MRSA สูงกว่าหอผู้ป่วยอื่น ๆ ถึง 60 เท่า (Asenio, Guerrero, Quereda, Lizan, & Martinez-Ferrer, 1996) ดังการสำรวจการติดเชื้อในทวีปยุโรปพบเชื้อ MRSA ร้อยละ 20 จากสิ่งส่งตรวจทั้งหมด โดยพบเป็นการติดเชื้อในหอผู้ป่วยหนักสูงที่สุดคือร้อยละ 35 ของการติดเชื้อ MRSA ทั้งหมด (Tiemersma et al., 2004) และในโรงพยาบาลอุทัยธานีพบเชื้อ MRSA เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มสูงขึ้น โดยพบร้อยละ 12.8, 40.8 และ 50.5 ของเชื้อจุลชีพที่ก่อ

โรคทั้งหมดในหอผู้ป่วยหนัก ในปี พ. ศ. 2546, 2547 และ 2548 ตามลำดับ (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอุทัยธานี, 2548)

การติดเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูงขึ้น จากการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ที่รวบรวมผลงานวิจัย 31 รายงาน ระหว่างปี ค.ศ. 1980-2000 ของคอสโกรฟและคณะ (Cosgrove et al., 2003) พบว่าการติดเชื้อ MRSA ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายสูงกว่าการติดเชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัสสอเรียสที่ไวต่อยาเมทิซิลลิน (Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* [MSSA]) 1.93 เท่า และการศึกษาผลกระทบของการติดเชื้อ MRSA ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าการระบาดของเชื้อชนิดนี้ ทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงทั้งในด้านค่ารักษาพยาบาลและการควบคุมการระบาดของเชื้อ อีกทั้งยังต้องทำการปิดหอผู้ป่วยชั่วคราวและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยต้องหยุดพักงานเมื่อมีการระบาดของเชื้อเกิดขึ้น (Vreins et al., 2002) เช่นเดียวกับที่พบในโรงพยาบาลอุทัยธานี เมื่อมีการระบาดของเชื้อ MRSA ในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ต้องปิดหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ในเดือน กันยายน 2547 เพื่อทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและยุติการระบาด (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอุทัยธานี, 2547) ดังนั้นการติดเชื้อ MRSA จึงเป็นปัญหาดำคัญ ที่บุคลากรต้องหามาตรการในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

การศึกษาวิจัยเพื่อหามาตรการในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาลนั้นพบว่ามีหลายวิธี ได้แก่ การเฝ้าระวังด้วยวิธีการเพาะเชื้อร่วมกับการแยกผู้ป่วยและการกำจัดนิคมของเชื้อ (Khoury, Jones, Grim, Dunne, & Fraser, 2005) การแยกผู้ป่วย (Jenigan, Titus, Groschel, Getchell-White, & Farr, 1996) การแยกผู้ป่วยและการควบคุมการใช้ด้านจุลชีพ (Matsumura et al., 1996) การกำจัดนิคมของเชื้อ (Mori et al., 2005) การทำความสะอาดมือ (ไพฑูรย์ บุญมา, 2548; Gordin, Schultz, Huber, & Janet, 2005; Pittet et al., 2000) ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA นั้น ไม่สามารถใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งเท่านั้น ต้องใช้หลายวิธีประกอบกัน ขึ้นกับสถานการณ์ของการติดเชื้อในขณะนั้น อย่างไรก็ตามการปฏิบัติในการควบคุมแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาล ควรเลือกใช้วิธีการที่ผ่านการพิสูจน์หรือทดลองด้วยกระบวนการวิจัยมาแล้วว่ามีประสิทธิภาพนั่นคือ ควรเป็นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เนื่องจากเป็นการปฏิบัติที่อาศัยองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย ผสมผสานกับประสบการณ์ทางคลินิกและความชำนาญเฉพาะทางของผู้ปฏิบัติ และความพึงพอใจหรือความต้องการของผู้รับบริการ (Pearson & Craig, 2002) การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้อุบัติการณ์การปฏิบัติใน

แนวทางเดียวกัน และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านความคุ้มค่า คุ้มทุน (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996) ดังนั้นการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA จึงควรปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

องค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาล มีความก้าวหน้าค่อนข้างมาก จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาลของคณะทำงาน The British Society for Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society และ the Infection Control Nurses Association ของประเทศอังกฤษ ในปี ค. ศ. 1998 จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยข้อปฏิบัติในเรื่อง การให้ความรู้แก่บุคลากร การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ การดูแลอุปกรณ์และของที่ใช้กับผู้ป่วย การกำจัดนิคมของเชื้อ การจำกัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการกำจัดเชื้อในสิ่งแวดล้อม (Ayliffe et al., 1998) ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย เฟร์นันเดซ กริฟฟิธ เฮคอม และ โช (Fernandez, Griffiths, Halcomb, & Chow, 2002) ในปี ค.ศ. 2002 จากการรวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์ปี ค.ศ. 1985-2000 จำนวน 34 รายงาน ได้ข้อสรุปกลยุทธ์ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบเฉียบพลัน ดังนี้ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร ต่อมาในปี ค. ศ. 2003 The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค. ศ. 1966-2002 ได้กำหนดแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ดังนี้ การให้ความรู้แก่บุคลากร การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การสวมอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การทำความสะอาดมือ การดูแลอุปกรณ์และของที่ใช้กับผู้ป่วย การกำจัดเชื้อในสิ่งแวดล้อม การกำจัดนิคมของเชื้อ การมีนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพ และการมีระบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ (Muto et al., 2003) ซึ่งการปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลดังกล่าวนี้ ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำให้การดูแลใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ โดยพยาบาลที่ให้การพยาบาลโดยตรงในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ควรมีส่วนร่วมปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วย ในเรื่อง การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การกำจัดเชื้อในสิ่งแวดล้อม การสวมอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในขณะดูแลผู้ป่วย และการดูแลอุปกรณ์และของที่ใช้กับผู้ป่วย (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2542 ก) ซึ่งมีส่วนช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

การปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ของบุคลากรในโรงพยาบาลตามแนวปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นนั้น ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากมีรายงานหลายรายงาน จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า การระบาดของเชื้อ MRSA มักจะมีความสัมพันธ์กับการที่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยมีสุขอนามัยไม่ดี หรือไม่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Fernandez et al., 2002) ซึ่งมีผลผลงานวิจัยพบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ MRSA นั้นมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น ทำความสะอาดมือไม่ครบทุกขั้นตอน (Lambert, 1995) ไม่สวมถุงมือ เลือกลูม ผ้าปิดปาก-จมูก ทุกครั้งก่อนการดูแลผู้ป่วย (Afif, Hunor, Brassard, & Loo, 2002; Richet et al., 1996) และจากการสัมภาษณ์พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ MRSA ส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในการแยกผู้ป่วยและการระมัดระวังไม่ให้เชื้อแพร่กระจาย (Richet et al., 1996) เช่นเดียวกันกับผลการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลอุทัยธานีโดยผู้วิจัย ในเดือน กุมภาพันธ์ พ. ศ. 2549 พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ปฏิบัติไม่ถูกต้องในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA เช่น ไม่สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก ทุกครั้งก่อนการเข้าห้องแยกผู้ป่วย และทำความสะอาดมือไม่ครบทุกขั้นตอน และผลการสัมภาษณ์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 10 คนโดยผู้วิจัย พบว่าส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาลจึงต้องการได้รับการอบรมในเรื่องนี้ ซึ่งตรงกับผลการประชุมของคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอุทัยธานี ต้องการให้มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติของพยาบาล ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาล (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอุทัยธานี, 2549)

การกระตุ้นและการส่งเสริมให้บุคลากร ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้น ทำได้หลายวิธี ดังที่มีการศึกษาไว้ เช่น การกำหนดเป็นนโยบาย (Kelen et al., 1991) การอบรมให้ความรู้ (Talan & Baraff, 1990) การให้ความรู้และการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร, ลักษณะ พูลปัญญา, จรัสศรี จันทร์สายทอง, และศรัทธา ศรีทิพย์, 2538) ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของไน โกบาและเฮวอร์ด (Naikoba & Hayward, 2001) พบว่าการกระตุ้นเตือนให้บุคลากรในโรงพยาบาลทำความสะอาดมือนั้นใช้วิธีการเดียวไม่ได้ผล หรืออาจได้ผลในระยะสั้นเท่านั้น ควรใช้หลายวิธีประกอบกันจึงจะได้ผลในระยะยาว ซึ่งตรงกับผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของเบโรและคณะ (Bero et al., 1998) ก็พบเช่นกันว่า การส่งเสริมให้มีการนำผลงานวิจัยไปใช้นั้นใช้หลายวิธีประกอบกันซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้วิธีการเดียว

การกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ให้ถูกต้องและยั่งยืนได้นั้น เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ของบุคลากรซึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายปัจจัย ดังแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) ในเรื่อง PRECEDE Model เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรว่าประกอบด้วย ปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยชักนำ (predisposing factors) ปัจจัยส่งเสริม (reinforcing factors) และ ปัจจัยเอื้ออำนวย (enabling factors) โดย ปัจจัยชักนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และความเชื่อ ซึ่งเป็น ปัจจัยภายในตัวบุคลากรที่จะส่งเสริมหรือยับยั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้รางวัลหรือการลงโทษ ซึ่งเป็น ปัจจัยภายนอกตัวบุคลากร ที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้น การอยู่คงที่หรือการหมดสิ้นพฤติกรรม ส่วนปัจจัย เอื้ออำนวย ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคลากรที่กระตุ้นให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยควบคู่กันไป จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคลากรดีขึ้นและคงอยู่ได้นาน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำเอารอบแนวคิด PRECEDE Model ดังกล่าว มาใช้ในการ ส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยการให้ปัจจัยชักนำ คือ การอบรมให้ความรู้ร่วมกับการให้คู่มือ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ปัจจัยส่งเสริม คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับและการเตือนด้วย โปสเตอร์ และปัจจัยเอื้ออำนวย คือ การสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ซึ่งส่งเสริมให้ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอุทัยธานี มีความรู้และปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใน การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA อันจะเป็นผลช่วยลดการติดเชื้อ MRSA ในหอผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ระหว่างก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ
2. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล ในการควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อ MRSA ระหว่างก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ ในการ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในหอผู้ป่วยหนัก

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลมีคะแนนความรู้ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ
2. พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนหลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอุทัยธานี ตั้งแต่ เดือน สิงหาคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ หมายถึง รูปแบบของการดำเนินกิจกรรมการกระตุ้นให้เกิดความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ตามแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) ในรูปแบบ PRECEDE Model ประกอบด้วย การให้ปัจจัยชักนำ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยชักนำ คือ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ร่วมกับการให้คู่มือ ปัจจัยส่งเสริม คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA การใช้โปสเตอร์กระตุ้นเตือนในที่ปฏิบัติงาน และปัจจัยเอื้ออำนวย คือ การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ให้อย่างเพียงพอ โดยให้ปัจจัยทั้ง 3 ควบคู่กันไป เพื่อก่อให้เกิดความรู้และการปฏิบัติที่ยั่งยืน

การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA หมายถึง การกระทำตามแนวทางที่สร้างขึ้นจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับและมีหลักฐานอ้างอิงว่ามีประสิทธิภาพ ได้ผลลัพธ์ที่ดี มีความเสี่ยงน้อยที่สุด ซึ่งช่วยให้พยาบาลใช้ประกอบการตัดสินใจ หรือใช้เป็นแนวทางในการดูแล

รักษาผู้ป่วยติดเชื้อหรือมีนิคมของเชื้อ MRSA ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การกำจัดเชื้อในสิ่งแวดล้อม และการดูแลอุปกรณ์และของที่ให้กับผู้ป่วย

ความรู้ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA หมายถึง ความเข้าใจ และความสามารถในการจำของพยาบาล ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ในเรื่อง ความหมายของเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อ ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การทำลายเชื้อ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ความหมายของการมีนิคมของเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ แหล่งของเชื้อ วิธีการทำความสะอาดมือ หลังดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ความหมายของผู้ติดเชื้อ ประเมินโดยแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การปฏิบัติในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA หมายถึง การกระทำของพยาบาลตามแนวทางที่สร้างขึ้นในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ MRSA จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ หรือมีนิคมของเชื้อ MRSA ในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลอุปกรณ์และของที่ให้กับผู้ป่วย และการกำจัดเชื้อในสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยแบบบันทึกการสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

การติดเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อ MRSA ภายหลังจากการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล 72 ชั่วโมง โดยไม่มีประวัติการตรวจพบเชื้อมาก่อน และมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อร่วมด้วย

การมีนิคมของเชื้อ MRSA (colonization) หมายถึง การตรวจพบเชื้อ MRSA บริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ

หอผู้ป่วยหนัก หมายถึง สถานที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ในโรงพยาบาลอุทัยธานี