

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการแยกผู้ป่วย สิ่งสนับสนุนและสิ่งที่เอื้อในการแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลสตูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเพื่อตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค จำนวน 81 คน ปฏิบัติงานใน 7 หอผู้ป่วย ประกอบด้วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยพิเศษและศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสังเกตเหตุการณ์การปฏิบัติการแยกผู้ป่วย เป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานใน 4 หอผู้ป่วย ประกอบด้วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ผลการวิเคราะห์นำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการแยกผู้ป่วยจากแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการแยกผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างจากการสังเกต
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนในการแยกผู้ป่วย
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้อในการแยกผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และการเข้าร่วมประชุม/อบรมเรื่องการแยกผู้ป่วย ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 1 – 3

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและตำแหน่งการปฏิบัติงาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 81)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	81	100.0
อายุ (ปี)		
20 – 24	20	24.7
25 – 29	18	22.2
30 – 34	28	34.6
35 – 39	11	13.6
≥ 40	4	4.9
พิสัย 21-45 ปี ค่าเฉลี่ย = 31 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพระดับต้น (พยาบาล)	35	43.2
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (พยาบาล)	24	29.6
ปริญญาตรี	22	27.2
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	46	56.8
พยาบาลเทคนิค	35	43.2

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 โดยมีอายุระหว่าง 21-45 ปี (เฉลี่ย 31 ปี) กลุ่มอายุมากที่สุดอยู่ระหว่าง 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.6 รองลงมาอยู่ระหว่าง 20 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.7 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.2 มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพระดับต้น รองลงมาคือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คิดเป็นร้อยละ 29.6 มีตำแหน่งการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 56.8 และพยาบาลเทคนิค คิดเป็นร้อยละ 43.2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน และหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 81)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ปี)		
1 – 5	32	39.5
6 – 10	26	32.1
11 – 15	18	22.3
16 – 20	1	1.2
> 20	4	4.9
พิสัย 1-23 ปี ค่าเฉลี่ย = 8 ปี		
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน (ปี)		
1 – 5	46	56.8
6 – 10	27	33.4
11 – 15	7	8.6
16 – 20	0	0
> 20	1	1.2
พิสัย 1-22 ปี ค่าเฉลี่ย = 7 ปี		
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยหนัก	13	16.0
หอผู้ป่วยพิเศษและศัลยกรรมหญิง	13	16.0
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	12	14.8
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย	11	13.6
หอผู้ป่วยหลังคลอด-นรีเวชกรรม	11	13.6
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	11	13.6
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	10	12.4

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อยู่ในช่วง 1-23 ปี (เฉลี่ย 8 ปี) โดยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.5 รองลงมา อยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.1 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน อยู่ในช่วง 1-22 ปี (เฉลี่ย 7 ปี) โดยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมา อยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.4 หอผู้ป่วยที่ประชากรปฏิบัติงาน มากที่สุด คือ หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยพิเศษ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 16.0 รองลงมา คือ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 14.8

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าร่วมประชุม/อบรมเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วย ระยะ
เวลาและหน่วยงานที่จัดอบรม

การได้รับการอบรม	จำนวน (n = 81)	ร้อยละ
ไม่เคย	53	65.4
เคย	28	34.6
1 ครั้ง	23	82.1
2 ครั้ง	3	10.7
3 ครั้ง	2	7.2
ระยะเวลาที่จัดอบรม		
3 ชั่วโมง	25	89.3
ไม่ระบุ	3	10.7
หน่วยงานที่จัดอบรม		
โรงพยาบาลสตูล	28	100.0

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.6 เคยได้เข้าร่วมประชุม/อบรมเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยมากที่สุดได้รับการอบรม 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.1 ของผู้ที่ได้รับการอบรม รองลงมาได้รับการอบรม 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของผู้ที่ได้รับการอบรม ระยะเวลาที่อบรม 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 89.3 และโรงพยาบาลสตูลเป็นหน่วยงานที่จัดอบรม คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการแยกผู้ป่วย จากแบบสอบถาม ประกอบด้วย การปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยแบบมาตรฐานและการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามวิธีทางแพร่กระจายเชื้อ ดังแสดงในตาราง 4-6

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วย

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติระดับสูง	4	5.0
การปฏิบัติระดับปานกลาง	12	14.8
การปฏิบัติระดับต่ำ	33	40.7
การปฏิบัติระดับต่ำมาก	32	39.5
รวม	81	100.0

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.7 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ รองลงมา ร้อยละ 39.5 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยแบบมาตรฐาน

กิจกรรมการแยกผู้ป่วย	ระดับการปฏิบัติ				
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การล้างมือ	5 (6.2)	19 (23.4)	26 (32.1)	22 (27.2)	9 (11.1)
2. การใช้อุปกรณ์ป้องกัน	0 (0.0)	5 (6.2)	6 (7.4)	31 (38.3)	39 (48.1)
3. การป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคม	19 (23.4)	20 (24.7)	15 (18.6)	19 (23.4)	8 (9.9)
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	38 (47.2)	21 (25.4)	10 (12.5)	8 (9.9)	4 (5.0)
5. การจัดการผ้าเปื้อน	38 (47.2)	25 (30.5)	10 (12.5)	6 (7.4)	2 (2.4)

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.1 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมืออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 24.7 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.2 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูงมาก และร้อยละ 47.2 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการผ้าเปื้อนอยู่ในระดับสูงมาก

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามวิธีการแพร่กระจายเชื้อ

กิจกรรมการแยกผู้ป่วย	ระดับการปฏิบัติ				
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ	0 (0.0)	6 (7.4)	5 (6.2)	13 (16.0)	57 (70.4)
2. การแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ โดยละออง	2 (2.4)	1 (1.2)	5 (6.2)	9 (11.1)	64 (79.1)
3. การแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ จากการสัมผัส	0 (0.0)	7 (8.6)	10 (12.3)	23 (28.3)	41 (50.6)

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70.4 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามการแพร่เชื้อทางอากาศอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 79.1 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามการแพร่เชื้อโดยฝอยละอองอยู่ในระดับต่ำมาก และร้อยละ 50.6 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการแยกผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง จากการสังเกตเหตุการณ์ ประกอบด้วย การปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยแบบมาตรฐาน และการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ ดังแสดงในตาราง 7 – 12

ตาราง 7

จำนวนครั้งของการปฏิบัติการล้างมือของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมการล้างมือ
(กิจกรรมละ 10 เหตุการณ์)

กิจกรรมการล้างมือ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. ล้างมือก่อนทำกิจกรรม	3	0	7
2. ล้างมือหลังสัมผัสเลือด	0	9	1
3. ล้างมือหลังสัมผัสสารคัดหลั่ง	0	9	1
4. ล้างมือหลังสัมผัสสิ่งขับถ่าย	0	10	0
5. ล้างมือหลังสัมผัสสารน้ำที่ออกจากอวัยวะ	0	10	0
6. ล้างมือหลังสัมผัสของใช้ที่มีการปนเปื้อน	0	8	2
7. ล้างมือหลังถอดถุงมือ	0	4	6
8. ล้างมือหลังจับต้องผู้ป่วย	7	0	3

จากตาราง 7 กลุ่มตัวอย่างล้างมือทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติหลังสัมผัสสิ่งขับถ่าย และหลังสัมผัสสารน้ำที่ออกจากอวัยวะ แต่เป็นการล้างมือที่ไม่ถูกต้อง รองลงมา คือ การล้างมือหลังสัมผัสเลือด และล้างมือหลังสัมผัสสารคัดหลั่ง ล้างมือ 9 ครั้ง ใน 10 ครั้ง และเป็นการล้างมือที่ไม่ถูกต้อง

ตาราง 8

จำนวนครั้งของการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกัน และการป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคม (กิจกรรมละ 10 เหตุการณ์)

กิจกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกัน และการป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน : ถุงมือ			
1. ใช้ถุงมือสะอาดในการเจาะเลือด/ให้สารน้ำทางหลอดเลือด	4	0	6
2. ใช้ถุงมือปราศจากเชื้อในการทำแผล	10	0	0
3. ใช้ถุงมือสะอาด เมื่อทำแผลโดยใช้ forceps	1	9	0
4. ใช้ถุงมือปราศจากเชื้อในการทำหัตถการ เช่น สอนปีศาจ	10	0	0
5. ใช้ถุงมือปราศจากเชื้อในการดูดเสมหะ	10	0	0
6. ถอดถุงมือทันที หลังเสร็จสิ้นแต่ละกิจกรรม	9	0	1
การป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคม			
2. ไม่สวมปลอกเข็มกลับ	8	0	2
3. สวมปลอกเข็มกลับ โดยใช้เทคนิค one-hand scoop method	10	0	0
3. ทิ้งเข็มในภาชนะที่ปิดมิดชิดป้องกันการแทงทะลุ	10	0	0
4. วางเข็ม หรือของมีคมที่ใช้แล้ว หลังเลิกใช้ใน ภาชนะที่ป้องกันการแทงทะลุ เช่น ขามรูปไค	10	0	0
5. หักหลอดยาด้วยผ้าสะอาด/สำลีแอลกอฮอล์	10	0	0
6. ทิ้งหลอดยาในภาชนะที่ป้องกันการแทงทะลุ	10	0	0

จากตาราง 8 กลุ่มตัวอย่างใช้อุปกรณ์ป้องกันบางชนิด คือใช้ถุงมือได้ถูกต้องทุกครั้ง ในการใช้ถุงมือปราศจากเชื้อในการทำแผล การใช้ถุงมือปราศจากเชื้อในการทำหัตถการ ได้แก่ สอนปีศาจ ใช้ถุงมือปราศจากเชื้อในการดูดเสมหะ รองลงมา คือปฏิบัติถูกต้อง 9 ครั้ง ได้แก่ ถอดถุงมือทันที หลังเสร็จสิ้นแต่ละกิจกรรม ส่วนการใช้ถุงมือสะอาด เมื่อทำแผลโดยใช้ forceps ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 9 ครั้ง ใน 10 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติถูกต้องทั้งหมดเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคม ยกเว้น ไม่สวมปลอกเข็มกลับ ปฏิบัติถูกต้อง 8 ครั้ง

ตาราง 9

จำนวนครั้งของการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการจัดการผ้าเปื้อน (กิจกรรมละ 10 เหตุการณ์)

กิจกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการจัดการผ้าเปื้อน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ			
1. ทิ้งเข็มฉีดยาและของมีคมลงในกล่องพลาสติก หรือ กระป๋อง	10	0	0
2. ทิ้งเลือด น้ำเหลือง หนอง เสมหะลงในโถทิ้ง ของเสียที่ต่อเข้ากับระบบบำบัดน้ำเสีย	10	0	0
3. ทิ้งสำลี ผ้าพันแผลเปื้อนเลือด หนอง อุปกรณ์ เช่น สายให้IV fluid สายสวนปัสสาวะทิ้งลงในถังขยะติดเชื้อ	10	0	0
การจัดการผ้าเปื้อน			
1. ทิ้งผ้าเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง สิ่งขับถ่ายลงถุงผ้าเปื้อน หรือถุงแดง	10	0	0
2. เอาเครื่องผ้าที่ใช้แล้ว ออกจากเตียงผู้ป่วย ทันที และแยกทิ้งคนละที่กับถุงผ้าเปื้อน	10	0	0

จากตาราง 9 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องทุกกิจกรรม และจัดการผ้าเปื้อนถูกต้องทุกกิจกรรมและทุกครั้ง

ตาราง 10

จำนวนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ
(กิจกรรมละ 3 เหตุการณ์)

กิจกรรมการแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจาย เชื้อทางอากาศ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. สวมเครื่องป้องกันทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อวัณโรค	0	1	2
2. ล้างมือทันทีด้วยสบู่เหลวมาเชื้อ หลังสัมผัสผู้ป่วย	0	3	0
3. สวมถุงมือสะอาด เมื่อสัมผัสเสมหะผู้ป่วย	2	1	1
4. จัดให้ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อเคลื่อนย้ายออกจากห้องแยกไปที่อื่นๆ	0	0	3

จากตาราง 10 การแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 เหตุการณ์ คือ ล้างมือทันทีด้วยสบู่เหลวมาเชื้อหลังสัมผัสผู้ป่วย แต่เป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ สวมถุงมือสะอาด เมื่อสัมผัสเสมหะผู้ป่วย จำนวน 2 เหตุการณ์ ใน 3 เหตุการณ์ การสวมเครื่องป้องกันทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อวัณโรค ปฏิบัติ 1 เหตุการณ์ เป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่วนการจัดให้ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อเคลื่อนย้ายออกจากห้องแยกไปที่อื่นๆ ไม่มีการปฏิบัติ

ตาราง 11

จำนวนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อโดยฝอยละออง
(กิจกรรมละ 3 เหตุการณ์)

กิจกรรมการแยกผู้ป่วยที่แพร่ กระจายเชื้อ โดยฝอยละออง	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. สวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อทำกิจ กรรมกับผู้ป่วย	0	0	3
2. ล้างมือทันทีด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อ หลังสัมผัสผู้ป่วย	0	3	0
3. สวมถุงมือสะอาด เมื่อสัมผัสเสมหะ น้ำลายผู้ป่วย	3	0	0
4. ให้ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อเคลื่อนย้ายไปสถานที่อื่น	0	0	3

จากตาราง 11 การแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ โดยฝอยละออง มีกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง
ทั้ง 3 เหตุการณ์ คือ สวมถุงมือสะอาด เมื่อสัมผัสเสมหะ น้ำลายผู้ป่วย ส่วนการล้างมือทันทีด้วยสบู่เหลว
ฆ่าเชื้อปฏิบัติไม่ถูกต้องทั้ง 3 เหตุการณ์ขณะที่กิจกรรมอื่นๆ ไม่ได้ปฏิบัติ การสวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อ
ทำกิจกรรมกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อเคลื่อนย้ายไปสถานที่อื่น กลุ่มตัวอย่างไม่
ปฏิบัติ

ตาราง 12

จำนวนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส
(กิจกรรม ละ 3 เหตุการณ์)

กิจกรรมการแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจาย เชื้อจากการสัมผัส	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. สวมถุงมือสะอาด เมื่อสัมผัส สารคัดหลั่ง สิ่งขับถ่ายของผู้ป่วย	2	0	1
2. ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย	0	0	3
3. ล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วยด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อ	0	2	1
4. สวมเสื้อคลุม เมื่อทำกิจกรรมกับผู้ป่วยทารก หรือเด็กเล็กที่มีอาการถ่ายเหลว	0	0	3*
5. เปลี่ยนผ้าปิดแผล เมื่อมีการซึมเปื้อนของสารคัดหลั่ง จากแผล ก่อนส่งผู้ป่วยไปแผนกอื่นๆ	3	0	0

* หมายเหตุ จากการสังเกตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ไม่พบว่ามีเสื้อคลุม ทำให้ไม่สามารถสังเกต
กิจกรรมข้อที่ 4 ได้

จากตาราง 12 การแยกผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสของกลุ่มตัวอย่าง มีกิจกรรมที่
ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้ง 3 เหตุการณ์ คือ เปลี่ยนผ้าปิดแผล เมื่อมีการซึมเปื้อนของสารคัดหลั่งจากแผล ก่อน
ส่งผู้ป่วยไปแผนกอื่นๆ รองลงมาปฏิบัติได้ถูกต้อง 2 เหตุการณ์ ใน 3 เหตุการณ์ คือ สวมถุงมือสะอาด
เมื่อสัมผัสสารคัดหลั่ง สิ่งขับถ่ายผู้ป่วย การล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วยด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อ ปฏิบัติ 2 เหตุ
การณ์ เป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้อง และการล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติทั้ง 3 เหตุการณ์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนในการแยกผู้ป่วย

ตาราง 13

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนในการแยกผู้ป่วย (n=81)

สิ่งสนับสนุน	ความคิดเห็น		
	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)
1. เข็มฉีดยาและเจาะเลือดชนิดใช้ครั้งเดียว	78 (96.3)	3 (3.7)	0
2. เข็มเหล็กสำหรับดูดซึมน้ำกลัมนำมาใช้ซ้ำ	67 (82.7)	14 (17.3)	0
3. กระบอกฉีดยาแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง	74 (91.4)	5 (6.2)	2 (2.4)
4. กระบอกฉีดยา(แก้ว)แบบนำมาใช้ซ้ำ	77 (95.1)	4 (4.9)	0
5. อุปกรณ์ที่ใช้ในการล้างมือ			
5.1 สบู่ก้อน	75 (92.6)	6 (7.4)	0
5.2 สบู่เหลวฆ่าเชื้อ	7 (8.6)	9 (11.1)	65 (80.3)
5.3 ผ้าเช็ดมือแบบใช้ครั้งเดียว	55 (67.9)	23 (28.4)	3 (3.7)
6. เครื่องป้องกัน			
6.1 แว่นป้องกันตา	18 (22.2)	21 (25.9)	42 (51.9)
6.2 หมวกคลุมผม	19 (23.5)	15 (18.5)	47 (58.0)
6.3 ผ้ากันเปื้อน	52 (64.2)	16 (19.8)	13 (16.0)
6.4 เสื้อคลุม	8 (9.9)	10 (12.3)	63 (77.8)
6.5 ผ้าปิดปาก-จมูกชนิดผ้า หรือใช้แล้วทิ้ง	61 (75.3)	15 (18.5)	5 (6.2)
6.6 เครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจ	1 (1.2)	4 (4.9)	76 (93.9)
6.7 ถุงมือสะอาด	74 (91.4)	5 (6.2)	2 (2.4)
6.8 ถุงมือปราศจากเชื้อ	79 (97.5)	2 (2.5)	0
6.9 ถุงมืออย่างหนา	19 (23.5)	26 (32.1)	36 (44.4)
7. วัสดุฝอย/ขยะ			
7.1 สีดำ	74 (91.4)	7 (8.6)	0
7.2 สีแดง	74 (91.4)	7 (8.6)	0
8. ถังมูลฝอยติดเชื้อชนิดเปิด-ปิดด้วยเท้า	56 (69.1)	20 (24.7)	5 (6.2)
9. ภาชนะโลหะ/พลาสติกหนาป้องกันการแทงทะลุ สำหรับทิ้งเข็ม	46 (56.8)	21 (25.9)	14 (17.3)
10. ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อ	15 (18.5)	44 (54.3)	22 (27.2)

จากตาราง 13 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าสิ่งสนับสนุนในการแยกผู้ป่วยที่พบว่าไม่มีใช้

ได้แก่ เครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจร้อยละ 93.9 สบู่เหลวฆ่าเชื้อ ร้อยละ 80.3 เสื้อคลุม ร้อยละ 77.8 หมวกคลุมผม ร้อยละ 58.0 แวนป้องกันตา ร้อยละ 51.9 และถุงมืออย่างหนา ร้อยละ 44.4

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้อในการแยกผู้ป่วย

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้อในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแยก (n=81)

สิ่งที่เอื้อในการแยกผู้ป่วย	ความคิดเห็น		
	มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทราบ จำนวน (ร้อยละ)
1. คู่มือที่มีในหอผู้ป่วย			
1.1 คู่มือการล้างมือ	47 (58.0)	23 (28.4)	11 (13.6)
1.2 คู่มือการทำความสะอาด	34 (41.9)	28 (34.6)	19 (23.5)
1.3 คู่มือการจัดการมูลฝอย	23 (28.4)	41 (50.6)	17 (21.0)
1.4 คู่มือการจัดการผ้าเปื้อน	19 (23.4)	45 (55.6)	17 (21.0)
1.5 คู่มือแยกผู้ป่วยวัณโรค	15 (18.5)	48 (59.3)	18 (22.2)
1.6 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อคื้อยา เช่น MRSA	13 (16.1)	47 (58.0)	21 (25.9)
2. นโยบายการแยกผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร	16 (19.7)	31 (38.3)	34 (42.0)
3. นโยบายการแยกผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วย ติดเชื้อวัณโรค เป็นต้นเป็นลายลักษณ์อักษร	20 (24.7)	30 (37.0)	31 (38.3)

จากตาราง 14 กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ มีสิ่งที่เอื้อในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแยก ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย คือ คู่มือการล้างมือ มีร้อยละ 58.0 คู่มือการทำความสะอาด มีร้อยละ 41.9 กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับไม่มีสิ่งที่เอื้อในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแยก ได้แก่ คู่มือแยกผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 59.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อคื้อยา ร้อยละ 58.0 และคู่มือการจัดการผ้าเปื้อน ร้อยละ 55.6 และกลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นว่าไม่ทราบนโยบายการแยกผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 42.0 และนโยบายการแยกผู้ป่วยเฉพาะโรค ร้อยละ 39.3

การอภิปรายผล

การศึกษาการปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลสตูล สามารถแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. การปฏิบัติของพยาบาลในการแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลสตูล

1.1 การปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับต่ำ การแยกผู้ป่วยตามคำแนะนำของ CDC และคณะกรรมการ HICPAC เป็นแนวทางการปฏิบัติแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1996 (Garner et al, 1996) หรือ พ.ศ. 2539 หลักการแยกผู้ป่วยแบบใหม่นี้ ได้นำเอาข้อเด่นและปรับปรุงข้อด้อยของการแยกผู้ป่วยแบบต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยแบบมาตรฐาน ที่ใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยติดเชื้อหรือไม่ ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามวิธีการแพร่กระจายเชื้อใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยรายหนึ่งรายใดที่ทราบ หรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศ โดยลอยละอองและจากการสัมผัส (Garner et al, 1996) ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากหลักการแยกผู้ป่วยดังกล่าวเป็นการปฏิบัติแนวใหม่ในโรงพยาบาลสตูล ซึ่งโรงพยาบาลสตูลได้กำหนดให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามคำแนะนำของ CDC และคณะกรรมการ HICPAC ในปี พ.ศ. 2542 แต่มีการเตรียมอุปกรณ์ในการปฏิบัติยังไม่เพียงพอ เช่น เครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจมีร้อยละ 1.2 สบู่เหลวฆ่าเชื้อมีร้อยละ 8.6 เป็นต้น (ตาราง 13) เมื่อมีอุปกรณ์สิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ จะทำให้นักวิชาการไม่สามารถปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยได้ (วิลาวุธย์ พิเชิธรเสถียร, 2537) อีกทั้งโรงพยาบาลสตูลขาดการให้ความรู้การปฏิบัติแนวใหม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการปฏิบัติแบบเก่าๆ เช่น ใช้ถุงมือ 1 คู่ในการดูแลผู้ป่วยหลายราย ร้อยละ 75.3 หรือจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อ MRSA อยู่ห้องแยก ร้อยละ 62.9 (ภาคผนวก ข) เป็นต้น ในขณะที่การปฏิบัติแนวใหม่กำหนดให้ใช้ถุงมือ 1 คู่ในการดูแลผู้ป่วย 1 รายและเปลี่ยนถุงมือเมื่อเปลี่ยนตำแหน่งการปฏิบัติในผู้ป่วยรายเดียวกันหรือผู้ป่วยติดเชื้อ MRSA ที่แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส เน้นการล้างมือด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย (Garner et al, 1996) เช่นเดียวกับวิลาวุธย์ พิเชิธรเสถียร (2537) กล่าวว่าเมื่อขาดการให้ความรู้แก่นักวิชาการ ทำให้การปฏิบัติในการแยกผู้ป่วย ยังคงมีพฤติกรรมการปฏิบัติแบบเก่าๆ เป็นการปฏิบัติไปตามความเคยชิน นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังทราบนโยบายการแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ไม่ทั่วถึง (ตาราง 14) จึงมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยแนวใหม่ อยู่ในระดับต่ำ

1.2 การปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยแบบมาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ในเรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการจัดการผ้าเปื้อน มูลฝอยและเครื่องผ้าที่ปนเปื้อนเลือด สารน้ำ สารคัดหลั่ง ถึงขั้นถ่ายของเสียผู้ป่วยมีเชื้อก่อโรคต่างๆ ปนเปื้อนอยู่จำนวนมาก จน

กลายเป็นแหล่งโรค ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล ดังนั้นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการดูแลผ้าเปื้อนเชื้อจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเหมาะสม โดยมูลฝอยที่เป็นของแข็ง เช่น ลำไส้ ผ้าปิดแผล สายสวนปัสสาวะที่ปนเปื้อนเชื้อจะทิ้งลงในถุงแดง ของมีคมจะทิ้งลงในภาชนะที่แข็งแรง ป้องกันการแทงทะลุ (สุณี ปิยะพันธ์, 2536) ส่วนผ้าที่เปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง สิ่งขับถ่ายของผู้ป่วยแยกจะทิ้งลงในถุงผ้าเปื้อนติดเชื้อที่ป้องกันการรั่วซึม หรือใส่ถุงแดง และผ้าทั่วไปที่ใช้แล้วให้แยกทิ้งลงในถุงผ้าเปื้อนธรรมดา (ลักขณา จิตริเชื้อ, 2536) ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก เนื่องจากการปฏิบัติเกี่ยวกับการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและการแยกผ้าเปื้อน เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล เมื่อมาเป็นพยาบาลจึงปฏิบัติได้ง่าย เช่น ทิ้งก้อน ลำไส้เปื้อนเลือด หรือหนอง สายสวนปัสสาวะลงถังขยะติดเชื้อ ร้อยละ 98.8 ผ้าที่ปนเปื้อนเลือด สารคัดหลั่งแยกทิ้งลงในถุงผ้าเปื้อนติดเชื้อที่ป้องกันการรั่วซึม หรือใส่ถุงแดง ร้อยละ 85.2 เป็นต้น (ภาคผนวก ข) ประกอบกับโรงพยาบาลสตูลสนับสนุนมูลฝอยติดเชื้อสีแดงอย่างเพียงพอ (ตาราง 13) ทำให้การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและผ้าเปื้อนเป็นไปได้อย่างขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา ฉัตรรุ่ง (2540) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและการจัดการผ้าเปื้อนอยู่ในระดับดี

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ในเรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคม แมนซอร์ (Mansour, 1990) ได้กล่าวว่าพยาบาลมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากของแหลมคมที่มแทงได้ง่าย โดยเฉพาะเข็มที่มแทงมากที่สุด ร้อยละ 61.6 เมื่อเกิดเข็มที่มแทง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แพร่กระจายโดยเลือด สารน้ำ ได้แก่ เชื้อเอชไอวี ดับอักเสบบี ซึ่งการติดเชื้อดังกล่าวเป็นโรคอันตราย (CDC, 1989) การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มและของแหลมคมที่มแทง ได้แก่ ทิ้งเข็มและของมีคมลงในภาชนะที่มีฉีดยา โดยเข็มไม่สามารถแทงทะลุออกมาได้ การไม่สวมปลอกเข็มกลับ หรือสวมกลับโดยใช้เทคนิคมือเดียว การหักหลอดยาโดยใช้ผ้าสะอาด หรือลำไส้แอลกอฮอล์รองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเศษแก้วที่ม หรือบาด (คณะทำงานทบทวนคู่มือการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2538) ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการรณรงค์และเน้นเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากของแหลมคมขณะปฏิบัติงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและระมัดระวังในการปฏิบัติเกี่ยวกับเข็มและของมีคมมากยิ่งขึ้น เช่น หลังใช้เข็มกับผู้ป่วยแล้วทิ้งเข็มลงในภาชนะที่ป้องกันการแทงทะลุทันที ร้อยละ 91.4 หักหลอดยาโดยใช้ลำไส้แอลกอฮอล์ หรือผ้าสะอาด ร้อยละ 95.1 (ภาคผนวก ข) และจากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างสวมปลอกเข็มกลับโดยใช้เทคนิคมือเดียวถูกต้อง 10 ครั้ง (ตาราง 8) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเกรงกลัวต่อการติด

เชื้อเอชไอวี ดับอักเสบบี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การศึกษาของรัญลักษณ์ โอบฮ้อม (2539) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของวันทนี ทิพย์ถาวรนุกูล (2539) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของคชินทรและคณะ (Kachinton et al, 1992) เกี่ยวกับบุคลากรในทีมสุขภาพฉุกเฉินและของมีคมที่มด้า ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าสาเหตุสำคัญที่บุคลากรถูกเข็มตำ คือ การสวมปลอกเข็มกลับ ร้อยละ 61.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของโรว์และกริฟฟรี (Rowe & Grieffe, 1991) เกี่ยวกับบุคลากรพยาบาลฉุกเฉินที่มด้าของศูนย์การแพทย์นิวอิงแลนด์ ประเทศอังกฤษ พบว่าสาเหตุที่พยาบาลถูกเข็มตำ คือการสวมปลอกเข็มกลับ ร้อยละ 24

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ในเรื่อง การล้างมือ ซึ่งตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ถือว่าการล้างมือเป็นการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุด สะดวกและประหยัดมากที่สุด โดยสามารถลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้ถึงร้อยละ 50 (Larson, 1995) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมือแบบสุขอนามัยอย่างน้อย 10 วินาที (Larson, 1995) ด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อ สามารถลดเชื้อโรคที่อยู่บนมือได้สูงสุดถึง ร้อยละ 88 ในขณะที่สบู่ธรรมดาได้ร้อยละ 49 (Zaragoza et al, 1999) ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสปนเปื้อนจากสิ่งปนเปื้อนต่างๆ เช่น ฟัน คราบโคล เลือด สารน้ำ สารคัดหลั่ง และสิ่งขับถ่ายของผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการล้างมือสูง เช่น ล้างมือหลังทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วย ร้อยละ 92.6 ล้างมือหลังถอดถุงมือ ร้อยละ 95.1 เป็นต้น (ภาคผนวก ข) เช่นเดียวกับการศึกษาของแฮร์ริสและคณะ (Harris et al, 2000) เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการล้างมือของบุคลากร โรงพยาบาลเมืองบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยอุจจาระร่วง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น รวมทั้งเมื่อมีวิธีการปฏิบัติที่ง่ายและรวดเร็ว น่าจะทำให้มีการล้างมือมากขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการล้างมือก่อนปฏิบัติกิจกรรม ไม่มีความจำเป็นต้องล้างมือ เช่น กลุ่มตัวอย่างล้างมือก่อนทำกิจกรรมการพยาบาล ร้อยละ 29.7 ล้างมือก่อนใส่ถุงมือ ร้อยละ 17.3 เป็นต้น (ภาคผนวก ข) จึงทำให้การล้างมือมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของสิริวรรณ ปิยะกุลดำรง (2537) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่พบว่าเหตุผลที่เจ้าหน้าที่ไม่ล้างมือก่อนปฏิบัติกิจกรรม คือ คิดว่ามือสะอาด ใส่ถุงมือแล้วไม่จำเป็นต้องล้างมือ ไม่มีเวลา เนื่องจากทำงานอย่างต่อเนื่อง อุปกรณ์ล้างมือไม่เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของมูโตและคณะ (Muto et al, 2000) เกี่ยวกับการล้างมือของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า บุคลากรมีการล้างมือร้อยละ 60 แต่จากการสำรวจของแฮร์ริสและคณะ (Harris et al, 2000) เกี่ยวกับการล้างมือของบุคลากรในโรงพยาบาล เมืองบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรมีการล้างมือน้อยกว่า ร้อยละ 50 หรือการศึกษาของรวิพรรณ บุญเยี่ยมและคณะ (2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าพยาบาลมีการล้างมือก่อนทำกิจกรรม ร้อยละ 5.47-7.81 และล้างมือหลังทำกิจกรรม ร้อยละ 64.06-72.66 การศึกษาของรัชฎ์ลักษณ์ โอบอ้อม (2539) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าพยาบาลล้างมือหลังถอดถุงมืออยู่ในระดับดี

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก ในเรื่อง การใช้อุปกรณ์ป้องกัน เพื่อป้องกันเชื้อก่อโรคจากผู้ป่วยแพร่มาสู่พยาบาล หรือจากพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อของเชื้อก่อโรค เช่น การใช้เครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจ เมื่อเข้าห้องแยกผู้ป่วยวัณโรค การใช้แว่นป้องกันตาเมื่อปฏิบัติกิจกรรมที่มีการฟุ้งกระเด็นของเลือด การใช้ถุงมือสะอาดเมื่อสัมผัสสิ่งปนเปื้อนเชื้อเป็นต้น (Garner et al, 1996) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้อุปกรณ์ป้องกันอยู่ในระดับต่ำมาก เนื่องจากอุปกรณ์ป้องกันมีจำนวนไม่เพียงพอ ได้แก่ เครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจ มีร้อยละ 1.2 เสื้อคลุมมีร้อยละ 9.9 แว่นป้องกันตามีร้อยละ 22.2 (ตาราง 13) และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สนใจการใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการแยกผู้ป่วย เช่น สวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อคัดเสมหะให้ผู้ป่วย ร้อยละ 28.4 สวมถุงมือสะอาดเมื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 37.9 สวมเสื้อคลุม หรือผ้ากันเปื้อน เมื่อดูแลผู้ป่วยที่มีการฟุ้งกระเด็นของเลือด ร้อยละ 50.7 และใช้แว่นป้องกันตา ร้อยละ 10.3 (ภาคผนวก ข) นอกจากนี้การจัดวางอุปกรณ์ไว้ในสถานที่ที่ไม่สะดวกในการหยิบใช้เมื่อต้องการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน (ภาคผนวก ง) ซึ่งวิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร (2537) ได้กล่าวว่าเมื่อใดก็ตามที่บุคลากรมีการปฏิบัติอย่างชำนาญ โดยไม่มีการสัมผัสสิ่งปนเปื้อนเชื้อ เช่น เลือด สารน้ำ สารคัดหลั่งของผู้ป่วย เป็นต้น จึงทำให้ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน เมื่อนานไปจะปฏิบัติไปตามความเคยชิน จนไม่สนใจที่จะป้องกันตนเองและคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎ์ลักษณ์ โอบอ้อม (2539) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากร หน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบว่าบุคลากรใช้อุปกรณ์การป้องกันที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของเฮนรีและคณะ (Henry et al, 1994) เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันของบุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ นั่นคือใช้ถุงมือ ร้อยละ 67.2 แว่นป้องกันตา ร้อยละ 50.7 ผ้าปิดปาก-จมูก ร้อยละ 16 และเสื้อคลุม ร้อยละ 15.3

1.3 การปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยตามวิถีทางแพร่กระจายเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมากทั้งสามวิถีทาง การแยกผู้ป่วยตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อเป็นการปฏิบัติที่กระทำต่อผู้ป่วยในรายที่สงสัย หรือทราบว่ามีการติดเชื้อก่อโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้สูงทางอากาศ โดยฝอยละอองและจากการสัมผัส การปฏิบัติ ได้แก่ การจัดผู้ป่วยให้อยู่ห้องแยก เช่น ผู้ป่วยวัณโรค จัดให้อยู่ห้องแยกที่สามารถปรับความดันภายในห้องแยกเป็นลบ และมีการแลกเปลี่ยนของอากาศอย่างน้อย 6-12 รอบต่อชั่วโมง เป็นต้น การสวมผ้าปิดปากจมูกชนิดที่ใช้สำหรับผ่าตัด เมื่อปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อที่แพร่กระจายเชื้อโดยฝอยละอองน้อยกว่า 3 ฟุต การล้างมือด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อเมื่อสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ (Gamer et al, 1996; Parker, 1999) ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก อาจเนื่องจากการแยกผู้ป่วยตามวิถีทางแพร่กระจายเชื้อเป็นแนวปฏิบัติใหม่ ที่โรงพยาบาลสตูลได้กำหนดให้บุคลากรปฏิบัติในปี พ.ศ. 2542 ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยตามวิถีทางแพร่กระจายเชื้อ ประกอบกับสิ่งสนับสนุน เช่น ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อ เป็นห้องแยกพัฒนา ที่ไม่สามารถปรับความดันภายในห้องแยกให้เป็นลบ หรือมีการหมุนเวียนของอากาศอย่างน้อย 6-12 รอบต่อชั่วโมงได้ การมีสบู่เหลวฆ่าเชื้อ ซึ่งช่วยลดปริมาณเชื้อก่อโรคบนมือได้ดีกว่าสบู่ก้อน (Zaragoza et al, 1999) และเครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน (David, 1991) มีจำนวนจำกัด เช่นเดียวกับการศึกษาของคารารัตน์ ดำรงกุลชาติ (2540) เกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ได้แก่ การไม่มีห้องแยกผู้ป่วยวัณโรค เครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เพียงพอและไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลขาดการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก เช่น ยังมีการจัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอยู่บริเวณเดียวกับ ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 60 จัดให้ผู้ป่วยวัณโรคอยู่บริเวณเดียวกับผู้ป่วยวัณโรคคือยา ร้อยละ 79.2 หรือจัดให้ผู้ป่วยอหิวาตกโรคอยู่บริเวณเดียวกับผู้ป่วยติดเชื้อในทางเดินอาหารอื่นๆ ร้อยละ 58.2 มีการสวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยในระยะน้อยกว่า 3 ฟุต ร้อยละ 26.8 (ภาคผนวก ข) เป็นต้น สอดคล้องกับโกรตา (Grota, 1994) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยจะเป็นพื้นฐานให้บุคลากรเรียนรู้และมีการประยุกต์ใช้ ทำให้การปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติสูงขึ้น อีกทั้งโครงสร้างของอาคารและความแออัดของผู้ป่วย ที่บางขณะต้องเสริมเตียง (ภาคผนวก ค) ทำให้การปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยตามวิถีทางแพร่กระจายเชื้อปฏิบัติได้ในระดับต่ำมาก

2. สิ่งสนับสนุนและสิ่งทีเอื้อในการแยกผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสตูล

2.1 สิ่งสนับสนุนที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองของพยาบาล ประกอบด้วย ถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก หรือเครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจ เสื้อคลุม ผ้ากันเปื้อน หมวกคลุมผม แว่นป้องกันตา (พิทักษ์ทอง อิศรากร ณ อยุธยา, 2537) ในการศึกษาพบว่าสิ่งสนับสนุนที่เอื้อ

อำนาจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองของพยาบาลยังไม่เพียงพอ ได้แก่ ขาดเครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 93.9 เสื้อคลุม ร้อยละ 77.8 หมวกคลุมผม ร้อยละ 58 แวนป้องกันตา ร้อยละ 51.9 และถุงมืออย่างหนา ร้อยละ 44.4 (ตาราง 13) สาเหตุที่ไม่มีสามารถอธิบายได้ว่า เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่สนใจที่จะใช้อุปกรณ์ป้องกัน ทำให้หอผู้ป่วยไม่เบิกมาใช้ อีกประการหนึ่งเนื่องจากอุปกรณ์บางอย่าง เช่น เครื่องป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจกลุ่มตัวอย่างยังรู้จักไม่เป็นที่แพร่หลาย ทำให้ไม่มีการเสนอผู้บริหาร เพื่อจัดหามาใช้ในหอผู้ป่วย นอกจากนี้อาจเกี่ยวข้องกับภาวะเศรษฐกิจของโรงพยาบาลที่ผู้บริหารต้องพิจารณาถึงความจำเป็นในการจัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องใช้ วัสดุภัณฑ์ต่างๆ

2.2 สิ่งสนับสนุนที่เอื้ออำนาจในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ สบู่เหลวฆ่าเชื้อ ผ้าเช็ดมือ อ่างล้างมือ ถังมูลฝอยติดเชื้อสีแดง ถังมูลฝอยติดเชื้อ และห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อ การศึกษานี้พบว่าสิ่งสนับสนุนที่เอื้ออำนาจในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่ยังมีไม่เพียงพอ คือ สบู่เหลวฆ่าเชื้อ ร้อยละ 80.3 (ตาราง 14) เนื่องจากการแยกผู้ป่วยตามวิถีทางแพร่กระจายเชื้อเป็นแนวปฏิบัติแบบใหม่ ทำให้การจัดหาสบู่เหลวฆ่าเชื้อเพื่อนำมาสนับสนุนการปฏิบัติยังไม่เต็มที่ ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจของโรงพยาบาลที่ผู้บริหารจำเป็นต้องพิจารณาปริมาณการใช้และหน่วยงานที่จำเป็นต้องใช้

2.3 สิ่งที่เอื้อในการแยกผู้ป่วย ประกอบด้วยคู่มือและนโยบายการแยกผู้ป่วย ซึ่งคู่มือที่มีในหอผู้ป่วย พบว่า มีคู่มือการล้างมือ ร้อยละ 58 คู่มือการทำความสะอาด ร้อยละ 41.9 (ตาราง 14) เนื่องจากคู่มือเปรียบเสมือนแนวทางการปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน และควรมีไว้ในหอผู้ป่วยจำนวนอย่างน้อย 1 เล่ม จากข้อมูลบ่งบอกให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่ปฏิบัติงาน โดยไม่ได้อาศัยคู่มือเป็นแนวทางปฏิบัติ หรือแก้ปัญหาเนื่องจากไม่มีคู่มือให้อ่าน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอีกส่วนที่ทราบว่าคู่มือการแยกผู้ป่วยในหอผู้ป่วย แต่ไม่สะดวกในการนำคู่มือมาใช้ ทั้งนี้เนื่องจากยากต่อการปฏิบัติตาม เนื้อหาในคู่มือไม่ชัดเจน ขาดเนื้อหาบางส่วน คู่มือไม่ได้ปรับให้เป็นปัจจุบัน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางคนให้ความเห็นว่า คู่มือยังไม่เป็นมาตรฐาน และเขียนเนื้อหาครอบคลุมมากเกินไป (ภาคผนวก ค) สิ่งเหล่านี้มีส่วนให้การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มให้ความเห็นว่าคู่มืออีกหลายอย่างที่ยังไม่มีให้อ่าน ส่วนทางด้านนโยบาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 19.7 และมีนโยบายแยกผู้ป่วยเฉพาะโรคเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 24.7 (ตาราง 14) นโยบายเป็นสิ่งเอื้อให้การแยกผู้ป่วย ทำให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางการแยกผู้ป่วยที่ผู้บริหารกำหนดให้บุคลากรปฏิบัติตาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ทราบว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลได้กำหนดแนวทาง หรือทิศทางเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อแยกรายด้านในเรื่องการแยกผู้ป่วยแบบมาตรฐาน พบว่าการล้างมือกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง การใช้อุปกรณ์ป้องกันปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก การป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคมปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ส่วนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการจัดการผ้าเปื้อนปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ในขณะที่การปฏิบัติเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วยตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก สิ่งสนับสนุนในการแยกผู้ป่วย พบว่า เครื่องป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีร้อยละ 1.2 สบู่เหลวฆ่าเชื้อ มีร้อยละ 8.6 เสื้อคลุม มีร้อยละ 9.9 ส่วนสิ่งที่เอื้อในการแยกผู้ป่วย ได้แก่ คู่มือการล้างมือ มีร้อยละ 58.0 คู่มือการทำความสะอาด ร้อยละ 41.9 คู่มือการจัดการมูลฝอย ร้อยละ 28.4 คู่มือการจัดการผ้าเปื้อน ร้อยละ 23.4 คู่มือแยกผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 18.5 และคู่มือการดูแลผู้ป่วยดื้อยา มีร้อยละ 16.1 มีนโยบายการแยกผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 19.7 และนโยบายการแยกผู้ป่วยเฉพาะโรคเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 24.7