



โรงพยาบาลสุธาเวช
คณะแพทยศาสตร์ มมส

คู่มือการปฏิบัติงานของบุคลากร งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ



กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลสุธาเวช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คำนำ

หนังสือคู่มือนี้จัดทำขึ้นในประเด็นการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมกิจกรรม องค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน เพื่อใช้อ้างอิง วิธีการทำงาน ทั้งนี้เนื้อหามุ่งเน้นแนวทางปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ประเด็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานการพัฒนาระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช จึงได้มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของบุคลากรงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวชขึ้น เพื่อให้การทำงานมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติและพัฒนา รวมทั้งใช้เป็นคู่มือในการแนะนำบุคลากรในหน่วยงานให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช
7 มีนาคม 2566



สารบัญ

หัวเรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ค
วัตถุประสงค์	1
ขอบเขตการปฏิบัติงาน.....	1
ผู้รับผิดชอบ	1
ลักษณะการปฏิบัติงาน.....	1
1.การปฏิบัติงานด้านการวางแผน และการออกนโยบาย	1
2.การปฏิบัติงานด้านการเก็บข้อมูล.....	6
3.การปฏิบัติงานด้านการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล	18
4. การปฏิบัติงานด้านการทบทวนเคสติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือเคสตัวยา	21
5. การพัฒนาอบรมบุคลากร.....	22
อ้างอิง	23



สารบัญภาพ

หัวข้อเรื่อง	หน้า
ภาพที่1 แผนภูมิแสดงแผนการปฏิบัติงานด้านการวางแผนและการออกนโยบาย.....	1
ภาพที่2 ตัวอย่างพื้นที่ของหน่วยงานที่มีการเตรียมสำหรับจัดวางกล่องส่งเครื่องมือ	4
ภาพที่3 แสดงตัวอย่าง แบบบันทึกข้อมูลที่มีผู้ป่วยใช้บริการแยกรายหน่วยงานระบบ On-line	7
ภาพที่ 4 ภาพแสดงแบบบันทึกเคสผ่าตัด	8
ภาพที่ 5 แสดงตำแหน่งลงข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่าตัดแยกรายหน่วยงานระบบ On-line	9
ภาพที่ 6 จุดสแกนนิ้ว ชั้น 2 อาคารโรงพยาบาลเพื่อส่มสังเกตการณ์ใส่หน้ากากและการล้างมือ	9
ภาพที่ 7 พื้นที่บริเวณผู้ป่วยนอก.....	10
ภาพที่ 8 แสดงประเภทขยะที่ต้องมีการติดตาม.....	10
ภาพที่ 9 แผนผังแสดงขั้นตอนการเปิดอุปกรณ์ จากงานจ่ายกลางผ่านระบบภาสสิน	12
ภาพที่ 13 ตัวอย่างสติ๊กเกอร์สำหรับระบุประเภทน้ำยา เพื่อระบุจำนวนใช้งาน หรือวันหมดอายุ	13
ภาพที่ 14 จุดติดตั้งน้ำยาล้างมืออัตโนมัติ และสติ๊กเกอร์วันหมดอายุ	14
ภาพที่ 15 ตัวอย่างแสดง พื้นที่ที่มีการแยกโซน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	15
ภาพที่ 16 แบบบันทึก Online สถิติที่เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงานการพยาบาล.....	16
ภาพที่ 17 แบบบันทึก Online สถิติที่เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงานการพยาบาล.....	17
ภาพที่ 18 ผังภูมิแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุทธาเวช.....	19
ภาพที่ 19 ผังภูมิแสดงแนวทางการสอบติดเชื้อในโรงพยาบาล.....	21
ภาพที่ 20 ผังการจัดอบรมบุคลากร ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	22



วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
2. เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

ขอบเขตการปฏิบัติงาน

- ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุทธาเวช
- ผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสุทธาเวช
- บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุทธาเวช

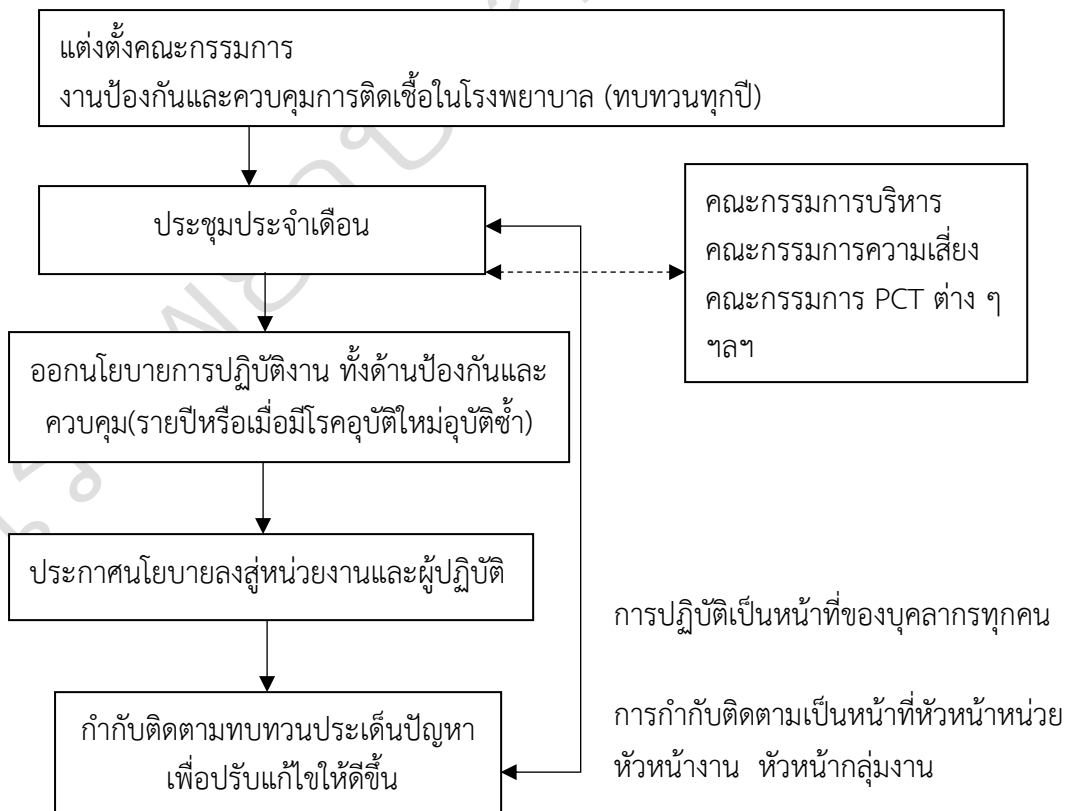
ผู้รับผิดชอบ

บุคลากรทุกระดับ และหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย

ลักษณะการปฏิบัติงาน

1. การปฏิบัติงานด้านการวางแผน และการออกนโยบาย
2. การปฏิบัติงานด้านการเก็บข้อมูล
3. การปฏิบัติงานด้านการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. การปฏิบัติงานด้านการทบทวนเคสติดเชื้อ ในโรงพยาบาล หรือเคสตัวอย่าง
5. การพัฒนาอบรมบุคลากร

1. การปฏิบัติงานด้านการวางแผนและการออกนโยบาย



ภาพที่1 แผนภูมิแสดงแผนการปฏิบัติงานด้านการวางแผนและการออกนโยบาย



นโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานสากล
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตลอดจนสามารถนำมาตรการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลไปใช้ปฏิบัติในทุกหน่วยงาน
3. มีองค์กรและการบริหารที่เอื้อต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. พัฒนาคุณภาพงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

หัวข้อในการกำหนดนโยบาย หรือแนวทางปฏิบัติ

1. การกำหนดมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล โดยออกแนวปฏิบัติ โดยกำหนดหัวข้อมาตรการป้องกันได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อจากสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด, การป้องกันแผลผ่าตัด เป็นต้น
2. กำหนดนโยบายการล้างมือในโรงพยาบาล
3. กำหนดวิธีปฏิบัติ และการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย โดยยึดหลัก Standard precaution
4. กำหนดแนวทางการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้แล้วหรืออุปกรณ์ปนเปื้อนก่อนการส่งทำปราศจากเชื้อ
5. กำหนดมาตรการการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ
6. กำหนดแนวปฏิบัติของบุคลากรเมื่อได้สัมผัสกับเหตุจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย
7. จัดระบบการสื่อสารและประสานงานระหว่าง คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกับทีมดูแลผู้ป่วย และทีมประสานบริการ ให้มีประสิทธิภาพ
 - 7.1. พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อรับนโยบาย มาตรการและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาประสานงานกับทีมดูแลผู้ป่วยและทีมประสานการบริการให้รับทราบอย่างทั่วถึง
 - 7.2. เผยแพร่คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง
 - 7.3. พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ประสานงานกับบุคลากรที่ห่อผู้ป่วย/หน่วยงาน ในการดำเนินการแยกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่เป็นปัญหาด้านการรักษาหรือเกิดการติดต่อได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ เป็นต้น
8. จัดระบบดำเนินงานและติดตามประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - 8.1. มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อและพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และมีการติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ โดยการจัดทำรายงานพร้อมคำแนะนำแนวทางแก้ไข ส่งให้หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องและผู้บริหารโรงพยาบาลทุก 1 เดือน



- 8.2. พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทำการเฝ้าระวังเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อการป้องกัน ควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 8.3. พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 8.4. ปรับเปลี่ยนวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลจาก Hospital wide surveillance เป็น Targeted surveillance
- 8.5. มีระบบการเฝ้าระวังป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ
- 8.6. มีการดำเนินการสอบสวนและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและทันที่
9. พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเข้าเยี่ยม ให้ความรู้และคำแนะนำแก่บุคลากรทุกหน่วยงาน รวมทั้งการร่วมประชุมกับทีมดูแลผู้ป่วยและทีมประสานบริการอย่างสม่ำเสมอ
10. เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำกับทีมเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรได้รับข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยต่าง ๆ พร้อมทั้งคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการพัฒนาเพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือนและทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น
11. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมตามที่ระบุไว้ในแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างเพียงพอ
12. การส่งกำกับและดูแลด้านสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม ได้แก่การกำจัดขยะ การกำจัดน้ำเสีย การเก็บและทำลายสิ่งส่งตรวจ การควบคุมคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้
13. ตรวจสอบสุขภาพประจำปีและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แก่บุคลากรในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงและบุคลากรใหม่
14. มีระบบพิจารณาจ่ายต้านจุลชีพและน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนการนำเข้าสู่บัญชียาของโรงพยาบาล
15. มีกิจกรรมร่วมในการจัดระบบทบทวนข้อบ่งชี้การใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่มที่มีโอกาสใช้ไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ เช่น การทำ Antibiotics utilization review, การกำหนดมาตรการ RDU: Rational Drug Use การใช้ยาอย่างสมเหตุผล , กิจกรรมโครงการ ASP : Antimicrobial Stewardship Program การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล



ตัวชี้วัดในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด
1	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ผลแยกสกรุปเป็นเดือน กับปี จำนวนต่างกัน) (ต่อ1000 วันนอน)	<1
2	อัตราการติดเชื้อดื้อยา (ต่อ 1000 วันนอน)	<1
3	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่คาสายสวนปัสสาวะ(ครั้งต่อ 1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ)	<3
4	อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ครั้งต่อ1000 วันใส่ท่อ)	<3
5	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI) (ครั้งต่อ1000 วันใส่สาย)	<3
6	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด	0
7	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบ (ครั้ง ต่อ1000 วันนอน)	0
8	อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (เกรด 3-4) ร้อยละ 0	0
9	อัตราการติดเชื้อแผลกดทับ (ร้อยละ)	0
10	อัตราการติดเชื้อในแผลสะอาด ร้อยละ 0	<0.5
11	อัตราการติดเชื้อในแผลสะอาดปนเปื้อน ร้อยละ	<1
12	อัตราการผ่านการทดสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทางชีวภาพ ร้อยละ	100
13	ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ(กรณีมี icwn)	> 80
14	เกิดอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมตำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วย ขณะปฏิบัติหน้าที่ ราย	<2
15	อัตราการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเป็นโรคอุบัติใหม่TB, Hepatitis.B ^a ร้อยละ0	AIDS, 0
16	อัตราการทำความสะอาดมือ(5 moment) ร้อยละ	>90
17	อัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอนร้อยละ	>80
18	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม/ปฐมนิเทศความรู้ด้านIC	100
19	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ใหม่ที่ได้รับการปฐมนิเทศด้าน IC	100
20	การทิ้งขยะติดเชื้อถูกต้อง ร้อยละ	>80



ภาพ ตัวอย่างนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พ.ศ. 2564



ประกาศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เรื่อง ประกาศนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๔

เพื่อให้การบริการด้านการแพทย์และการพยาบาลผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลสุทธาเวช มีการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแนวทางด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

อาศัยอำนาจตามความใน ข้อ ๙ วรรคห้า และข้อ ๑๐ วรรคหนึ่ง แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ว่าด้วยการบริหารและดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๑ และคำสั่งมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ ๐๖๕๐/๒๕๕๓ เรื่อง มอบหมายหน้าที่ความ รับผิดชอบและมอบอำนาจปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี ให้คณบดี ผู้อำนวยการสถาบัน ผู้อำนวยการสำนัก ผู้อำนวยการศูนย์ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๓ จึงกำหนดนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนี้

๑. มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักระบาดวิทยาและมีการนำข้อมูลไปใช้เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
๒. บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตามหลัก Standard Precaution โดยเน้นเกี่ยวกับการล้างมือ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีการควบคุมให้ปฏิบัติตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
๓. บุคลากรทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพ โดยมีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร และมีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอย่างเหมาะสมในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง
๔. ระบบการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และควบคุมให้มีการใช้น้ำยาทำลายเชื้อ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
๕. มีระบบการสอบสวนการระบาดของเชื้อ โดยมิตีประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ นักระบาดวิทยา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการระบาดให้หยุดลงโดยเร็ว
๖. มีระบบการดูแล ควบคุมการใช้อุปกรณ์ชีวเวช เพื่อเฝ้าระวังเชื้อแบคทีเรียดื้อยาอย่างต่อเนื่องและมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
๗. มีการควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่สำคัญให้เกิดความปลอดภัยแก่ประชาชน ผู้รับบริการและบุคลากรของโรงพยาบาล

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และให้ยกเลิกคำสั่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ ๑๘/๒๕๖๒ เรื่อง ประกาศนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เทพลักซ์ ศิริธนระมุขชัย)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์



2. การปฏิบัติงานด้านการเก็บข้อมูล

ในการปฏิบัติงาน ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จำเป็นต้องมีหลักการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบได้ โดยหัวข้อที่มีการจัดเก็บในปัจจุบันคือ

1. ข้อมูลการเข้ารับบริการ และจำนวนเหตุการณ์ในแต่ละหอผู้ป่วย
2. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง IPD-OPD
3. ข้อมูลสำรวจการใส่Maskและการล้างมือ ของบุคลากร
4. ข้อมูลสำรวจการใส่Maskของเจ้าหน้าที่ผู้รับบริการและญาติ
5. ข้อมูลการทิ้งขยะติดเชื้อและของมีคม
6. ข้อมูลสำรวจจุดบริการน้ำยาล้างมือแบบไม่ใช้น้ำ
7. ข้อมูลสำรวจความพร้อมใช้ของเครื่องล้างมืออัตโนมัติ
8. ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (ภาพรวม)

รายละเอียดการปฏิบัติงานด้านการเก็บข้อมูล

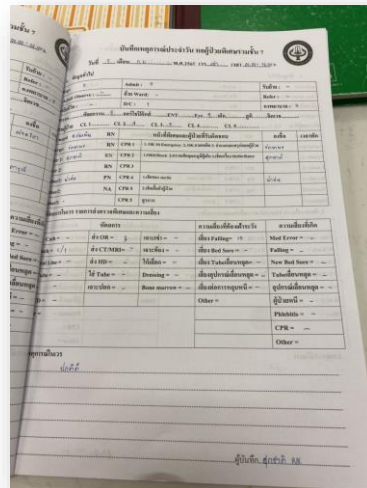
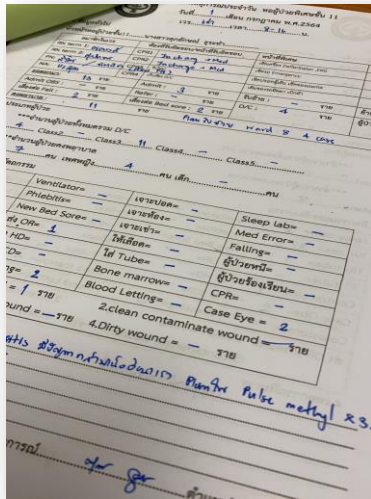
1. ข้อมูลการเข้ารับบริการ และจำนวนเหตุการณ์ในแต่ละหอผู้ป่วย ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ต้องมีการเก็บข้อมูลประจำวัน ซึ่งหน่วยงานได้มีการจัดเก็บเอกสารจากหน่วยงาน โดยมีการบันทึกข้อมูลจากทีมพยาบาลที่ดูแลแต่ละหอผู้ป่วยและแต่ละเวร บนสมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน ซึ่งจะมีรายละเอียดในหัวข้อ

1. วันเดือนปี และเวรปฏิบัติการ เข้า หรือป่วยหรือตึก
2. ระบุจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติการ
3. ระบุจำนวนผู้ป่วยที่รับใหม่ จำหน่าย ย้าย และจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละเวร
4. ระบุจำนวนผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ (Foley's Cath) จำนวนผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line) จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ(Ventilator) (ถ้ามี) สายให้สารน้ำหลอดเลือดดำส่วนปลาย(IV Lock) หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
5. ระบุจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด (ส่ง OR) ประเภทของแผลผ่าตัด

ทั้งนี้การเก็บข้อมูลในแต่ละวัน จะใช้เวลา 8.00 น. ของทุกวัน เป็นเวลา ตัดยอด ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าวันนี้วันที่ 1 ม.ค. จะถือว่าข้อมูลของวันที่ 1 คือ 8.00น. จนถึงวันที่ 7.59น.ของวันที่ 2 ม.ค.



โรงพยาบาลสุราราช
คณะแพทยศาสตร์ มส



ภาพ แสดงตัวอย่าง แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน

หลังจากนั้นจะมีการนำข้อมูล ที่เก็บมา เข้าสู่ระบบ Online ของกลุ่มโดยจะมีการใส่ link ไว้ที่เน็ต
ของกลุ่มline IC DEP .SDVH ดังภาพด้านล่าง ซึ่งทีมงานจะได้มีการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

แบบบันทึกข้อมูลงาน IC แขนงหอผู้ป่วย ICU		ประจำเดือน ปี																	
Number of patient in ward		0	0																
Date		First day of Month First day of Next month (8)																	
Date	New Admits Discharges				Total patients (ใน เวลา 8.00น./ เที่ยงคืน)	Foley/Cath	Central line	Ventilator	W Lock	Plektis	Tracheostomy	NG	CPR	Operation WOL				NI	อื่นๆ
	D	E	N	Sum										1	2	3	4		
14				0	0														
15				0	0														
16				0	0														
17				0	0														
18				0	0														
19				0	0														
20				0	0														
21				0	0														
22				0	0														
23				0	0														
24				0	0														
25				0	0														
26				0	0														
27				0	0														
28				0	0														
29				0	0														
30				0	0														
31				0	0														
รวม				0	0														

แบบบันทึกข้อมูลงาน IC แขนงหอผู้ป่วย ICU		ประจำ	
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		0	0
จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายใน ICU		0	0
ALOS วันคนไข้เฉลี่ย		#DIV/0!	
CAUTI	ครั้ง	0.00	UR 0.00
CLABSI	ครั้ง	0.00	UR 0.00
VAP	ครั้ง	0.00	UR 0.00
HAP	ครั้ง	0.00	
BSI primary	ครั้ง	0.00	
BSI Secondary	ครั้ง	0.00	
SSI Clean W.	ครั้ง	0.00	
SSI Clean Con.	ครั้ง	0.00	
ติดเชื้อ	ครั้ง		
ติดเชื้อ	ครั้ง		
ติดเชื้ออื่น ๆ	ครั้ง		
ผู้ป่วยที่ตรวจ NI	ครั้ง		

ยอด NI (ต่อ 1000)	0	CRSI rate	####
สัดส่วนของต้อรับ จำนวน	0	CRSI rate	####
จำนวนรับใน ICU	0	CRSI rate	####
จำนวนใน Surveilance	0	CRSI rate	####
ยอด CI	0	CRSI rate	####

ภาพที่ 3 แสดงตัวอย่าง แบบบันทึกข้อมูลที่มีผู้ป่วยใช้บริการแยกรายหน่วยงานระบบ On-line

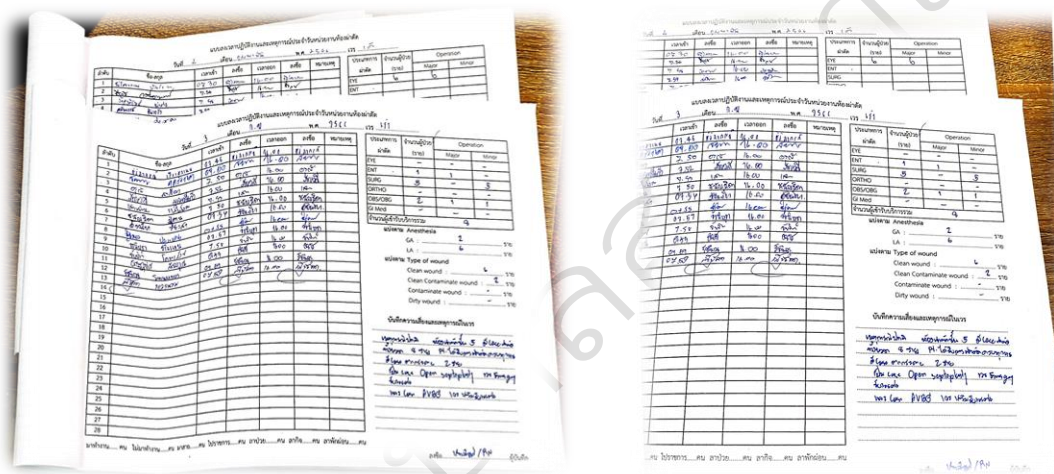
คู่มือปฏิบัติงานบุคลากรงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล



ในการวิเคราะห์ข้อมูล นั้น จะมีการนำมาวิเคราะห์ การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare-Associated Infections: HAIs) ตามคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลสุทธาเวชร่วมกับแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของสถาบัน บำราศนราทร กรมควบคุมโรค และรายงานผล เป็นรายงานประจำเดือน ต่อไป

1. เรื่อง เก็บข้อมูล-Case-ผ่าตัดพ.สุทธาเวชยอดรวมIPD-OPD

- Date>ประเภทการผ่าตัด EYE ENT SURG ORTHO OBS/OBG GI Med> จำนวนผู้ป่วย (ราย) แบ่งตาม Anesthesia>GA>LA แบ่งตามType of Wound>Clean wound>Clean Contaminate wound>Contaminate wound>Dirty wound -บันทึกข้อมูล ทุกวันที่ 5,15 IPD-OPD OR4,OR5 ใช้เวลาในการลงข้อมูลประมาณ 1 ชั่วโมง



ภาพที่ 4 ภาพแสดงแบบบันทึกเคสผ่าตัด

2. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง IPD-OPD

มีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดในแต่ละเดือนโดยแยกประเภทผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยนอก โดยมีการบันทึกแยก หน่วยงานผู้ป่วยในโดยดูจากสมุดบันทึกเหตุการณ์ ส่วนภาพการบริการรวม มีการดูจากระบบของ HosXp และนำข้อมูลเข้าโปรแกรม excelของหน่วยงาน ในfileสรุปข้อมูลแยก IPD ปีงบประมาณนั้น ๆ ซึ่งจัดทำขึ้นเอง ดังตัวอย่างไฟล์ด้านล่าง

สรุปข้อมูลแยก IPD ประจำเดือน ประจำปีงบประมาณ 25.....

pt1st Mo	pt1st next	New pt	tot วันนอน	F/C line	C-vent	Wound CI	Wound CC	Wound CO	Wound D	Tot W	IV	HL	Plebi tits	ToT Pher	Tot pt	ALOS D/C	NI ward	NI ward (scr)	ประสิทธิ์ (ราย)	NI OR (ราย)	CI (ราย)	NI:(1000)	อัตราความถี่เฉลี่ยต่อ 1000 IPD	CI (%)	เก็บ	sur	ช้อย	ความสมบูรณ์	
IPD 8 ชาย																													
Oct-65										0																			
Nov-65	0									0																			
Dec-65	0									0																			
Jan-66										0																			
Feb-66	0									0																			
Mar-66	0									0																			
Apr-66	0									0																			
May-66	0									0																			
Jun-66	0									0																			
Jul-66	0									0																			
Aug-66	0									0																			
Sep-66	0									0																			
spj IPD 8ma			0	0	0					0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ข้อมูลการผ่าตัด แยกทรายหน่วย

ภาพที่ 5 แสดงตำแหน่งลงข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่าตัดแยกทรายหน่วยงานระบบ On-line

3. ข้อมูลสำรวจการ ใส่Maskและการล้างมือ ของบุคลากร

มีการจัดเก็บข้อมูลความพร้อมในการปฏิบัติงาน ในด้านการใส่หน้ากากล้างมือ โดยมีการสุ่มสังเกตจากจุดบริการ ของเจ้าหน้าที่ เช่นจุดลงเวลา หรือสแกนนิ้วมือ ของบุคลากรที่ชั้น 2 อาคารโรงพยาบาลโดยจะสังเกตการทุกไตรมาส พร้อมทั้งมีการนำผลการสังเกตเสนอเข้ารายงานประจำเดือนนั้น ๆ

โดยการเก็บข้อมูลจะมีการบันทึกวันเดือนปีที่สังเกต มีการระบุจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในเรื่องการใส่หน้ากาก การล้างมือ หลังการสแกนนิ้ว ซึ่งจะมีการสุ่มสังเกตช่วงเวลาเวลาเข้าและออก เวลา 07.00- 08.00 น. (เก็บข้อมูลอย่างน้อย 3 เดือนต่อครั้ง)



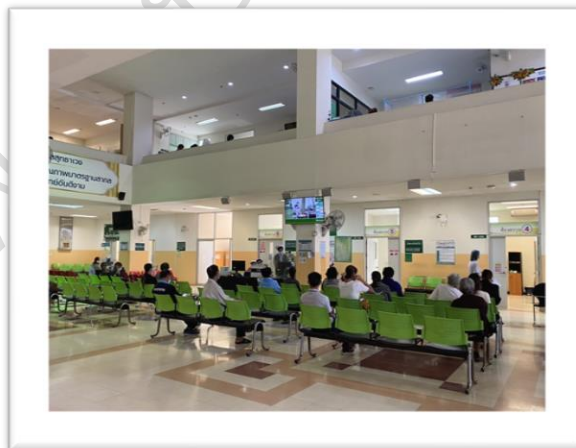
ภาพที่ 6 จุดสแกนนิ้ว ชั้น 2 อาคารโรงพยาบาลเพื่อสุ่มสังเกตการณ์ใส่หน้ากากและการล้างมือ

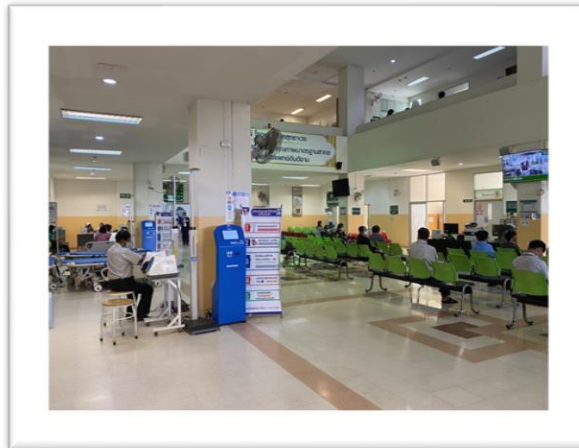
4. ข้อมูลสำรวจการใส่Maskของเจ้าหน้าที่ผู้รับบริการและญาติ

หน่วยงานได้มีการติดตามสังเกต พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดย มีการสุ่มสังเกตตามหน่วยงานที่มีให้บริการในโรงพยาบาล โดยสังเกตทั้งผู้ป่วยและญาติ บุคลากร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรม กระตุ้นเพื่อให้ความรู้ตามสถานการณ์การระบาดในแต่ละช่วงฤดูกาล - หน่วยงานกลุ่มเป้าหมายได้แก่ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก อายุรกรรม,ไตเทียม รวมถึงหน่วยบริการผู้ป่วยใน เช่น OPD ตา,ICU,OPD med IPD7,IPD8หญิง,IPD8ชาย,IPD9,IPD10,IPD11,IPDสาธิต,ห้องยานอก ,OPDทั่วไป,OPDศัลยกรรม ใช้เวลาในการสังเกต 1ชม.ถึง2ชม.



ภาพที่ 7 พื้นที่บริเวณผู้ป่วยนอก





5. ข้อมูลการทิ้งขยะติดเชื้อและของมีคม

ปัจจุบันการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ที่สำคัญในเรื่องการจัดการขยะจึงมีความสำคัญ โรงพยาบาลสุทราเวชได้ให้ความสำคัญตั้งแต่ต้นทางคือการทิ้งขยะให้ถูกต้อง โดย มีการสำรวจข้อมูลในเรื่องการทิ้งขยะถูกต้อง และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์ จึงได้มีการสำรวจในจุดทิ้งขยะ (รายไตรมาส) ดังข้อต่อไปนี้

5.1 ถังขยะติดเชื้อ ใส่ถุงพลาสติกสีแดง>มีเครื่องหมายหรือป้ายบ่งบอกชัดเจน เพื่อให้ทราบว่าเป็นถังขยะติดเชื้อ>มีฝาปิดมิดชิดตลอดเวลา และใช้กลไกการเปิดด้วยเท้า>ภายในบรรจุขยะติดเชื้อ บรรจุขยะไม่เกิน 3/4 ของถัง

5.2 ขยะของมีคม ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถัง ที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ มีฝาปิดมิดชิด>เข็ม / ใบมีด / Slide แก้ว ที่ลงกล่องพลาสติกสีแดง> Vial / Ampule แยก ที่ลงกล่อง>สถานที่ตั้งขยะติดเชื้อเหมาะสม ขยะติดเชื้อต้องไม่อยู่ในที่สะอาด เช่น รถเข็นฉีดยา ยกเว้นกำลังทำหัตถการอยู่>พนักงานเคลื่อนย้ายขยะ ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายถูกต้อง ได้แก่ หมวกคลุมผม Mask เอื้อมกันน้ำ ถุงมือยางหนา รองเท้าบูท

ข้อมูลที่ได้จากการเดินสำรวจและบันทึกข้อมูล จะแยกเป็นรายแผนก และจัดทำส่งเป็นรายงานประจำเดือน นั้น ๆ ER,OPDทั่วไป,ทันตกรรม,ห้องผ่าตัด,ห้องคลอด,ICU,W8.ช,W8ญ,W9,หลังคลอด,W10,W11,W12,แผนไทย,กายภาพ,จ่ายกลาง,โภชนาการ (ทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ช่วงเช้า,ช่วงบ่าย) ใช้เวลาในการสังเกต 1ชม.ถึง2ชม.



ภาพที่ 8 แสดงประเภทขย่ะที่ต้องมีการติดตาม

6. ข้อมูลสำรวจจุดบริการน้ำยาล้างมือแบบไม่ใช้น้ำ

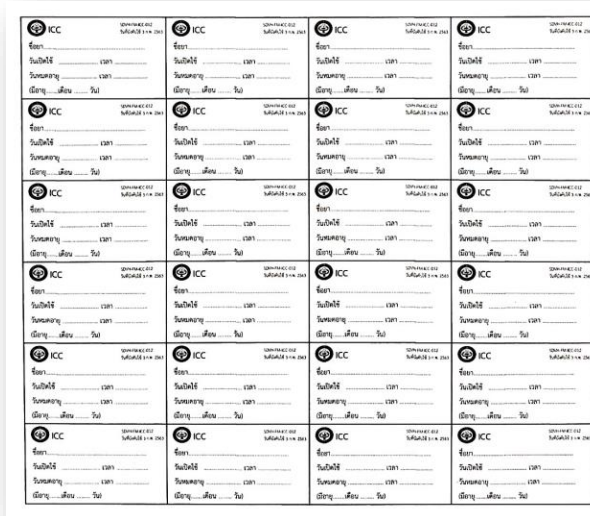
เนื่องจากการล้างมือเป็นมาตรฐานพื้นฐานที่จำเป็นในการป้องกันการแพร่กระจาย ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลสุทธาเวชได้จัดให้มีการใช้น้ำยาล้างมือชนิด ไม่ใช้น้ำ ซึ่งจำเป็นต้องมีการกำหนดวันหมดอายุของน้ำยาฆ่าเชื้อ สารน้ำ และยาในภาชนะบรรจุเดี่ยวสำหรับการใช้งานมากกว่าหนึ่งครั้ง ซึ่งจัดทำโดยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุทธาเวช ดังนั้นการจัดเก็บข้อมูลจะจัดเก็บข้อมูลจากการเดินสุ่มสำรวจ จุดตำแหน่งจัดวางน้ำยา ดูการติดสติ๊กเกอร์ที่ต้องถูกต้องครบถ้วน ที่สติ๊กเกอร์ต้องมีการระบุวันหมดอายุที่ถูกต้องตามการคงตัวตามแนวทางที่วางไว้ โดยต้อง ระบุวันหมดอายุ จะมีการบันทึกจำนวนการไม่ติดสติ๊กเกอร์ หรือความไม่พร้อมใช้ของน้ำ ยาทั้งไม่มีขวดน้ำยาเลย หรือน้ำยาหมดอายุ หน่วยงานที่สำรวจ มีการสุ่มสำรวจ หน่วยงานในโรงพยาบาล ทุกไตรมาส ยกตัวอย่างหน่วยงานที่สุ่ม W12,W11,W9ช,W9ญ,W8ญ,W8ช,ICU,OPD,ER ใช้เวลาในการสังเกต 1ชม.ถึง2ชม.





โรงพยาบาลสุราษฎร์
คณะแพทยศาสตร์ มมส

ภาพ ตัวอย่าง น้ำยาล้างมือแบบไม่ใช้น้ำ



ภาพที่ 13 ตัวอย่างสติ๊กเกอร์สำหรับระบุประเภทน้ำยา เพื่อระบุจำนวนใช้งาน หรือวันหมดอายุ

หมายเหตุ แบบฟอร์มสติ๊กเกอร์ สามารถdownload ได้ที่เว็บไซต์ โรงพยาบาลสุทธาเวช ไปที่ download เอกสาร เลือกหัวข้อ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และเลือกแบบฟอร์มที่ 012 ป้ายน้ำยาหมดอายุ

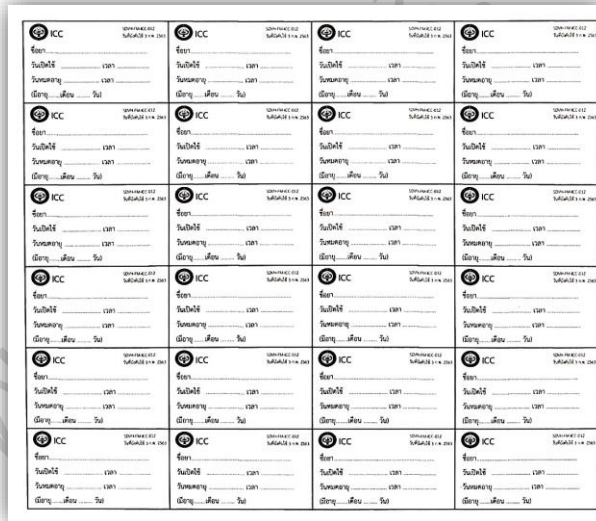
7. ข้อมูลสำรวจความพร้อมใช้ของเครื่องล้างมืออัตโนมัติ

จากการดูแลความปลอดภัยด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยการล้างมือ นอกจากการล้างมือ สิ่งสำคัญที่ลืมไม่ได้คือการสนับสนุนด้านอุปกรณ์เพื่อให้มีความเพียงพอพร้อมใช้งาน และลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส จึงมีการติดตั้งน้ำยาล้างมือแบบไม่ใช้น้ำ ระบบอัตโนมัติ ทางหน่วยงานจึงต้องมีการสุ่มตรวจเพื่อตรวจสอบความพร้อมใช้งาน โดยจะมีการในตรวจเช็คในประเด็นจุดติดตั้ง ชื่อหน่วยงานบริเวณที่ติดตั้ง>ชื่อเครื่อง>ตำแหน่งที่ติดตั้ง>จำนวนเครื่องใหม่>จำนวนเครื่องเดิม>การทำงานปกติ>ชำรุด>น้ำยาล้างมือหมด>มีป้าย ว/ด/ป หมดอายุ มีการสุ่มสำรวจ จุดติดตั้งหรือหน่วยงานในโรงพยาบาล ทุกไตรมาส ยกตัวอย่างจุดที่สุ่ม สำรวจได้แก่ บริเวณหน้าลิฟต์ชั้นG อาคารรังสีวินิจฉัย คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น2 จุดสแกนนิ้วชั้น2 Lap ER ห้องการเงินชั้น 2 บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น3 คลินิกผิวหนัง ทันตกรรม ศูนย์จักษุ บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น4 OR4 ห้องงานการพยาบาล ห้องอำนวยการ บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น5 OR5 LR บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น 6 หอผู้ป่วยวิกฤต ชั้น6 บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น7 บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น8 บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น9 บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น11 บริเวณหน้าลิฟต์ชั้น12 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ ชั้น 13 งานจ่ายกลาง แพทย์แผนไทยประยุกต์



โรงพยาบาลสุทราเวช
คณะแพทยศาสตร์ มมส

กายภาพบำบัด แผนกโชนนาการ แผนกชักฟอก (6 เดือนครั้ง) ใช้เวลาในการสังเกต ประมาณ 1ชม.ถึง 2ชม.



ภาพที่ 14 จุดติดตั้งน้ำยาล้างมืออัตโนมัติ และสติ๊กเกอร์วันหมดอายุ

8. เรื่อง เก็บข้อมูลการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

เนื่องจากการให้บริการในโรงพยาบาล มีการรักษาผู้ป่วยหลากหลายกลุ่ม มีอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค การดำเนินของโรคมีความซับซ้อนและมีความรุนแรงมากขึ้น และพบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยาสูงขึ้นในทุกๆปี ดังนั้นคณะกรรมการการป้องกันจึงได้มีการวางมาตรการในการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย (แบบฟอร์ม SDVH-FM-ICC- 010)

คู่มือปฏิบัติงานบุคลากรงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ดังนั้นจึงมีการสุ่มเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย โดยสุ่มตรวจทุกเดือน โดยมีการบันทึกแผนกหอผู้ป่วย/เตียง>ระบุเตียงที่สังเกต>ม่านพลาสติก>เสื้อคลุม>ถังขยะติดเชื้อ>ป้ายบ่งบอก>ตะกร้าทิ้งเสื้อผ้าผู้ป่วย>น้ำยาล้างมือHandi-c>ปลายเตียง>น้ำยาล้างมือ Chlorhexidine โดยหน่วยงานที่ถูกสุ่มสำรวจได้แก่ แผนก ICU,IPD8 ญ,IPD8 ช, IPD9 ตาช,IPD9 ตาญ,IPD11 ใช้เวลาในการสังเกต ประมาณ 1-2 ชั่วโมง



ภาพที่ 15 ตัวอย่างแสดง พื้นที่ที่มีการแยกโซน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

9.การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ หรือ ด้าน IC : Infection Control

- ได้มีการออกแบบร่วมกับทีมการบริการฝ่ายการพยาบาล ในการเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้link file งานตัวชี้วัดสำคัญจำเป็น NSO รวม ชื่อไฟล์สถิติที่เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงานการพยาบาล เพื่อเก็บข้อมูลในเรื่อง

1. อัตราการติดเชื้อในward(ครั้ง ต่อ1,000 วันนอน)
2. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ปอด Pneumonia (HAP/VAP) (SDVH-FM-ICC-014)การปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่คาสายสวนปัสสาวะ CAUTI Bundle (SDVH-FM-ICC-015)
4. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง BLABSI Bundle (SDVH-FM-ICC-016)
5. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Surgical Site Infection ,SSI) (SDVH-FM-ICC-017)



โรงพยาบาลสุราษฎร์
คณะแพทยศาสตร์ มมส

6. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (MSUH-FM-IC-10) จะมีการเก็บข้อมูลเดือนละครั้ง

เมื่อได้ข้อมูลครบทุกหน่วยงาน (กำหนด ทุกวันที่ 5 ของเดือน) จะมีการรวบรวมข้อมูลส่งให้กับงานคุณภาพ ผ่านระบบ Online เช่นกัน

สถิติที่เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงานของการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2566 (KPI Monthly Report)

No	KPI name: Thai	Goal	คำจำกัดความ	Freq	สูตร	Numerator / Denominator / Result (ตัว)							
						ต.ค65	พ.ย65	ธ.ค65	ม.ค66	ก.พ66	มี.ค66	เม.ย66	
2	อัตราการติดเชื้อใน ward (ครั้ง) (Nosocomial Infection Rate)	< 0.5:1000 วันนอน	จำนวนครั้งของการติดเชื้อใน Ward x1000	1 M	ตัวตั้ง	2	3	2	4	0	0	0	
			จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง			ตัวหาร	1934	1752	1776	1567	286	0	0
			ผลลัพท์				0.10	0.17	0.11	0.26	0.00	#DIV/0!	#DIV/0!
3	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่ คาสายสวน	< 3:1000 วันใส่	จำนวนครั้งของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวน X 1000	1 M	ตัวตั้ง	1	0	0	1	0	0	0	
			จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด			ตัวหาร	248	268	273	268	36	0	0
			ผลลัพท์				0.40	0.00	0.00	0.37	0.00	#DIV/0!	#DIV/0!
3.1	ร้อยละการปฏิบัติได้ตามแนวทาง CAUTI	100%	จำนวนครั้งของการปฏิบัติได้ตามแนวทางCAUTI X 100	1 M	ตัวตั้ง	94	81	114	100	11	0	0	
			จำนวนครั้งทั้งหมดที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางCAUTI (ช่วงเวลาเดียวกัน)			ตัวหาร	163	203	216	214	36	0	0
			ผลลัพท์				57.67	39.90	52.78	46.73	30.56	#DIV/0!	#DIV/0!
4	อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ ใช้เครื่องช่วยหายใจ	≤3:1000 วันใส่	จำนวนครั้งของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เครื่องช่วย	1 M	ตัวตั้ง	1	2	0	1	0	0	0	
			จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ			ตัวหาร	41	60	47	40	0	0	0
			ผลลัพท์				2.44	3.33	0.00	2.50	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
4.1	ร้อยละการปฏิบัติได้ตามแนวทาง VAP	100%	จำนวนครั้งของการปฏิบัติได้ตามแนวทาง VAP X 100	1 M	ตัวตั้ง	0	8	10	12	0	0	0	
			จำนวนครั้งทั้งหมดที่ต้องปฏิบัติตามแนวทาง VAP (ช่วงเวลาเดียวกัน)			ตัวหาร	0	9	12	13	0	0	0
			ผลลัพท์				#DIV/0!	88.89	83.33	92.31	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
5	อัตราการติดเชื้อสายสวนหลอดเลือด เลือดดำส่วนกลาง	< 3:1000 วันใส่	จำนวนครั้งของการติดเชื้อสายสวนหลอดเลือดดำ X1000	1 M	ตัวตั้ง	0	0	0	0	0	0	0	
			จำนวนวันรวมที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ			ตัวหาร	4	4	19	19	19	0	0
			ผลลัพท์				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	#DIV/0!
5.1	ร้อยละการปฏิบัติได้ตามแนวทาง CLABSI	100%	จำนวนครั้งของการปฏิบัติได้ตามแนวทาง CLABSI X 1000	1 M	ตัวตั้ง	0	2	5	4	10	0	0	
			จำนวนครั้งทั้งหมดที่ต้องปฏิบัติตามแนวทาง CLABSI (ช่วงเวลาเดียวกัน)			ตัวหาร	0	2	5	4	19	0	0
			ผลลัพท์				#DIV/0!	100.00	100.00	100.00	52.63	#DIV/0!	#DIV/0!
6	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	3:1000 วัน นอน	จำนวนครั้งการติดเชื้อแผลผ่าตัด x1000	1 M	ตัวตั้ง	0	1	1	0	0	0	0	
			จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ผ่าตัด			ตัวหาร	362	347	274	354	65	0	0
			ผลลัพท์				0.00	0.29	0.36	0.00	0.00	#DIV/0!	#DIV/0!

ภาพที่ 16 แบบบันทึก Online สถิติที่เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงานของการพยาบาล



ติดตามตัวชี้วัดมาตรฐานสำคัญจำเป็น

ข้อ	มาตรฐาน/ตัวชี้วัด					
2	I : การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS	เป้าหมาย	ต.ค.-65	พ.ย.-65	ธ.ค.-65	ม.ค.-66
2.1	อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน	< 1	2.19	1.81	0	1.82
2.2	อัตราการติดเชื้อแผลสะอาด (SSI)	< 0.5%	0	0	0	0
2.3	อัตราการติดเชื้อแผลสะอาดปนเปื้อนติดเชื้อ (SSI)	< 1%	0	0	0	0
2.4	อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days	< 3	21.28	33.9	0	0
2.5	อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days	< 3	3.58	0	0	3.77
2.6	อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days	≤2	0	0	0	0
2.7	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ SSI	100%	38.46	94.12	100.00	96.66
2.8	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ VAP	100%	82.86	100	100.00%	92.31
2.9	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ CAUTI	100%	57.89	89.83	18.18%	46.73
2.10	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ CLABSI	100%	100	ไม่มีเคส	100.00%	100

ภาพที่ 17 แบบบันทึก Online สถิติที่เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของงานการพยาบาล



3. การปฏิบัติงานด้านการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง การติดเชื้ออันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเชื้อจุลชีพอาจเป็นเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วยเอง (Endogenous organism) หรือเป็นมาก่อน และไม่อยู่ในระบบปกติของเชื้อ โดยทั่วไปการติดเชื้อในโรงพยาบาล มักจะปรากฏอาการของการติดเชื้อตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไปหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อที่พบขณะแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน ซึ่งจะต้องพิจารณาระยะฟักตัวของเชื้อและโรคเดิมที่เป็นอยู่ (Underlying disease) ของผู้ป่วยเป็นรายๆไป

ผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อส่วนใหญ่ เกิดการติดเชื้อมาก่อน ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะอาการและอาการแสดงของโรคติดเชื่อนั้น ๆ ปรากฏเรียกการติดเชื้อประเภทนี้ว่าการติดเชื้อในชุมชน (Community acquired Infection)

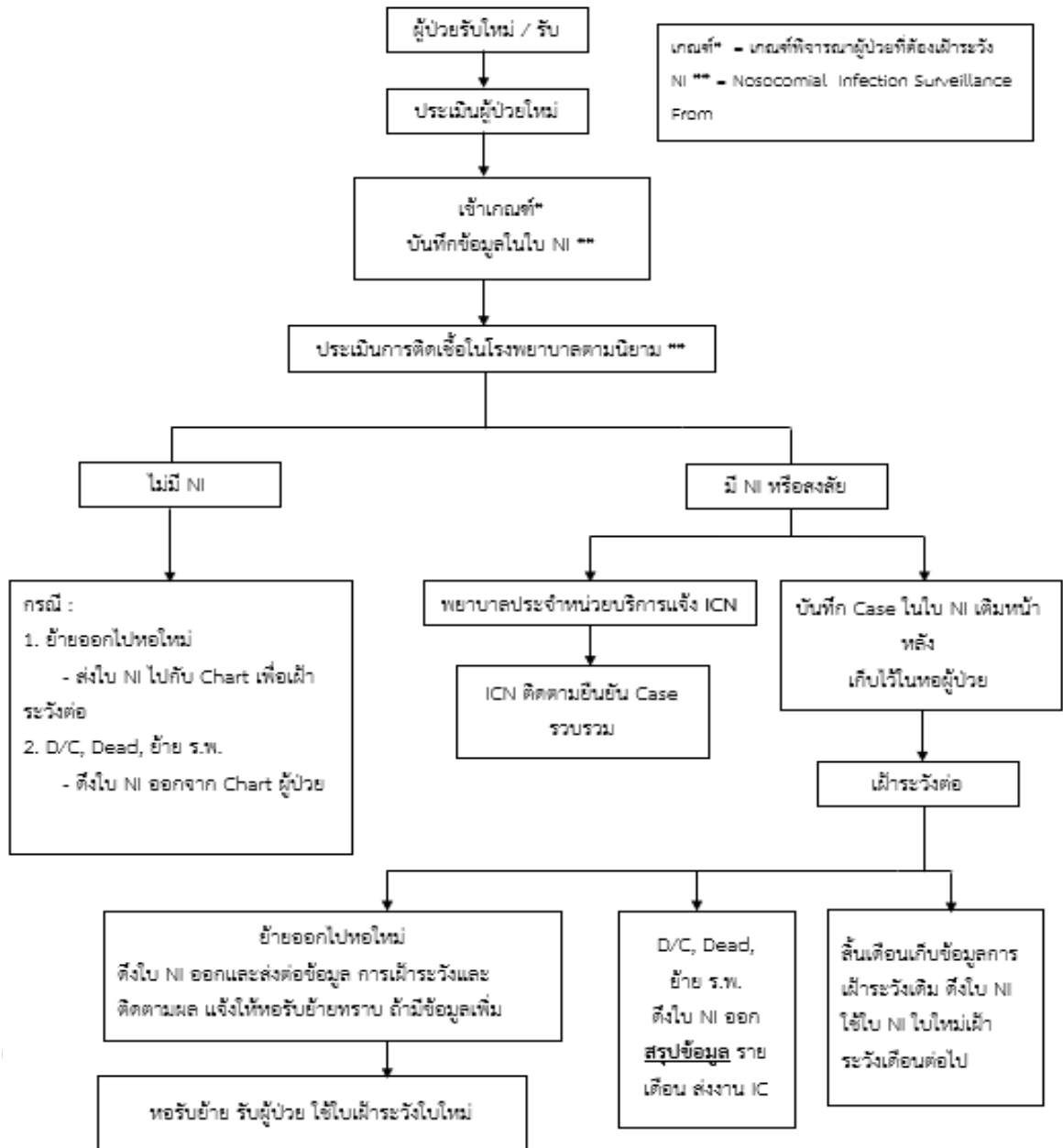
การติดเชื้อในโรงพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจากความไม่สมดุลขององค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ คน เชื้อก่อโรค และสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา หรือสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น และจากวงจรการติดเชื้อ ซึ่งประกอบไปด้วย

1. เชื้อที่เป็นสาเหตุ
2. รังโรค
3. ทางออกของเชื้อ
4. วิธีการแพร่กระจายเชื้อ
5. ทางเข้าของเชื้อสู่ร่างกาย
6. คนที่ไวต่อการรับเชื้อ

จึงจำเป็นต้องมีการ ใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน และการเฝ้าระวังติดตาม การติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญและจำเป็นมาก ดังนั้นหน่วยงานจึงได้มีการออกแบบระบบในการจัดเก็บข้อมูลและ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้และติดเชื้อ และเมื่อมีการรายงานจากหน่วยงาน จะทำให้ การเฝ้าระวังควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่พบ มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหน่วยงานได้มีการวางแผนแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุทธาเวชไว้ ดังนี้ (SDVH -Flow-ICC-001 แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุทธาเวช)



แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุทธารเวช



ภาพที่ 18 ผังภูมิแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุทธารเวช



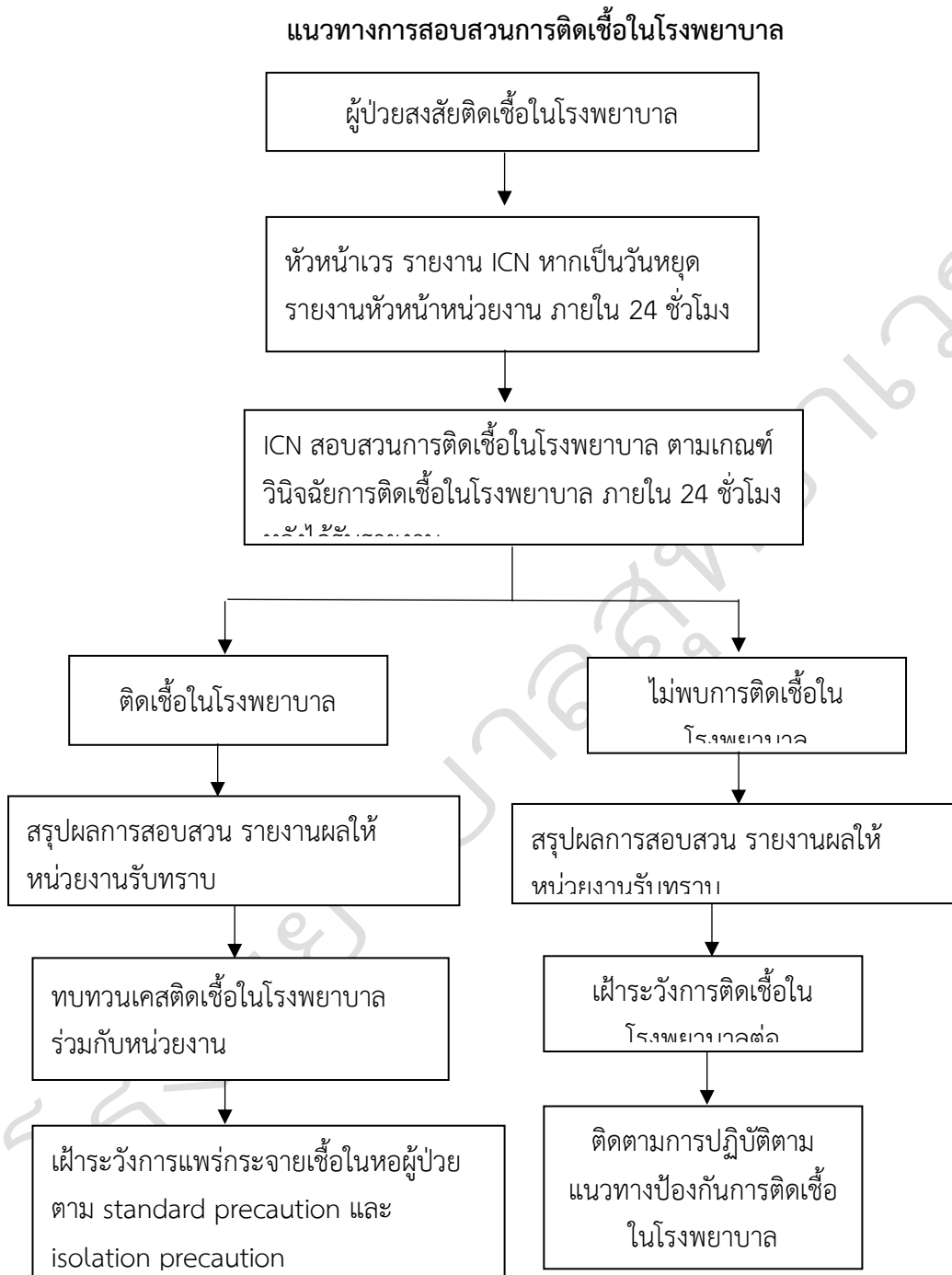
จากผังภูมิ เมื่อพยาบาลในหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยมีการรายงาน แจ้ง พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลในหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะมีการสอบถาม ข้อมูลเพื่อใช้ในการวินิจฉัยเบื้องต้น จะมีการให้คำแนะนำ ตามหลักการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสมกับการติดเชื้อของผู้ป่วยรายนั้น ๆ หลังจากนั้นจะมีการร่วมลงสอบสวนโรค เพื่อ ครอบคลุม ในการวินิจฉัยการติดเชื้อ และการพยาบาลดูแลผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเพียงพอเหมาะสม

ในการเก็บข้อมูลรายวัน จนถึงรายเดือนนั้น ยังมีการ นำข้อมูลการปฏิบัติได้ตามแนวทางมา วิเคราะห์ เพื่อ วิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหาที่อาจส่งผลให้การปฏิบัติได้ตามแนวทางที่วางไว้ ไม่ประสบผลสำเร็จ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาต่อไป โดย ข้อมูลที่ต้องนำมาวิเคราะห์นั้น ได้แก่

1. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการล้างมือ
2. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ปอด Pneumonia (HAP/VAP) (SDVH-FM-ICC-014)
3. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่คาสายสวนปัสสาวะ CAUTI Bundle (SDVH-FM-ICC-015)
4. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง BLABSI Bundle(SDVH-FM-ICC-016)
5. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Surgical Site Infection ,SSI) (SDVH-FM-ICC-017)
6. การปฏิบัติได้ตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (MSUH-FM-IC-10) จะมีการเก็บข้อมูลเดือนละครั้ง
7. การใช้เครื่องป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม จะมีการเก็บข้อมูลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง



4. การปฏิบัติงานด้านการทบทวนเคสติดเชื้อ ในโรงพยาบาล หรือเคสต่อยา



ภาพที่ 19 ผังภูมิแสดงแนวทางการสอบสวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การทบทวนเคสจะทบทวนภายใน 24 ชั่วโมงที่ได้รับทราบเคส อ้างอิงตามคู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งจัดทำโดยสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และตาม CDC



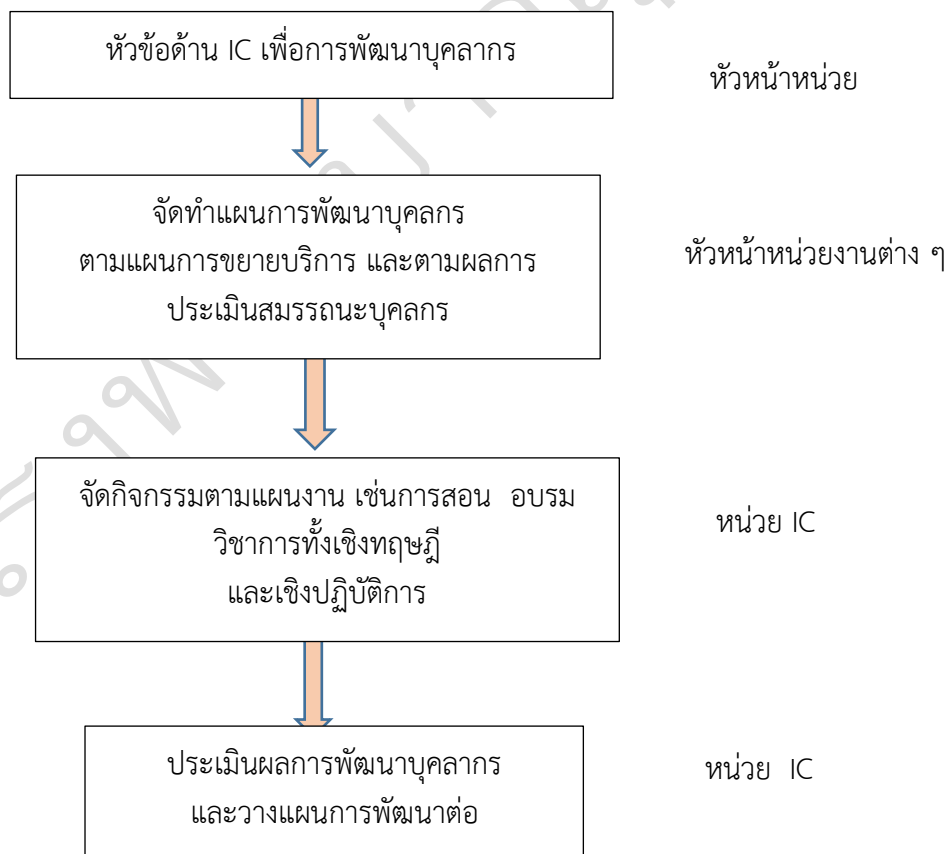
5. การพัฒนาบรมบุคลากร

มีการวางแผนพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

- ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- พัฒนาให้ความรู้และกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรคมัลติดริคกิ้งที่ถูกต้องและเหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อและแพร่ระบาดของเชื้อในหน่วยงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และทุกครั้งที่พบว่ามีภาวะระบาดของเชื้อเกิดขึ้น
- ประเมินความต้องการพัฒนาและฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการพัฒนาและฝึกอบรม
- อบรม ฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ภาพที่ 20 ผังการจัดอบรมบุคลากร ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ





โรงพยาบาลสุทราว
คณะแพทยศาสตร์ มมส

อ้างอิง

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5706660/>

<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvapcurrent.pdf>

CDC VAP Guidelines 2020 (sscor.com)

<http://www.cssd-gotoknow.org/2014/02/cleaning.html>

สมหวัง ด้านชัยวิจิตร. (2538). บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติงาน การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precaution). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.2561.คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์. กรุงเทพมหานคร.

อะเคื้อ อุณหเลขกะ .2544. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. โรงพิมพ์มิ่งเมือง. เชียงใหม่.

อะเคื้อ อุณหเลขกะ.2554.หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.บริษัท มิ่งเมือง นวัตกรรม จำกัด.เชียงใหม่.

WWW. cdc.gov



คู่มือการปฏิบัติงานของบุคลากร
จัดทำโดย
งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม