



การปฏิบัติในการเฝ้าระวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ

Surveillance Practices and Related Factors of Surgical Site Infection in Government Hospitals

ชนาธิป	หาหลัก	พย.ม.*	Chanathip	Halak	M.N.S.*
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล	ปร.ด.**	Nongyao	Kasatpibal	Ph.D.**
จิตตาภรณ์	จิตรีเชื้อ	วท.ม.**	Jittaporn	Chitreecheur	M.Sc.**

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ช่วยให้ทราบสถานการณ์และแนวโน้มของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด นำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรัฐ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อหรือบุคลากรหลัก ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ 99 แห่ง ได้รับแบบสอบถามกลับคืน ร้อยละ 80.49 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 72.73 ของโรงพยาบาลรัฐมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย วินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 68.69 ผู้วินิจฉัยการติดเชื้อ คือ ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ ร้อยละ 61.62 วิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อทุกเดือน ร้อยละ 73.74 โดยบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 51.52 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ร้อยละ 83.84 และมีการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 24.24 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด พบว่า 1) ด้านโครงสร้าง มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติงานเต็มเวลา ร้อยละ 71.72 2) ด้านกระบวนการ มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้กับบุคลากรใหม่ ร้อยละ 73.74 และมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 84.85 3) ด้านผลลัพธ์ พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ทำให้มีผลต่อระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 61.62 และต้องการการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 88.89

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

* Professional Nurse, Ubon Ratchathani Cancer Hospital

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, nongyaok2003@gmail.com



ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลรัฐมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่แตกต่างกัน ควรมีการดำเนินการวางแผนและพัฒนาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยให้มีมาตรฐานเดียวกัน

คำสำคัญ: การปฏิบัติ การเฝ้าระวัง การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลรัฐ

Abstract

The surveillance of surgical site infections (SSI) can help surgical facilities determine the situation and trend of SSI leading to effective SSI prevention and reducing the incidence of SSIs. This descriptive study aimed to study the SSI surveillance practices and related factors at government hospitals from June 2014 to March 2015. The samples consisted of 99 infection control nurses or key responsible persons for SSI surveillance in government hospitals. (80.49%) The research instrument was a questionnaire consisting of 4 parts: a demographic questionnaire, a hospital information questionnaire, a surveillance practices questionnaire, and a SSI surveillance related factors questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics

The study found that most SSI data collection and recording was performed by infection control ward nurses (72.73%). The US Centers for Disease Control and Prevention definition was used to classify SSIs (68.69 %). Most SSIs were diagnosed by surgeons (61.62%). The SSI rates were analyzed monthly (73.74%) and data were electronically recorded (51.52%). Post-discharge surveillance was performed (83.84%) SSI surveillance efficiency were evaluated (24.24%). The factors related to the SSI surveillance practices were: 1) the structure: the hospital had full-time infection control nurses (71.72%); 2) the process: the hospital organized training on SSI prevention for new personnel (73.74%) and conducted refresh training for involved personnel (84.85%); and 3) the outcome: most respondents agreed that changing the responsible person for SSI surveillance affected the SSI surveillance system (61.62%) and that they required support from colleagues (88.89%).

The findings showed that there were a variety of SSI surveillance practices in government hospitals. Planning and developing SSI surveillance procedures are recommended to improve SSI surveillance of Thai government hospitals of standard comprehension

Keywords: Practices, Surveillance, Surgical Site Infection, Related Factors, government hospitals.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นการรักษาทางศัลยกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จากการศึกษานี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2010 พบว่า มีการผ่าตัดมากกว่า 16 ล้านครั้ง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013) ซึ่งการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 9 แห่ง ในรัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31 ของการติดเชื้อทั้งหมด (Magill, et al., 2012) ในประเทศไทย จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกระดับ พบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นลำดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 11 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Danchaivijitr, Judaeng, Sripalakij, Naksawas & Plipat, 2007) การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย และก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล ได้แก่ ทำให้แผลหายช้า (Serra-Aracil et al., 2011) ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (WHO, 2009; Chang, Srinivasa, MacCormick, & Hill, 2013) เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Kasatpibal, Thongpiyapoom, Narong, Suwalak, & Jamulitrat, 2005) และเสียชีวิตได้ (Chang, Srinivasa, MacCormick, & Hill, 2013) จึงควรมีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่สำคัญคือการมีข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้ จำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีการประเมินระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงให้ดีขึ้น (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2553) อย่างไรก็ตามพบว่า การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของแต่ละโรงพยาบาลยังคงมีการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อแตกต่างกัน ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้อาจขาดความน่าเชื่อถือ (Leaper, Tanner, & Kiernan, 2013) ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบในภาพรวมได้ (Tanner, Padley,

Kiernan, Leaper, Norrie, & Baggott, 2013) และไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เท่าที่ควร เนื่องจากข้อมูลที่ได้ไม่สามารถประเมินขนาดและแนวโน้มของปัญหาการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้

ในประเทศไทยจากการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในภาพรวม จากโรงพยาบาลรัฐในภาคใต้ 13 แห่ง เมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่าโรงพยาบาลมีวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่แตกต่างกันเช่นกัน (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2549) รวมถึงอุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังมีความแตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาล (Danchaivijitr et al., 2007; Zarb et al., 2012) การศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดน้อยมาก และยังมีรูปแบบการวิจัยที่เลือกทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย กลุ่มตัวอย่างไม่ครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ทำให้ไม่ทราบขนาดของปัญหาและไม่ทราบสาเหตุของการเกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่แท้จริง (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2549) รวมถึงยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย และมีการศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องน้อย ข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่มีอยู่จึงอาจมีความคลาดเคลื่อน และไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศได้ (benchmark) และการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลรัฐยังคงเป็นปัญหาสำคัญของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงต้องมีการศึกษาการปฏิบัติในการเฝ้าระวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้มีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้คุณภาพการรายงานข้อมูลมีความครบถ้วน น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปวางแผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลรัฐ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลรัฐ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญในแผนงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลาสามารถนำมาใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบายและกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ การศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐครั้งนี้ ศึกษาวิธีการรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้วินิจฉัยและเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้ทำหน้าที่บันทึกข้อมูล วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด รวมถึงการเรียบเรียงข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดภายหลังจำหน่าย การประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และการนำข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดไปใช้ประโยชน์ โดยใช้แนวคิดการประเมินการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2001 รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ เพื่อให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการเฝ้าระวังและ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2557 ถึงเดือน มีนาคม 2558

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อหรือบุคลากรหลักที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลละ 1 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan (Krejcie & Morgan, 1970) จากประชากรทั้งหมด 176 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่าง 123 แห่ง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการกำหนดขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น 2 ขั้นตอน (two-stage sampling) คือ สุ่มแบบแบ่งชั้นจำแนกตามภูมิภาค (stratified sampling) และสุ่มเลือกตัวแทนโรงพยาบาลของแต่ละภาคด้วยการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการทำหัตถการผ่าตัดใหญ่ ตามขนาดและสัดส่วนของจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละภาค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากแบบสัมภาษณ์ การประเมินระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของ นงเยาว์ เกษตรภิบาล ในปี พ.ศ. 2549 ที่มีการพัฒนาจากกรอบแนวคิดการประเมินระบบการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2001 และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล 3) การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) และความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater agreement) ของเครื่องมือ ได้ค่าเท่ากับ 1 ก่อนนำไปหาค่าความเป็นปรนัยและการนำไปใช้ได้จริงกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลรัฐที่ไม่อยู่



ในกลุ่มตัวอย่างรวม 10 ท่าน ซึ่งทุกท่าน มีความเข้าใจ ความหมายตรงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (097/2557) คณะ กรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวง สาธารณสุขและผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือคณะ กรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ วิจัย จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผ่านคณบดีคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล เฉพาะทาง โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งสิ้น 123 แห่ง เพื่อเชิญเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตรวบรวม ข้อมูล

2. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลในแต่ละแห่ง ผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจงรายละเอียดโครงการ เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการ และ แบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ใน แต่ละโรงพยาบาลรัฐเพื่อขอความสมัครใจในการตอบ แบบสอบถาม พร้อมแนบซองเปล่าติดแสตมป์ เพื่อ อำนาจความสะดวกในการส่งแบบสอบถามคืน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม กลับคืน 99 ชุด คิดเป็นร้อยละ 80.49

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบใน แต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน พบว่า แบบสอบถามมีความไม่สมบูรณ์ในส่วนข้อคำถามที่ บ่งชี้ถึงข้อมูลคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น อัตราการติด เชื้อตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติด เชื้อตำแหน่งผ่าตัด หัตถการผ่าตัดที่มีอุบัติการณ์ติดเชื้อ มากที่สุด เป็นต้น รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 ชุด และผู้วิจัยได้

ดำเนินการติดต่อกลับเพื่อขอสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมทาง โทรศัพท์ จากผู้เข้าร่วมวิจัยที่สมัครใจและให้เบอร์ โทรศัพท์ติดต่อไว้ จำนวน 14 ท่าน พบว่า ส่วนใหญ่ขอ สงวนไม่ตอบข้อมูลในส่วนนี้

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลทาง สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.97 โดย มีอายุตั้งแต่ 46-50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.33 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 51.52 และ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 85.86 และปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.40

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ตำแหน่งผ่าตัด

การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ในโรงพยาบาลรัฐ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อย ละ 68.69 ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยของศูนย์ควบคุม และป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา ฉบับที่แปลภาษา ไทย (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2548) การ วินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 61.62 วินิจฉัย โดยศัลยแพทย์เจ้าของไข้ ทั้งนี้เมื่อมีปัญหาการวินิจฉัย การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาล ร้อยละ 65.65 พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะขอคำปรึกษาจากศัลยแพทย์เจ้าของไข้ โดยผู้ทำหน้าที่บันทึก ข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.73 คือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย โดยมี พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ รวบรวม เรียบเรียง และวิเคราะห์ข้อมูล(ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลจำแนกตามการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (n=99 แห่ง)

การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด		
สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	68	68.69
ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา	24	24.24
ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย	7	7.07
ผู้วินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด		
ศัลยแพทย์เจ้าของไข้	61	61.62
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	32	32.32
ประธานคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ	5	5.05
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย	1	1.01
กรณีมีปัญหาการวินิจฉัย		
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลปรึกษาร่วมกับศัลยแพทย์เจ้าของไข้	65	65.65
ประธานคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อปรึกษาร่วมกับศัลยแพทย์เจ้าของไข้	18	18.18
ประธานคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อปรึกษาร่วมกันกับ ICN	10	10.10
ทุกฝ่ายร่วมปรึกษากัน(ประธานฯ ศัลยแพทย์ ICN และ ICWN)	4	4.04
แพทย์โรคติดเชื้อปรึกษาร่วมกับ ICN	2	2.02
ผู้ที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูล*		
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย	72	72.73
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	63	63.64
พยาบาลห้องผ่าตัด	62	62.63
พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม	35	35.35
พยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)	24	24.24
พยาบาลแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER)	3	3.03

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

โรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายร้อยละ 83.84 โดยมีวิธีการ เฝ้าระวังที่หลากหลาย และมีการเปรียบเทียบระดับคุณภาพเพื่อประเมินถึงคุณภาพการปฏิบัติงาน การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดมีการปฏิบัติที่ยังไม่ครอบคลุมมาตรฐาน โดยโรงพยาบาลร้อยละ 78.79 ใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในการรวบรวมข้อมูลการติด

เชื้อตำแหน่งผ่าตัด และโรงพยาบาลมีวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยเฝ้าระวังการผ่าตัดทุกประเภทมากที่สุด ในทุกประเภทการผ่าตัด รองลงมาคือเฝ้าระวังแผลสะอาดทั้งหมดและเฝ้าระวังเฉพาะแผลสะอาด กึ่งปนเปื้อน คิดเป็นร้อยละ 55.56, 40.40, 26.26 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลจำแนกตามลักษณะแบบเฝ้าระวังและวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (n=99 แห่ง)

การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
แบบเฝ้าระวังที่ใช้บันทึกข้อมูล*		
แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	78	78.79
แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดภายหลังจำหน่าย	59	59.60
แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโดยเฉพาะ	45	45.45
วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด*		
เฝ้าระวังการผ่าตัดทุกประเภท	55	55.56
เฝ้าระวังแผลสะอาดทั้งหมด	40	40.40
เฝ้าระวังเฉพาะการผ่าตัดแผลสะอาดกึ่งปนเปื้อน	26	26.26
เฝ้าระวังเฉพาะแผลสะอาดบางประเภท	24	24.24
เฝ้าระวังบางชนิดของการผ่าตัด	18	18.18
เฝ้าระวังการติดเชื้อตามดัชนีความเสี่ยง	4	4.04

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.60 ได้มีการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพ โดยร้อยละ 84.75 ใช้วิธีการเปรียบเทียบข้อมูลการเฝ้าระวังกับโรงพยาบาลระดับเดียวกัน ทั้งนี้ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดมาตรการการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดมากที่สุด รองลงมาเป็น การวางแผนการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดและการจัดอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 88.89, 74.75, 72.73 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการนำข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดไปใช้ประโยชน์ (n=99 แห่ง)

การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ *	จำนวน	ร้อยละ
กำหนดมาตรการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	88	88.89
วางแผนการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	74	74.75
จัดอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	72	72.73
นำเสนอผู้บริหารเพื่อขอรับการสนับสนุน	65	65.66
ประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	56	56.57
จัดทำคู่มือการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	53	53.54
กำหนดนโยบายการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	41	41.41
ศึกษาวิจัย	6	6.06

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านโครงสร้างโรงพยาบาล ร้อยละ 71.72 อัตรากำลังของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาและวิธีการคัดเลือกพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ร้อยละ 58.59 ปัจจัยด้านกระบวนการพบว่าโรงพยาบาลให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการ ร้อยละ 84.85 และจัดอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 71.43 ในส่วนของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคด้านผลลัพธ์ พบว่าโรงพยาบาลที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ จะส่งผลต่อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 61.62 โดยมีสาเหตุจากการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 88.89 และเพราะต้องเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ ร้อยละ 71.05

การอภิปรายผล

การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพราะข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำมาวางแผนกำหนดนโยบายและกำหนดมาตรการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ ทั้งนี้การกำหนดนิยามเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ควรมีการปรับปรุงให้มีความทันสมัยเป็นระยะ แต่จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อใหม่ของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2013 โดย ร้อยละ 68.69 เลือกใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากเกณฑ์การวินิจฉัยของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1996 อย่างไรก็ตาม นิยามการวินิจฉัยการติดเชื้อนี้ยังคงสามารถยอมรับได้ เนื่องจากเป็นนิยามที่โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ

ตำแหน่งผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย ตลอดจนมีกำหนดให้ใช้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

การเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำการบันทึกข้อมูลในแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 72.73 และส่วนใหญ่เลือกใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 78.79 เนื่องจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลต้องดำเนินการกำกับดูแลระบบการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมการติดเชื้อทั้งโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการเป็นนักวิจัย เป็นผู้สอนและให้คำปรึกษา เป็นต้น ภารกิจดังกล่าวจึงส่งผลให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้ โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่จึงมีการจัดอบรมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และต้องปฏิบัติงานในเวรป่วย-ดึก (กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์และกัญญดา ประจุศิลปะ, 2558) ดังนั้นการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จึงต้องใช้ความร่วมมือจากบุคลากรในหอผู้ป่วยในการบันทึกข้อมูล และแม้โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่จะไม่ได้ใช้แบบ เฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโดยเฉพาะ แต่ทั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลก็สามารถที่จะใช้ในแบบ เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้เช่นกัน ประเด็นสำคัญคือแบบเฝ้าระวังนั้นต้องมีการรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อที่ครบถ้วน ตรงตามนิยามการติดเชื้อและมีการรายงานให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทราบทันทีเมื่อพบอุบัติการณ์ติดเชื้อรวมทั้ง ควรมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายให้ครอบคลุมตามนิยามการวินิจฉัยการติดเชื้อ ทั้งนี้จากการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลรัฐมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังจำหน่าย ร้อยละ 83.84 ดังนั้นโรงพยาบาลรัฐจึงควรส่งเสริมการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลทราบปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลให้โรงพยาบาลทราบปัญหาของการ



ติดเชื้อมาตำแหน่งผ่าตัดที่แท้จริง นำไปสู่การแก้ปัญหาและ
ค้นหาปัญหาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถนำข้อมูลการ
ติดเชื้อมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการเฝ้าระวังและการ
ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้

การวิเคราะห์ แปลความหมาย และการเผยแพร่
ข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า
โรงพยาบาล มีการคำนวณอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด
จากจำนวนครั้งของการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 75.76 ทั้งนี้
โรงพยาบาลได้มีการเผยแพร่และนำข้อมูลการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดไปใช้ประโยชน์ ในการประเมินลักษณะ
การเกิดการติดเชื้อและจัดทำเป็นรายงานเพื่อให้ข้อมูล
ย้อนกลับในภาพรวมแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้
บุคลากรตระหนักถึงปัญหาของการติดเชื้อและส่งผลต่อ
การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมปฏิบัติ (ประจวบ
ทองเจริญ, 2558) แม้ในส่วนของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายจะยังไม่สามารถปฏิบัติได้
อย่างครอบคลุมมาตรฐาน และไม่สามารถติดตามผู้ป่วย
หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ทั้งหมด ส่งผลให้
โรงพยาบาลไม่ทราบปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นอย่าง
แท้จริง ข้อมูลอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่ได้ จึงอาจ
ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้น การปฏิบัติการเฝ้าระวังการ
ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลในปัจจุบันอาจไม่
เพียงพอที่จะสะท้อนสถานการณ์ปัญหาของการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลได้

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการเฝ้าระวัง
การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาล พบว่า ด้าน
ปัจจัยโครงสร้าง โรงพยาบาลได้รับปัจจัยสนับสนุนในส่วน
ของทรัพยากรบุคคล เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มี
พยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติงานเต็มเวลา ซึ่งการที่
โรงพยาบาลมีพยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อรับผิดชอบงาน
โดยตรง ส่งผลให้การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลยังมีอุปสรรคในด้านการสรรหา
บุคลากร เนื่องจากโรงพยาบาล ร้อยละ 75 ได้พยาบาล
ควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยจากการ ซึ่งจากการ
ศึกษาของคุณศรัณยา นิमितกุล ในปีพ.ศ. 2543 พบว่า
การปฏิบัติงานที่มาจากการถูกคัดเลือก จะส่งผลให้การ

ทำงานนั้น เป็นไปอย่างไม่สมัครใจ ไม่มีความสนใจในงาน
และอาจส่งผลต่อการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่าง
ไม่เต็มที่ (ศรัณยา นิमितกุล, 2543) ดังนั้น การคัดเลือก
บุคลากร จึงควรมาจากความสมัครใจของผู้ปฏิบัติงาน
เป็นสำคัญและควรมีการเสริมขวัญและกำลังใจให้
บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะ

ปัจจัยด้านกระบวนการ พบว่าโรงพยาบาลมีปัจจัย
สนับสนุนในด้านของการอบรมให้ความรู้ เพราะพบว่ามี
การจัดอบรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด
สำหรับบุคลากรที่เข้าทำงานใหม่ ร้อยละ 73.74 และจัด
อบรมฟื้นฟูการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้กับ
บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 84.85 โดย ส่วนใหญ่มีการ
จัดอบรมวิชาการเป็นประจำทุก 1 ปี ซึ่งการที่โรงพยาบาล
มีการสนับสนุนให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลมีความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัด นับเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคลากรเกิด
การเรียนรู้และทำให้มีพฤติกรรมปฏิบัติการป้องกัน
การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่ต้องเพิ่มขึ้น (อุดมรัตน์
แหลมกล้า, 2555) และส่งผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้
ความร่วมมือในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนปัจจัยด้านผลลัพธ์ พบว่า โรงพยาบาลมีปัจจัย
ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการเฝ้าระวัง การติดเชื้อ ใน
ด้านการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ เพราะการเก็บรวบรวมอา
ชาตความต่อเนื่องในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ข้อมูลไม่
ครบถ้วน หรือการแก้ไขสถานการณ์การติดเชื้อไม่ทันเวลา
ดังนั้น โรงพยาบาลจึงไม่ควรเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานด้าน
การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อม่อยๆ แต่ควรส่ง
เสริมให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หรือ
ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่
ควรเลือกบุคลากรที่ได้ผ่านการอบรมวิชาการด้านการ
ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาทดแทน และในระยะ
แรกที่ได้รับมอบหมาย ควรมีพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน
การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดคอยเป็นที่เลี้
ยให้คำแนะนำ และจากการศึกษายังพบว่าโรงพยาบาล
ร้อยละ 88.89 มีความต้องการการสนับสนุนการเฝ้าระวัง
การ ติดเชื้อจากบุคลากรในหอผู้ป่วย เพราะระบบการเฝ้า



ระวังการติดเชื้อจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
ทันต่อเวลา โรงพยาบาลจึงควรใช้กลยุทธ์แบบหลากหลาย
วิธี เพื่อพัฒนาให้เกิดความร่วมมือในองค์กร ให้ทุกคนเกิด
ความตระหนัก เห็นถึงความสำคัญและเกิดความเข้าใจ
ว่าการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็น
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทุกคน
การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติด
เชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย
ยังมีความหลากหลาย ไม่มีกิจกรรมใดที่ปฏิบัติเหมือนกัน
ในทุกโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาระบบการ
เฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้ได้มาตรฐาน และส่งเสริม
การปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน ข้อมูลที่
ได้จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดจึงจะนำมา
ใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดในเชิงนโยบายระดับประเทศได้ และใช้ในการ
การเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดระหว่าง
โรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลในการ
สนับสนุนการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลัง
ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
ขึ้น เพื่อให้ทราบขนาดปัญหาและแนวโน้มของการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรัฐ
โดยเชิญตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาลเข้ามาเป็นคณะ
กรรมการวิจัยและควรใช้หลายวิธีประกอบกัน เช่น การ
สำรวจด้วยการใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์
เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลการติดเชื้อ
ตำแหน่งผ่าตัดที่ครบถ้วนและสะท้อนถึงอุปสรรคในการ
ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดใน
โรงพยาบาลรัฐ

เอกสารอ้างอิง

- Centers for disease Control and Prevention. (2013). *Surgical site infection (SSI) event. Procedure-associated events SSI*. Retrieved 4 February 2015 From <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/psccmanual/9pscscscurrent.pdf>.
- Chang, W. K., Srinivasa, S., MacCormick, A. D., & Hill, A. G. (2013). Gentamicin-Collagen Implants to reduce surgical site infection systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Annals of Surgery*, 258(1), 59-65.
- Danchaivijitr, S., Judaeng, T., Sripalakij, S., Naksawas, K., & Plipat, T. (2007). Prevalence of Nosocomial Infection in Thailand 2006. *Journal Medicine Associated Thailand*, 90(8), 1524-1529.
- Kasatpibal, N., Thongpiyapoom, S., Narong, M., Suwalak, N., & Jamulitrat, S. (2005). Extra charge and extra length of postoperative stay attributable to surgical site infection in six selected operations. *Journal of Medical Association of Thailand*, 88(8), 1083-1090.
- Kasatpibal, N. (2006). *The development of surgical site nosocomial infection surveillance network in southern Thailand*. Research Report: Health Systems Research Institute (HSRI). (In Thai)
- Kasatpibal, N. (2010). *Strategies for Improvement of Infection Prevention and Control*. Chiang Mai: Mingmuang. (In Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.



- Lamkar, U., Kasatpibal, N., & Chitreecheur, J. (2012). Effect of prevention of infection reinforcement among healthcare personnel on incidence of surgical site infection in caesarean section. *Nursing Journal*, 39(4), 85-96. (In Thai)
- Leaper, D., Tanner, J., & Kiernan, M. (2013). Surveillance of surgical site infection: more accurate definitions and intensive recording needed. *Journal of Hospital Infection*, 83, 83-86.
- Niyomwit, K., & Prachusilpa, G. (2015). Competency of infectious control ward nurse. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 153-165. (In Thai)
- Saranya Nimitkul. (2000). Effects of quality control circle on efficiency of nosocomial infection surveillance by infection control ward nurse in Trang Hospital. (Master's thesis of Infection Control Nursing). Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)
- Serra-Aracil, X., Garcia-Domingo, M. I., Pares, D., EspinBasany, E., Biondo, S., Guirao, X.,....Sitgr-Serra, A. (2011). Surgical site infection in elective operations for colorectal cancer after the application of preventive measures. *Archives of surgery*, 146(5), 606-612.
- Thongcharoen, P., Moongtui, W., & Unahalekhaka, A. (2015). Effects of using multifaceted strategic method on practices of healthcare personnel in prevention of multidrug resistant bacterial infection. *Nursing Journal*, 42(1), 61-73. (In Thai)
- Tanner, J., Padley, W., Kiernan, M., Leaper, D., Norrie, P., & Baggott, R. (2013). A benchmark too far: Findings from a national survey of surgical site infection surveillance. *Journal of Hospital Infection*, 83, 87 -91.
- World Health Organization. (2009). Safe surgery saves lives WHO guidelines for safe surgery. Retrieved 4 February 2015 From http://www.who.int/publications/2009/97892415985523_eng.pdf.
- Zarb, P., Coignard, B., Griskeviciene, J, Muller, A., Vankerckhoven, V., Weist, K.,..., Suetens, C. (2012). The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) pilot point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use. *Euro Surveillance*, 17(46). Retrieved 4 February 2015 From: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20316>