

# Service Profile 2566

## ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลปากพันธ์

### 1.บริบท(context)

#### ก.หน้าที่และเป้าหมาย

**หน้าที่** ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลปากพันธ์ ดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการซึ่งมาจากสาขาวิชาชีพครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล บริการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากร เฝ้าระวังการติดเชื้อครอบคลุมพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อม สอบสวนและควบคุมการระบาดของเชื้อ

**เป้าหมาย** ผู้รับบริการไม่ติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ให้บริการไม่ติดเชื้อจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมไม่ปนเปื้อน

#### ข.ขอบเขตการให้บริการ

1. ให้ความรู้ และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
  - ปฐมนิเทศด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
  - ฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรปีละ 1 ครั้ง
  - ให้คำปรึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
2. เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรกลุ่มเสี่ยง และสิ่งแวดล้อม
3. ควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. สอบสวนและควบคุมการระบาดของเชื้อ
5. สนับสนุนทรัพยากร เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
6. เตรียมรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ อย่างทันเหตุการณ์

#### ศักยภาพ

1. บุคลากรในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นทีมสหวิชาชีพมีแพทย์เป็นประธาน กรรมการมีพยาบาลหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นกรรมการและเลขานุการ มีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆเป็นกรรมการ
2. ICN , ICWN ได้รับการอบรม IC. Update ทุกปี (เว้น ในปี 2563,2564,2565)
3. มี ICWN เฝ้าระวังการติดเชื้อในแต่ละหน่วยงาน
4. มีการสื่อสารระเบียบปฏิบัติสู่ผู้ปฏิบัติงานโดยการอบรม ปีละ 1 ครั้ง แจกเอกสารไว้ที่หน่วยงานและ มีการใส่ไว้ในเว็บไซต์โรงพยาบาลเพื่อสะดวกในการเข้าถึง
5. มีคณะกรรมการ IC เครือข่ายอำเภอปากพันธ์ ในการดูแลระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างครอบคลุมทั้งอำเภอ
6. มีระบบ central supply บริการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 7 ชั้นตอนของทุกหน่วยบริการในอำเภอปากพันธ์

7. มีระบบขนส่งของสะอาดและของปนเปื้อน ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 20 หน่วย
8. ICN เป็นคณะกรรมการ ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจังหวัดนครศรีธรรมราช มี การพัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น การทำคู่มือ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ

#### ข้อจำกัด

1. สมรรถนะของ ICN เป็นผู้รับผิดชอบงานใหม่ ยังไม่ผ่านการหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รับประทานอาหารพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและจ่ายกลาง ไม่ถึง 3 ปี มีแผนพัฒนาบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลเพื่อศึกษาต่อหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเฉพาะทาง 4 เดือน
2. โครงสร้างอาคาร บางอาคารเป็นอาคารชั่วคราว เช่น ห้องทันตกรรม ห้องจ่ายกลาง ชักฟอก

#### ค.ผู้รับผลงานและความต้องการสำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ผู้ป่วยทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ไม่รวมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ</li> <li>2.ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่ต้องนอนรพ.นาน</li> <li>3.ไม่ติดเชื้อจากการมารักษา / นอนพักรักษาในรพ.</li> </ol>
ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ - airborne precaution - droplet precaution - contact precaution	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายใช้อย่างเพียงพอ</li> <li>2.ผู้ดูแล/ผู้มาเยี่ยม ไม่ติดเชื้อ</li> <li>3.มีความรู้และความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรค</li> <li>4.รักษาหายได้ที่รพ.ปากหนัง ไม่ต้องส่งต่อไปรพ.มหาราช</li> <li>5.ไม่ถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง</li> </ol>
ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ไม่ติดเชื้อจากโรงพยาบาล</li> <li>2.อาคาร สถานที่ เครื่องใช้ สะอาด</li> <li>3.จุดรับบริการ เตียงนอน อยู่ห่างจากจุดที่มีเชื้อโรค</li> </ol>
ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ได้รับการดูแลเพื่อไม่ให้แผลติดเชื้อ</li> <li>2.มีความรู้เรื่องดูแลตัวเองเมื่อมีแผลผ่าตัด</li> <li>3.แผลไม่เป็นหนอง</li> </ol>
ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ได้รับคำแนะนำในการดูแลเมื่อต้องคาสายสวนปัสสาวะ</li> <li>2.ไม่ปวด ไม่แสบท่อปัสสาวะ</li> <li>3.ไม่ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ</li> </ol>

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ผู้ป่วยที่เปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย	1.ได้รับคำแนะนำในการดูแลเมื่อต้องให้น้ำเกลือ / คาเข็ม 2.แทงครั้งเดียวได้ ไม่ควานหาเส้น 3.ไม่แทงบ่อย 4.ไม่ปวด ไม่บวม ไม่แสบ ไม่แดง ไม่เป็นหนองบริเวณรอยแทง
บุคลากร	1.ได้รับความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เมื่อเริ่มเข้าทำงานใหม่ 2.ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นระยะๆ 3.ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ทุกปี 4.เมื่อเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม/สัมผัสสารคัดหลั่ง ได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีหากยังไม่มีภูมิต้านทาน 5.ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ทุกปี 6.มีแนวทางปฏิบัติงานที่ครอบคลุม 7.มีที่ปรึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ชุมชน	รพ.ไม่ปล่อยสิ่งสกปรก เชื้อโรคสู่ชุมชน

### ง.ประเด็นคุณภาพ

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยไม่ติดเชื้อในรพ. บุคลากรปลอดภัยไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และสิ่งแวดล้อมปลอดภัยไม่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค

### จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นการพัฒนา

#### ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ COVID-19 บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2. มีการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล
3. มีผู้ป่วยเชื่อตัวยาตัวยาที่ต้องควบคุมพิเศษ
4. การทำให้ปราศจากเชื้อในเครือข่ายยังไม่ได้มาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อ

#### จุดเน้นในการพัฒนา

- การป้องกันการแพร่กระจายของ COVID-19 ในโรงพยาบาล
- การป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร
- การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื่อตัวยา
- การพัฒนา central supply

## จ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน/เทคโนโลยี/เครื่องมือ)

### บุคลากร

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย

- กุมารแพทย์ เป็นประธาน
- ICN เป็นกรรมการและเลขานุการ
- ICWN LR เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
- ICWN OPD เป็นกรรมการ
- ICWN ER เป็นกรรมการ
- ICWN IPD w เป็นกรรมการ
- ICWN IPD p เป็นกรรมการ
- ICWN IPD M เป็นกรรมการ
- ICWN OR เป็นกรรมการ
- ทันตแพทย์ เป็นกรรมการ
- เภสัชกร เป็นกรรมการ
- หัวหน้างานเวชศาสตร์ฯ เป็นกรรมการ
- นักเทคนิคการแพทย์ เป็นกรรมการ
- โภชนาการ เป็นกรรมการ

### เทคโนโลยี/เครื่องมือ

เทคโนโลยี/เครื่องมือ	จำนวน
1.ระบบรายงานเชื้อดื้อยา	1 ระบบ
2.ระบบรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1 ระบบ
3.ระบบการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายปากพั้ง	1 ระบบ
4.โปรแกรมพิมพ์ผลลากชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อ	1 โปรแกรม
5.เครื่องนึ่งไอน้ำ 700 ลิตร	1 เครื่อง
6. เครื่องนึ่งไอน้ำ 800 ลิตร	2 เครื่อง
7. เครื่องอบฆ่าเชื้อด้วยแก๊สเอทิลีนออกไซด์ ขนาด 150 ลิตร	1 เครื่อง
8. เครื่องอบฆ่าเชื้อด้วยแก๊สไฮโดรเจนออกไซด์พลาสมา ขนาด 160 ลิตร	1 เครื่อง

## 2.กระบวนการสำคัญ( key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	1.ผู้ป่วย ไม่ติดเชื้อในรพ.	1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.อัตราการติดเชื้อ CAUTI 3.อัตราการติดเชื้อ Phlebitis 4.อัตราการติดเชื้อ SSI 5.อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ 6.อัตราการติดเชื้อที่ตา(0- 1 เดือน) 7.อัตราการติดเชื้อที่สะดือ(0- 1 เดือน) 8.อัตราการติดเชื้อ HAP
	2.บุคลากร ไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	1.จำนวนบุคลากร ที่ป่วยเป็นวัณโรคจากการปฏิบัติงาน 2.จำนวนบุคลากร ที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง 3.จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19
	3.สิ่งแวดล้อม ปราศจากการปนเปื้อน	1.จำนวนอุบัติการณ์การจัดการขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง
2.การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้รับการคัดกรอง (airborne/droplet/contact)	1.จำนวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไม่ได้รับการคัดกรอง
	2.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้รับการดูแลตามระเบียบปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในรพ.	2.จำนวนอุบัติการณ์ การไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในรพ.
	3.ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ผู้มาเยี่ยม ไม่ติดเชื้อ	3.จำนวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ผู้มาเยี่ยมติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19
3.การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ	1.มีระบบการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน 2.บุคลากรมีความรู้เรื่องการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ 3.บุคลากรจัดเก็บ หยิบใช้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อได้ถูกต้อง	1.ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ 2.อัตรา re-sterile

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4.การดูแลสุขภาพบุคลากร	<p>มีระบบการเฝ้าระวังและการดูแลสุขภาพบุคลากร ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ตรวจสุขภาพเมื่อเริ่มเข้าปฏิบัติงาน</li> <li>2.ตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>3.ตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง</li> <li>4.ให้ความรู้บุคลากรด้านการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย</li> <li>5.การจัดการและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่มีประสิทธิภาพ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>2.ร้อยละของบุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อตัวอีกเสบปี มีภูมิต้านทานต่อตัวอีกเสบปี</li> <li>3.จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง</li> <li>4.จำนวนอุบัติการณ์การสวมใส่เครื่องป้องกันร่างกายไม่เหมาะสม</li> <li>5.อัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน</li> </ol>
5.การให้ความรู้แก่บุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.บุคลากร ได้รับการปฐมนิเทศ</li> <li>2.บุคลากรได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปีละครั้ง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับการปฐมนิเทศ</li> <li>2.ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</li> </ol>
6.การเฝ้าระวังการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	<p>ประสานกับคณะทำงาน ENV และงานสุขาภิบาลในการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล</li> <li>2.การจัดการผ้าเปื้อน</li> <li>4.การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย</li> <li>5.สุขาภิบาลอาหาร</li> <li>6.ระบบการระบายอากาศ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จำนวนอุบัติการณ์การแยกขยะไม่ถูกต้อง</li> <li>2.จำนวนอุบัติการณ์การแยกผ้าเปื้อนไม่ถูกต้อง</li> <li>3.คุณภาพน้ำเสีย</li> </ol>

### 3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

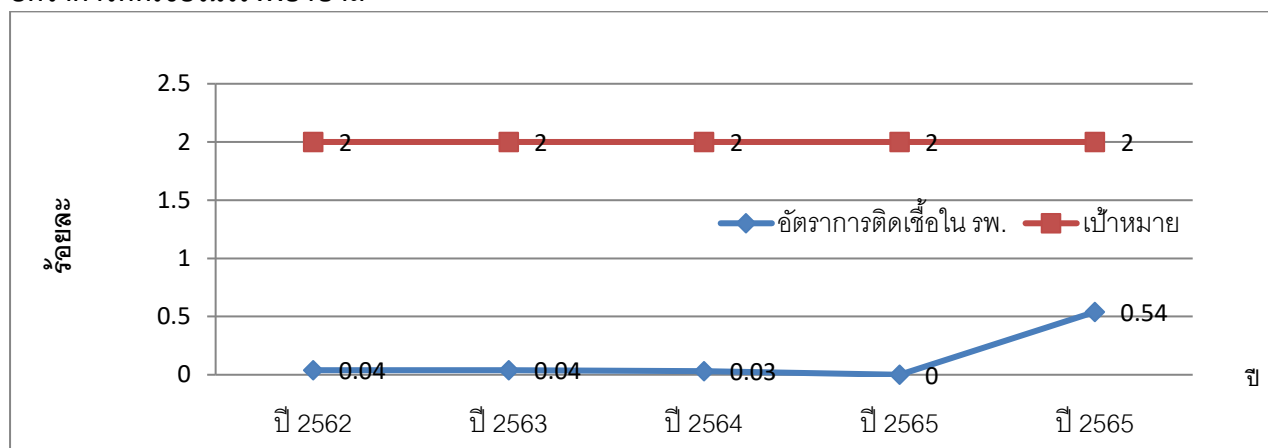
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค-ธ.ค65)
1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	2 : 1000 วัน นอน	0.04	0.04	0.03	0	0.05
2.อัตราการติดเชื้อ CAUTI	20 : 1000 cath. day	0	0	0	0	0
3.อัตราการติดเชื้อ Phlebitis	1 : 1000 iv. day	0	0	0	0	0.5
4.อัตราการติดเชื้อ SSI	ร้อยละ 2	0	0	0	0	0
5.อัตราการติดเชื้อแผลมีเย็บ	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
6.อัตราการติดเชื้อที่ตา(0- 1 เดือน)	ร้อยละ 0	0	0	0.3	0	0
7.อัตราการติดเชื้อที่สะดือ(0- 1 เดือน)	ร้อยละ 0	0	0.2	0	0	0
8.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการ ปฐมนิเทศด้าน ic.	ร้อยละ 100	100	100	0	0	0
9.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการ ฟื้นฟูความรู้และทักษะด้าน ic.	ร้อยละ 100	100	100	0	0	มี โครงการ
10.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี	ร้อยละ 100	96.31	94.24	NA	90.22	มีแผน ตรวจ
11.จำนวนอุบัติการณ์การบาดเจ็บ จาก ของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง	0 ราย	4	0	3	1	2
12.จำนวนบุคลากร ที่ป่วยเป็นวัณ โรคจากการปฏิบัติงาน	0 ราย	0	0	0	1	0
13.ร้อยละของบุคลากร ที่ได้รับ บาดเจ็บจากของมีคมได้รับการดูแล ตามแนวทาง	100	100	100	100	100	100
14.ร้อยละของบุคลากรติดเชื้อไวรัส โคโรนา 19		0	0	2.1	45.99	8
15.อัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน	ร้อยละ 80	86.7	88.7	86	90.20	94.40
16.ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจาก เชื้อ	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100

#### 4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ 4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งงานพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

##### การปรับปรุงอาคารสถานที่

- เรือนพักขยะจากเดิมมีเพียงห้องพักขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ ได้เพิ่มห้องพักขยะอันตรายมาอีก 1 ห้อง
- อาคารซักฟอก ได้ปรับโครงสร้าง เพื่อรองรับเครื่องซักผ้าขนาด 125 ปอนด์ และ เครื่องอบผ้าอัตโนมัติขนาดไม่น้อยกว่า 120 ปอนด์

##### อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล



**ปัญหาที่พบ** การติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

##### กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ประชุมคณะกรรมการ ICC เพื่อทบทวนและค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อพบมีการติดเชื้อ
2. หาแนวทางแก้ไข และสื่อสารไปยังหน่วยงาน
3. เฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง



## ผลการดำเนินงาน

ปี 2562 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.04 : 1000 วันนอน

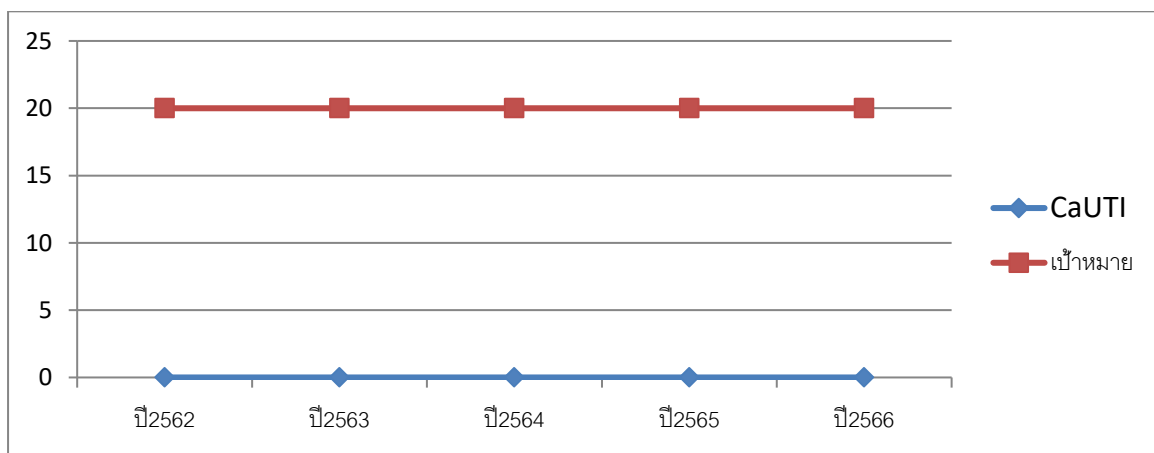
ปี 2563 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.04 : 1000 วันนอน

ปี 2564 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.03 : 1000 วันนอน

ปี 2565 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0 : 1000 วันนอน

ปี 2566 อัตราการติดเชื้อในรพ. เป็น 0.54 : 1000 วันนอน

## อัตราการเกิด CaUTI



ปัญหาที่พบ ไม่มีการติดเชื้อ CaUTI ต่อเนื่อง 5 ปี

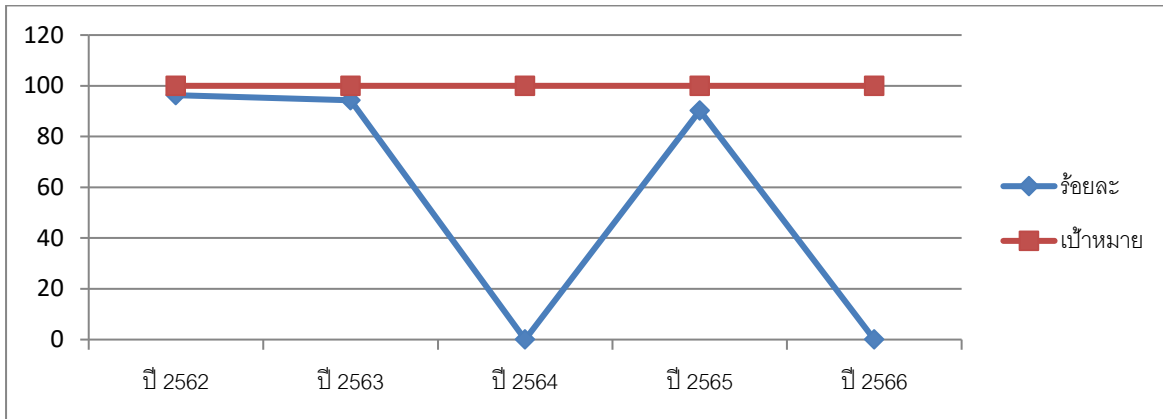
### กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิด CaUTI
2. เสนอคณะกรรมการ PTC เพื่อนำสารหล่อลื่น ชนิด single มาใช้
3. มีการค้นหาผู้ดูแลหลักซึ่งอาจมีมากกว่า 1 คน เพื่อฝึกทักษะการดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะจนสามารถดูแลได้ พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ
4. ติดตาม/เฝ้าระวังการเกิด CaUTI โดยใช้แนวทางการป้องกัน CaUTI 5 ประการของ NHS

## ผลการดำเนินงาน

ไม่มีการติดเชื้อ CaUTI ต่อเนื่อง 5 ปี ตั้งแต่ 2562-2566

## การตรวจสอบสุขภาพประจำปีบุคลากร



**ปัญหาที่พบ** เจ้าหน้าที่ ไม่ได้ได้รับการตรวจสอบประจำปี เนื่องจาก อยู่ระหว่างลาคลอด ,ลาป่วย

### กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ดำเนินกิจกรรมตรวจสอบคุณภาพโดยคณะกรรมการ ICC
2. มีการสื่อสารเรื่องระบบการตรวจหลากหลายช่องทาง
3. มีแผนช่วงเวลาการในตรวจที่ชัดเจน
4. ให้บุคลากรเลือกวันตรวจเลือดและฟังผลตามความสะดวก
5. มีการติดตามการมาตรวจวันต่อวัน
6. มีเกณฑ์การจัดกลุ่มภาวะสุขภาพที่ชัดเจน
7. นำปัญหาในปีที่ผ่านมา มาพัฒนาระบบตรวจสอบสุขภาพในปีถัดไป

### ผลการดำเนินงาน

บุคลากรเห็นความสำคัญของการตรวจสอบสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการรับการตรวจสุขภาพทุกปี

ปี 2562 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 96.31

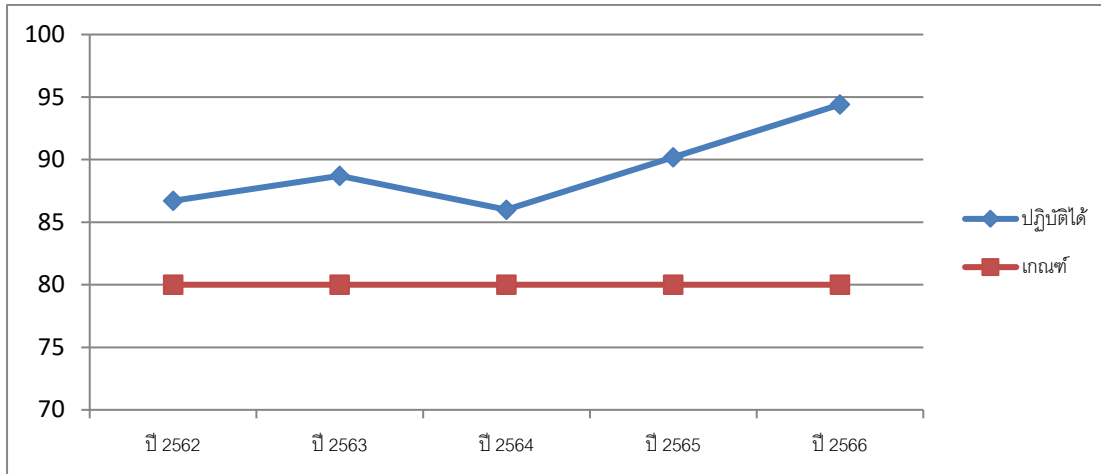
ปี 2563 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 94.24

ปี 2564 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 0

ปี 2565 บุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 90.22

ปี 2566 รอดำเนินการตามแผนการตรวจสุขภาพประจำปี

## การล้างมือครบ 5 moment 7 step



อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน มีแนวโน้มที่ดี

### ปัญหาที่พบ

- ใส่เครื่องประดับ แหวน นาฬิกา
- จำทำไม่ได้
- ยืนพิงอ่าง
- ใช้มือสะอาดปิดก๊อกน้ำ
- ล้างเร็วเกินไป
- จุดล้างมือไม่เพียงพอ ไม่สะดวกในการเข้าถึง
- จุดล้างมือ ไม่มีป้ายแสดงท่าล้างมือ

### กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ประชุมคณะกรรมการ ICC. พบปัญหาการล้างมือไม่ถูกต้อง และไม่ล้างมือตาม 5 moment
2. ค้นหาสาเหตุของการไม่ล้างมือ
3. หาแนวทางแก้ไข
  - ใช้คลิปในการฟื้นฟูความรู้และทักษะการล้างมือ
  - ติดตั้งจุดล้างมือให้เพียงพอ
  - ติดโปสเตอร์วิธีการล้างมือไว้ทุกจุด
4. ประเมินการล้างมือ
  - โดยให้บุคลากรทุกคนประเมินตนเอง และประเมินผู้อื่น ทำให้รู้สึกตื่นตัวอยู่เสมอ
  - Return demand การล้างมือกับ ICN
  - ประเมินประสิทธิภาพการล้างมือด้วยเครื่องส่องมือ เพื่อหาโอกาสพัฒนาเป็นรายบุคคล พบว่าจุดที่ล้างมือไม่ทั่วถึง สูงสุดคือ บริเวณรอบๆช้อมือ รองลงมาคือ หัวแม่มือ ได้พัฒนาทักษะเป็นรายบุคคล

## ผลการดำเนินงาน

- ปี 2562 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 86.70
- ปี 2563 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 88.70
- ปี 2564 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 86.00
- ปี 2565 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 90.20
- ปี 2566 อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 94.40

## 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1.การป้องกันการเกิด HAP	1.จัดทำแนวทางการป้องกัน HAP 2.สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ 3.สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน 4.ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง	อัตราการเกิด HAP
2.การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดื้อยา	1.จัดทำแนวทางการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา 2.สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ 3.สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน 4.ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง	จำนวนอุบัติการณ์การระบาดของ เชื้อดื้อยา
3.การพัฒนา central supply	1.จัดทำแนวทางการทำให้ปราศจากเชื้อ ทั้งในรพ.และเครือข่าย 2.พัฒนางานจ่ายกลางให้ได้มาตรฐาน 3.พัฒนาระบบขนส่งของสะอาด ของ ปนเปื้อน	ร้อยละของหน่วยบริการที่ใช้ บริการ central supply

## 5.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การล้างมือ ทำให้เป็นวัฒนธรรมหนึ่งขององค์กร
- พัฒนาอาคารสถานที่ เช่น ห้องแยกโรคแรงดันลบ เนื่องจากหอผู้ป่วยในสร้างใหม่ยังไม่มีห้องแยกแรงดันลบ และห้องทันตกรรมที่ใช้อยู่เป็นอาคารชั่วคราว
- พัฒนาสมรรถนะ ICN / ICWN

# Service profile

2566

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  
โรงพยาบาลปากพนัง จ.นครศรีธรรมราช