

ชื่อเรื่อง 5 Moment เครื่องมือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสแบบยั่งยืน

Five Moment to prevention of Contract Transmissions sustainable.

หน่วยงาน ศูนย์พัฒนาการเรียนรู้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนครสวรรค์

รายชื่อผู้จัดทำ

1. ภัณณิตา เวชพินิช
2. นพวรรณศรีชมภู
3. ลำพึง ภูการ
4. กรวิกา ภูพงศ์พันธุ์กุล
5. โกศลญานันท์พันธ์
6. สุดใจ สร้างแก้ว

เหตุผลและที่มา

จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบมีการระบาดติดเชื้อในแผลผ่าตัด มีการติดเชื้อระบบอื่นสืบเนื่องมาจากการผ่าตัด ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลระบบต่างๆสูงมากกว่าระบบเฝ้าระวังปกติ 4.5 เท่าหลังการสืบสวนทางระบาดวิทยา และวางมาตรการควบคุมการติดเชื้อได้ เกิดการระบาดซ้ำในช่วงเวลาใกล้เคียงกันจนสุดท้ายเชื้อก่อโรคเชื้อเดิม ซึ่งการระบาดครั้งแรกๆเป็นเชื้อไม่ดื้อยา กลายเป็นการระบาดที่เกิดเป็นเชื้อดื้อยาหลายตัว ได้มีการทบทวนกระบวนการพบว่ามาตรการแก้ไขปัญหาแต่ละครั้งขาดความยั่งยืน และการแพร่กระจายเชื้อดังกล่าว ธรรมชาติของเชื้อแพร่กระจายจากการสัมผัส และสามารถ Colonization อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือบุคลากรสุขภาพได้นานมากกว่า 4 เดือน ถึงแม้จะมีการกวาดล้างเท่าไรไม่สามารถกำจัดเชื้อโรคได้หมดสิ้นทีมงานจึงใช้ทักษะการล้างมือ 5 Moment เป็นเครื่องมือในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสแบบ Universal Contract Precaution โดยหวังผลในการแก้ไขปัญหาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลแบบยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการจัดการความรู้

1. เพื่อเกิดความยั่งยืนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัส ในทุกหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2. อัตราการระบาดโรคติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลดลง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีมาตรฐาน อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต่ำกว่าเป้าหมายโดยเฉพาะการติดเชื้อ หรือการระบาดของเชื้อดื้อยาลดลง ซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายที่ได้แท้จริงคือความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการมีความปลอดภัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนครสวรรค์ ผ่านมาตรฐาน Safety Goal ใน SIMPLE คือ: Infection Control

รายงานการจัดการความรู้

ชื่อเรื่อง 5 Moment เครื่องมือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสแบบยั่งยืน

Five Moments to prevention of Contact Transmissions sustainable.

“เนียนไปกับงานประจำ ทำให้เป็นนิสัย”

หัวหน้าโครงการ ดร.กรวิกา ภู่งศ์พันธ์กุล

สมาชิกกลุ่ม บุคลากรศูนย์พัฒนาการเรียนรู้ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. ภรณ์ธิดา เวชพิณิช
2. นพวรรณ ศรีชมภู
3. ลำพึง ภูการธร
4. โกศลัญญา นิยมพันธ์
5. สุดใจ สร้างแก้ว

การทบทวนการจัดการความรู้

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (งาน IC : Infectious Control) เป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน คือการให้บริการที่ปลอดภัย การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลและประเทศชาติ เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของโรงพยาบาล ทุกแห่ง ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ ตลอดจนสังคมโดยรวม งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยทำให้ความเสี่ยงต่างๆ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายลดลง เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการมากขึ้น

นอกจากนี้ในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ให้ผ่านมาตรฐาน HA Plus : Hospital Accreditation งาน IC ถูกกำหนดอยู่ในระบบการบริการที่ปลอดภัย PATIENT SAFETY GOAL ที่ถูกกำหนดในมาตรฐานของ องค์การอนามัยโลก ประเทศไทยเป็นเครือข่ายที่นำมาประยุกต์ใช้กับการประกันคุณภาพด้านความปลอดภัยในด้านการบริการ Thailand Patient Safety Goal ซึ่งประกอบด้วยระบบบริการที่ปลอดภัยภายใต้ SIMPLE :

- S = Safe Surgery (2nd Global Patient Safety Challenge)
- I = Infection Control (Clean Care ใน 1st Patient Safety Challenge)
- M = Medication Safety
- P = Patient Care Process
- L = Line, Tube, Catheter
- E = Emergency Response

จะเห็นว่า IC คืองานหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ปลอดภัย นอกจากนี้ในระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล บุคลากร และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยก็ต้องปลอดภัย ร่วมด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนครสวรรค์มีเข้มมุ่งในการพัฒนางาน IC มาตามลำดับขั้น ตั้งแต่

ปี 2540 โดยมุ่งหวังที่จะพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เทียบเคียงระดับชาติ จัดทำระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดต่อที่ได้มาตรฐาน เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน เพื่อความเป็นเลิศด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการติดต่อ โดยมีเป้าหมายดำเนินการคือ เริ่มตั้งแต่มีระบบฐานข้อมูลด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีผลงานคุณภาพด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและควบคุมการระบาด ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรและสิ่งแวดล้อม โดยกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการติดต่อที่ได้มาตรฐาน ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อมากกว่า ร้อยละ 90
2. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในทุกหน่วยงาน
3. ส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพในตำแหน่งติดเชื้อที่เป็นปัญหาในทุกหน่วยงาน
4. ส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

ความสำคัญของปัญหา

จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบมีการระบาดติดเชื้อแผลผ่าตัด ติดเชื้อระบบอื่นสืบเนื่องมาจากการผ่าตัด ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลระบบต่างๆสูงมากกว่าระบบเฝ้าระวังปกติ 4.5 เท่า หลังการสืบสวนทางระบาดวิทยา และวางมาตรการควบคุมการติดเชื้อได้ เกิดการระบาดซ้ำในช่วงเวลาใกล้เคียงกันจนสุดท้ายเชื้อก่อโรคเชื้อเดิม ซึ่งการระบาดครั้งแรกๆเป็นเชื้อไม่ดื้อยา กลายเป็นการระบาดที่เกิดจากเชื้อดื้อยาหลายตัว ได้มีการทบทวนกระบวนการพบว่ามาตรการแก้ไขปัญหแต่ละครั้งขาดความยั่งยืน และการแพร่กระจายเชือดังกล่าวธรรมชาติของเชื้อแพร่กระจายจากการสัมผัส และสามารถ Colonization อยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือบุคลากรสุขภาพได้นานมากกว่า 4 เดือน ถึงแม้จะมีการกวาดล้างเท่าไรไม่สามารถกำจัดเชื้อโรคได้หมดสิ้น ทีมงานจึงใช้ทักษะการล้างมือ 5 Moment เป็นเครื่องมือในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสแบบ Universal Contract Precaution โดยหวังผลในการแก้ไขปัญหาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลแบบยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการจัดการความรู้

1. เพื่อเกิดความยั่งยืนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัส ในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2. อัตราการระบาดโรคติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลดลง

กระบวนการจัดการความรู้

- (1) AAR : After Action Review ครั้งที่ 1 = ทบทวนก่อนการกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพของการควบคุมการระบาด การล้างมือที่ถูกต้องทุกตำแหน่งที่พบว่ามักล้มล้างมือ (การล้างมือ 7 ท่า)
- (2) BAR: Before Action Review = กำหนดเครื่องมือ และ แนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา
เครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้
 1. แผ่นพับ 5 Moment

2. ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย
 3. ประชาสัมพันธ์บน Desktop บนเครื่อง PC computer
 4. Power point สอนเชิงรุก เกี่ยวกับ 5moment ในทุกหน่วยงาน
 5. ฟื้นฟูความรู้โดยกิจกรรม Role play เกี่ยวกับการล้างมือในกิจกรรม 5 moments
 6. Blind Hand Washing with Opaque gel
 7. แบบประเมินมาตรฐานงาน IC คร่อมสายงาน
- (3) **BAR** : Before Action Review =ประเมินผลก่อนการจัดการความรู้ 5 moments
แบบประเมินการล้างมือตามกิจกรรมแต่ละหน่วยงาน ตามหลัก 2 ก่อน 3 หลัง
- (4) **DAR**: During Action Review ครั้งที่1 =ดำเนินกิจกรรมการจัดการความรู้ 5 moments
ใช้เครื่องมือที่กำหนดใน (2) ตามกิจกรรมในแต่ละเครื่องมือดังกล่าว
- (5) **AAR**: After Action Review ครั้งที่ 2 = การประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมการจัดการความรู้เรื่อง 5 moments และผลลัพธ์ที่ได้
- (6) **DAR**=นำผลลัพธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายและกำหนดเกณฑ์การให้รางวัลเพื่อเสริมพลังให้กับบุคลากรและหน่วยงาน
- (7) **DAR**: During Action Review ครั้งที่2 =การยกย่องชมเชยและการให้รางวัลโดยประธานคณะกรรมการ IC ชมเชยโดยเสียงตามสาย และประชาสัมพันธ์บน DESKTOP
- (8) **AAR**: After Action Review ครั้งที่ 3=การปรับกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อบุคลากรล้างมือ มีประสิทธิภาพและครอบคลุมกิจกรรม 2 ก่อน 3 หลังใน 5 moments ให้ **เนียนไปกับงานประจำ ทำให้เป็นนิสัย**

การประเมินผล/ถ่วงกรอง/เรียนรู้/วิเคราะห์ข้อมูล

การประเมินผลข้อมูล 6 ประเด็น

1. ผลการประเมินครั้งที่ 1 การล้างมือในกิจกรรม 2 ก่อน 3 หลัง ของเจ้าหน้าที่ระดับหน่วยงาน
 2. ประสิทธิภาพการล้างมือ แสดงโดย ผลเพาะเชื้อที่มือ และการล้างมือที่เคลือบสารทึบแสง
 3. ผลการประเมินครั้งที่ 2 การล้างมือในกิจกรรม 2 ก่อน3 หลัง ของเจ้าหน้าที่ระดับหน่วยงาน และรายบุคคลจาก Role Play
 4. ผลต่างคะแนน pre-post test (คะแนนความก้าวหน้า)
 5. การระบาดของเชื้อดื้อยา *Acinetobacter baumannii* หลังดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2556 ยังไม่พบการติดเชื้อในระบบเฝ้าระวังของโรงพยาบาลซ้ำ
 6. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังดำเนินการ ร้อยละ 2.8 ไม่เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ร้อยละ 3.5 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 100
 7. การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล
- ประกาศผลรางวัล การรณรงค์ 5 Moment งานควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประกาศผลระดับบุคคล

1. รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 คุณ วิชญภรณ์ ครุฑธา งานจ่ายกลาง
2. รางวัลชนะเลิศอันดับ 2 คุณ เตือนใจ แก้วสารพัฒน์ก งานคัดกรอง อุกฉิน ตรวจโรคเด็ก
3. รางวัลชนะเลิศอันดับ 3 คุณพรนิภา หน่อแก้ว งานห้องคลอด

ประกาศผลระดับหน่วยงาน

1. รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 งานส่งเสริมสุขภาพ
2. รางวัลชนะเลิศอันดับ 2 งานส่งเสริมทันตสุขภาพ
3. รางวัลชนะเลิศอันดับ 3 งานสุติกรรม
4. รางวัลชนะเลิศอันดับ 4 งานทารกแรกเกิด
5. รางวัลชนะเลิศอันดับ 5 งานเด็กป่วย

ผลการดำเนินงาน

การนำไปใช้ การเผยแพร่ การต่อยอดความรู้

1. **การนำไปใช้ 5 Moments** สามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบอื่นได้ ถือเป็นหนึ่งในเครื่องมือในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทุกประเภท โดยเน้นการล้างมือที่ถูกต้องทุกขั้นตอน ล้างเมื่อมีกิจกรรม 2 ก่อน (ก่อนสัมผัสคนไข้ ก่อนทำหัตถการ) และ 3 หลัง (หลังทำหัตถการ หลังสัมผัสคนไข้ หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม)

2. **การเผยแพร่** หลังดำเนินกิจกรรมแล้วได้มีการเผยแพร่ ค้นข้อมูลกลับให้กับทุกหน่วยงาน และนำเสนอภาพรวมในการอบรมฟื้นฟูวิชาการงาน IC แก่บุคลากรทุกระดับ

3. **การต่อยอดความรู้** กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมดำเนินการเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหา การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลทางอ้อม (Indirect Evaluation) การดำเนินการต่อไปจะเป็นการดำเนินงานประเมินผลซ้ำเชิงรุก และเป็นการประเมินผลทางตรง (Direct Evaluation) จากการปฏิบัติหน้างานจริง โดยหวังผลการปฏิบัติงานให้เนียนไปกับเนื่องานประจำ เกิดเป็นนิสัยในการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนครสวรรค์

ภาคผนวก

1. ผลการประเมินครั้งที่ 1 การล้างมือในกิจกรรม 2 ก่อน 3 หลัง ของเจ้าหน้าที่ระดับหน่วยงาน

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตนเองกิจกรรม 5 Movement ภาพรวมองค์กร

ประจำเดือน พฤศจิกายน – ธันวาคม 2556 n = 209 ราย

Movement	ระดับ	ปฏิบัติ 100 %		ปฏิบัติ 70 %		ปฏิบัติ 50 %		ปฏิบัติ 25 %		ไม่ปฏิบัติ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Movement 1	วิชาชีพ	2	1.9	15	23.6	19	17.9	15	14.2	45	42.5
	ปฏิบัติ	1	1.0	26	25.2	27	26.2	20	19.4	29	28.2
ภาพรวม M1		3	1.4	51	24.4	46	22.0	35	16.7	74	35.4
Movement 2	วิชาชีพ	14	13.2	33	31.1	16	15.1	21	19.8	22	20.8
	ปฏิบัติ	9	8.7	32	31.1	17	16.1	17	16.5	28	27.2
ภาพรวม M2		23	11.1	65	31.1	33	15.8	38	18.2	50	23.9
Movement 3	วิชาชีพ	30	28.3	43	40.6	11	10.4	11	10.4	11	10.4

	ปฏิบัติ	14	13.6	33	32.0	9	8.7	32	31.1	15	14.6
ภาพรวม M3		44	21.1	76	36.4	20	9.6	43	20.6	16	12.4
Movement 4	วิชาชีพ	13	12.3	28	26.4	29	27.4	17	16.0	19	17.9
	ปฏิบัติ	9	8.7	31	30.1	17	16.5	24	23.3	22	21.4
ภาพรวม M4		22	10.5	59	28.2	46	22.0	41	19.6	41	19.6
Movement 5	วิชาชีพ	14	13.6	33	32.0	25	24.3	18	17.5	13	12.6
	ปฏิบัติ	19	19.8	13	13.5	32	33.3	19	19.8	13	13.5
ภาพรวม M5		33	16.6	46	23.1	57	28.6	37	18.6	26	13.1

6.

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการประเมินตนเองกิจกรรม 5 Movement ภาพรวมองค์กร บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ล้างมือครอบคลุมกิจกรรม M-5 ร้อยละ 50 คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมาคือล้างมือครอบคลุม ร้อยละ 70,25 ของกิจกรรม M-5 คิดเป็นร้อยละ 23.1 และ 18.6 ตามลำดับ พบว่าล้างมือทุกครั้งปฏิบัติกิจกรรม M-5 คิดเป็นร้อยละ 16.6 และไม่ล้างมือหลังปฏิบัติกิจกรรม M-5 คิดเป็นร้อยละ 13.1

2. ประสิทธิภาพการล้างมือ แสดงโดยผลเพาะเชื้อที่มือ และการล้างมือที่เคลือบสารทึบแสง

ตารางที่ 2 ร้อยละของผลเพาะเชื้อบนมือบุคลากรภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ n = 94 ราย

ที่	เชื้อที่พบ	Grade	จำนวน	คิดเป็น %
1.	No growth		9	6.3
2.	Acinitobacter baumanii	Numerous	1	0.7
3.	Acinitobacter spp.	Few, Moderate	5	3.52
4.	Aeromonas spp.	Moderate	1	0.7
5.	Bacillus spp.	Rare, Few, Moderate, Numerous	54	38.03
6.	Citrobacter diversus	Numerous	1	0.7
7.	Corynebacterium spp.	Rare , Moderate	2	1.41
8.	Enterobacter agglomerans	Rare, Numerous	4	2.81
ที่	เชื้อที่พบ	Grade	จำนวน	คิดเป็น %
9.	Enterobacter cloacae	Moderate	3	2.11
10.	Enterococci spp.	Moderate	1	0.7
11.	Enterobacteriaceae	Moderate	1	0.7
12.	Gram positive bacilli	Rare, Few, Moderate	15	10.57
13.	Klebsiella pneumoniae	Moderate	1	0.7
14.	Micrococcus spp.	Rare, Moderate	3	2.11
15.	Non lactase ferment bacteria	Numerous	1	0.7

16.	Pseudomonas spp.	Rare, Few, Moderate, Numerous	14	9.86
17.	Pseudomonas stutzeri	Few, Moderat, Numerous	4	2.81
18.	Pseudomonas aeruginosa	Few, Numerous	3	2.11
19.	Serratia marcescers	Moderate	1	0.7
20.	Shewanella spp.	Numerous	1	0.7
21.	Staphylococcus aureus	Rare	1	0.7
22.	Staphylococcus coagulase negative	Rare, Few, Moderate	13	9.15
23.	Stsphylococcus spp.	Few, Moderate	2	1.41
24.	Streptococcus spp.	Moderate	1	0.7

จากตารางที่ 2 พบว่าผลเพราะเชื้อในเจ้าหน้าที่ 94 ราย ผล No growth จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.57 พบเชื้อจำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.43 ผลการตรวจมีอุบตุลาการพบ 1 เชื้อ จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.94 พบ 2 เชื้อ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.24 พบ 3 เชื้อ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.19 พบ 4 เชื้อ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.06 พบเชื้อ Normal flora จำนวน 13 เชื้อ คิดเป็นร้อยละ 56.52 พบเชื้อ Pathogen จำนวน 10 เชื้อ คิดเป็นร้อยละ 43.48 ในจำนวนเชื้อที่ขึ้นทั้งหมด 133 ครั้ง $Episode = (133 \times 100) / 94 = 141\%$

ตารางที่ 3 ผลการล้างมือที่เคลื่อนสารทึบแสง (work shop ฐานการจัดอบรม) n = 230 คน

ผลการประเมิน	เจ้าหน้าที่ (คน)				รวม	
	ระดับปฏิบัติงาน	ร้อยละ	ระดับวิชาชีพ	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผ่าน	98	74.2	72	73.5	170	73.9
ไม่ผ่าน	34	25.8	26	26.5	60	26.1
รวม	170	100	60	100	230	100

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการล้างมือที่เคลื่อนสารทึบแสงของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ผ่านการประเมิน จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 ผ่านการประเมิน ในระดับปฏิบัติ 98 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 ระดับวิชาชีพ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9

- ผลการประเมินครั้งที่ 2 การล้างมือในกิจกรรม 2 ก่อน 3 หลัง ของเจ้าหน้าที่ระดับหน่วยงาน และรายบุคคลจาก Role Play (work shop ฐานการจัดอบรม)

ตารางที่ 4 ผลคะแนนการประเมิน 5 moment จาก work shop ฐานการจัดอบรม

กลุ่มที่	คะแนนการประเมิน	รวม
----------	-----------------	-----

	Moment 1	Moment 2	Moment 3	Moment 4	Moment 5	
1	1	1	0	1	1	4
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	0	4
6	1	1	1	1	1	5

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการประเมินส่วนใหญ่ทำได้ครอบคลุมทั้ง 2 ก่อน 3 หลัง ตามหลัก 5 moment คือทำได้ 4 กลุ่มในทั้งหมด 6 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 66.7

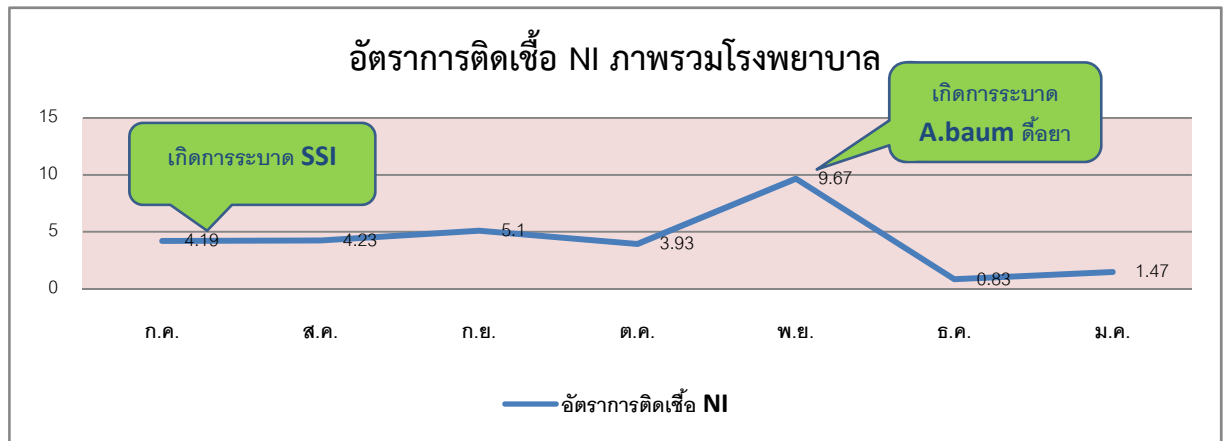
4. ผลต่างคะแนน Pre-post test (คะแนนความก้าวหน้า)

ภาพที่ 1 แสดงคะแนน Pre – post test

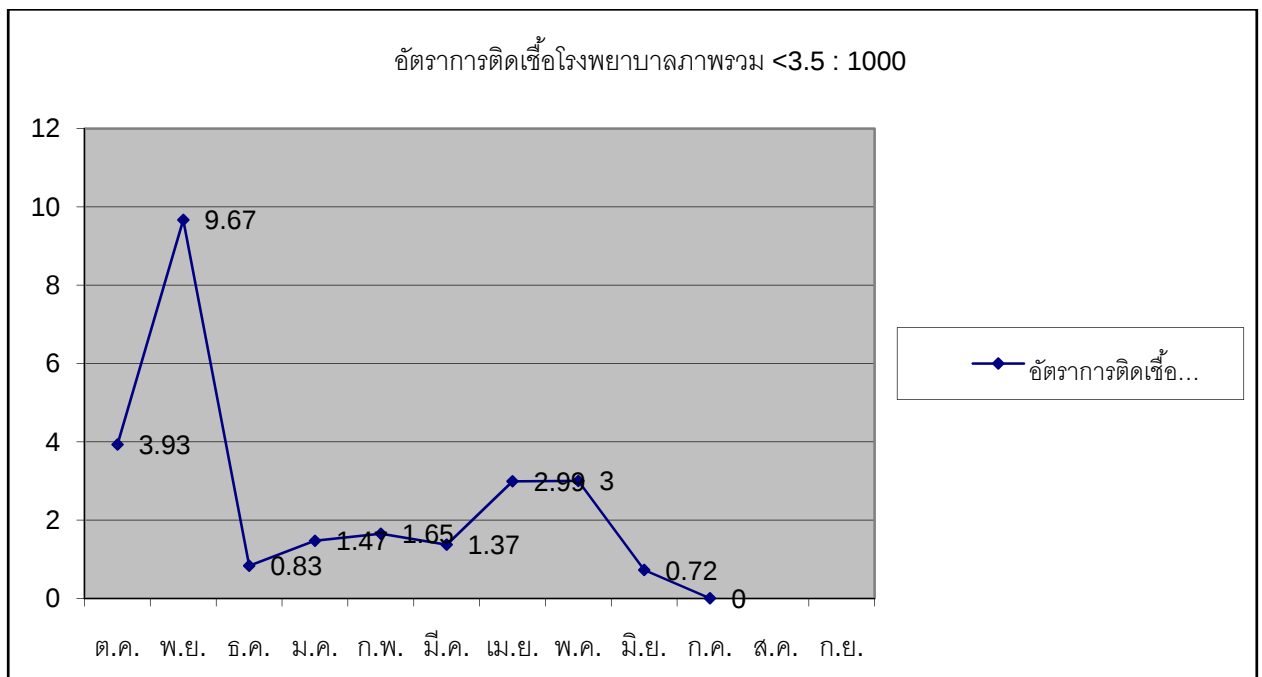
รายชื่อผู้เข้ารับการอบรมโครงการ “พัฒนาศักยภาพบุคลากรป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล”						
ระดับวิชาชีพ						
วันที่ 19-20 พฤษภาคม 2557						
ณ ห้องประชุมสุพรรณิการ์ ศูนย์อนามัยที่ 8						
ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ปฏิบัติงาน	ตำแหน่ง	ทดสอบ		ความก้าวหน้า
				Pretest	Posttest	
1	นางรุ่งศรี แก้วมัน	กลุ่มการพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	9	13	4
2	นางสิริวิมล อธิทรัพย์	กลุ่มการพยาบาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	9	12	3
3	นางพิจาภาณต์ วิเชียรกลิ่นยารัตน์	กลุ่มการพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	7	13	6
4	นางศศิณ พงษ์ไทย	งานโรงเรียนพ่อแม่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	9	14	5
5	นางณพิชญา งามงามทวีสุข	งานวิสัญญี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	10	15	5
6	นางจิตาภา ทองเชื้อ	งานตึกสูติกรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	7	12	5
7	นางจันทร์รา สุโพธิ์	งานตึกสูติกรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	10	14	4
8	นางสาวภัทราพร ทองสังข์	งานตึกสูติกรรม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	9	14	5
9	นางสาวลำพอง อุกาธร	งานตึกสูติกรรม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	9	12	3
10	นางสาววราสนา นิยมวงศ์	งานตึกสูติกรรม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	9	14	5
11	นางสาวจิราพร วงศ์นิคม	งานตึกสูติกรรม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	8	13	5
12	นางสาวพรพรรณ พรมพิณิจ	งานตึกสูติกรรม	พยาบาลเทคนิคชำนาญการ	7	12	5
13	นางนัยนภัทร หวังคง	งานตึกเด็กป่วย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	12	13	1
14	นางสาวกิจจาณัฐ ไพรเมือก	งานตึกเด็กป่วย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	11	15	4
15	นางสาวธนพร ศรีอนุวัติพงศ์	งานตึกเด็กป่วย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	12	13	1
16	นางสาวเพ็ญลักษณ์ ออกละมะ	งานตึกผู้ป่วยหนัก (ICU)	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	12	12	0

5. การระบาดของเชื้อดื้อยา *Acinetobacter baumannii* หลังดำเนินการตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2556 ยังไม่พบการติดเชื้อในระบบเฝ้าระวังของโรงพยาบาลซ้ำ

แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราการติดเชื้อ NI ภาพรวมโรงพยาบาล เดือน ก.ค. 2556 – ม.ค. 2556



แผนภูมิที่ 2 แสดงอัตราการติดเชื้อ NI ภาพรวมโรงพยาบาล เดือน ต.ค. 2556 – ส.ค. 2557



6. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังดำเนินการ ร้อยละ 2.8 ไม่เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ร้อยละ 3.5 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 100
- ภาพที่ 2** แสดงประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

อัตราความชุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 8 กรกฎาคม 2557									
ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจ		NI		D	ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ	ATB	จำนวนรับนอนระยะ	Prevalence
	เด็ก	ผู้ใหญ่	D ⁺	D ⁻					
NS	5		0	0	0	0		224	0
PED	18		0	0	18	0		388	0
PP	6	10	0	0		0		770	0
รวม	29	10	0	0	18			1158	0
รวมทั้งหมด	39		0	18					
Prevalence	0								
Incidence	0								
CI	18 ราย								
ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง	100								
การเฝ้าระวังชีวิต									
ใช้ ATB	20 ราย								
รักษา NI	0								
CI	18 ราย	Ped = 18							
Prophylaxis	14 ราย	PP = 10, NS = 4		Drug of choice					
					NB	Ampi Genta			
					PED	Clafaran, Ampi, Cef-3			
					PP	Cefazolin			

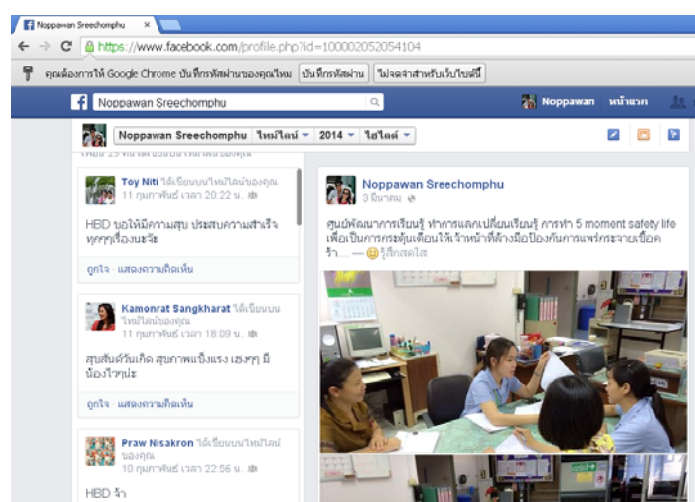
7. การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล
- ภาพที่ 3** แสดงการแจกรางวัลระดับบุคคล



ภาพที่ 4 แสดงการแจกรางวัลระดับหน่วยงาน



8. การเผยแพร่



ภาพกิจกรรม





