

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดในแต่ละปีพบว่ามีจำนวนมากทั่วโลกพบการผ่าตัด 234 ล้านครั้งต่อปี (Weiser et al., 2008) โดยในปี ค.ศ. 2010 พบว่า โรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมีการผ่าตัดรวมทั้งหมดประมาณ 16 ล้านครั้งการผ่าตัด (Centers for Disease Control and Prevention, 2013) รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อของประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Healthcare Safety Network [NHSN]) ปี ค.ศ. 2006-2008 โรงพยาบาล 847 แห่ง พบที่มีการผ่าตัดถึง 849,659 ครั้ง (Mu et al., 2011) และตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005-2010 พบมีการผ่าตัดในช่องท้องและทรวงอกจำนวน 471,867 ครั้ง (Shah, 2013) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 พบการผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 167,373 ครั้ง (กรมการแพทย์, 2555) การศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในปี ค.ศ. 2005 จำนวน 9 แห่ง พบการผ่าตัดใหญ่ 8,854 ครั้ง และในปี ค.ศ. 2006 จำนวน 7 แห่ง พบผู้ป่วยผ่าตัด ใส่ดิ่งจำนวน 2,139 ราย และในปี ค.ศ. 2009 จำนวน 10 แห่ง พบที่มีการผ่าตัด 17,869 ครั้ง (Kasatpibal et al., 2005; Kasatpibal et al., 2006; Kasatpibal et al., 2009) เห็นได้ว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเป็นจำนวนมาก หากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection [SSI]) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่แผลผ่าตัดตั้งแต่ชั้นผิวหนัง เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อพังผืด ลึกลงไปถึงกล้ามเนื้อ และอวัยวะหรือช่องว่างภายในอวัยวะเนื่องมาจากการได้รับเชื้อจุลินทรีย์ขณะที่อยู่ใน โรงพยาบาล อาการของการติดเชื้ออาจปรากฏขณะอยู่ในโรงพยาบาล หรือหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Horan, Andrus, & Dudeck, 2008; WHO, 2009; CDC, 2013) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเป็นปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรม จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อของประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Healthcare Safety Network [NHSN]) ปี ค.ศ. 2006-2008 พบว่า อัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 1.9 (CDC, 2013) การสำรวจการผ่าตัดในแถบยุโรป ปี ค.ศ. 2008-2009 โดยแยกเป็นแต่ละการผ่าตัดพบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 3 อันดับแรกคือ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ (colon surgery)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) และการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting) พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 9.7, 3.6 และ 3.3 ตามลำดับ (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2012) ประเทศฝรั่งเศส ในปี ค.ศ. 2010 พบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 3 ของการผ่าตัด (Lamarsalle, Hunt, Schauf, Szwarzensztejn, & Valentine, 2013) ใน เอเชีย จากการศึกษาระบาดวิทยาของประเทศไทยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ปี ค.ศ. 1999 พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 14.3 ของการผ่าตัด (Sohn et al., 2002) และในประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของการติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2549 ในโรงพยาบาล 20 แห่ง พบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นอันดับที่ 3 ของการติดเชื้อ ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 11 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Danchaivijitr et al., 2006) และจากการสำรวจการติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในปี ค.ศ. 2005 จำนวน 9 แห่ง ในปี ค.ศ. 2006 จำนวน 7 แห่ง และในปี ค.ศ. 2009 จำนวน 10 แห่ง พบว่าการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดพบเป็น อันดับ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีอุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 1.4-1.8 ครั้ง ต่อการผ่าตัด 100 ครั้ง (Kasatpibal et al., 2005; Kasatpibal et al., 2006; Kasatpibal et al., 2009) จากการสำรวจการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2542 ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบการติดเชื้อตำแหน่ง ผ่าตัดร้อยละ 8.25 (งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพญาไท 2, 2542) และการศึกษาใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ในปี พ.ศ. 2544 พบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 16.3 (สร้อยทิพย์ เกียรติเลิศสนภา, 2545) จึงเห็นได้ว่าการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดสามารถพบได้ในทุกภูมิภาค ทั่วโลก

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ต้องเพิ่มวันนอน โรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเกินความจำเป็น (Roumbelaki et al., 2008; Stone et al., 2009; Buffet-Bataillon et al., 2011) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2007-2009 จากการศึกษาผลของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรม หลอดเลือดพบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด มีระยะเวลาวันนอนเพิ่มขึ้น 4.3 วัน (Boltz, et al., 2011) มีการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็น 1.9 เท่า (95% CI: 1.78-2.10) โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 43,970 เหรียญสหรัฐ (95% CI: 31,881-56,060) (Kaye et al., 2009) โดยการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ใน ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 10,317 เหรียญสหรัฐ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพียง 6,829 เหรียญ สหรัฐ (Olsen et al., 2010) นอกจากนี้ถ้ามีการลุกลามของการติดเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิต จะส่งผลทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Astagneau, Rioux, Golliot, & Brucker, 2001) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบอัตราการตายจากการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทั่วโลกร้อยละ 0.4-0.8 (WHO, 2009) การศึกษาในประเทศ สวิสเซอร์แลนด์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ ปี ค.ศ. 1995-2008 และประเทศไต้หวัน ในผู้ป่วยที่ได้รับ

การผ่าตัดหัวใจ ปี ค.ศ. 2004 และ ค.ศ. 2005 พบว่า การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.2 และ 14.3 ตามลำดับ (Kurmamm, Vorburger, Candinas, & Beldi, 2011; Lee, et al., 2010) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะส่งผลถึงโรงพยาบาลที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น (Boltz, Hollenbeak, Julian, Ortenzi, & Dillon, 2011) และส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลที่ให้การรักษาได้

การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เป็นกระบวนการที่จะทำให้ทราบข้อมูลของการติดเชื้อ ทั้งขนาดของปัญหา และแนวโน้มของการติดเชื้อ โดยการติดตามสังเกต การจัดเก็บ วิเคราะห์ แปลผล และเผยแพร่ข้อมูล ที่มีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2553; CDC, 2001) จากการศึกษาในประเทศเยอรมันพบว่า การใช้ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี ค.ศ.1997-2003 สามารถช่วยลดอัตราการ ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.72 (95% CI, 0.64-0.80) (Gastmeier et al., 2006) โดยการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการปฏิบัติการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และนำผลการเฝ้าระวัง การติดเชื้อ ไปเผยแพร่ใช้ประโยชน์ในการวางแผนกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และการประเมินผลการปฏิบัติการ โดยการที่จะนำข้อมูลมาวางแผนและกำหนดนโยบายนั้น ข้อมูลจะต้องมีความน่าเชื่อถือหรือระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อนั้นจำเป็นต้องมีประสิทธิภาพ (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2553) การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้เฝ้าระวัง การรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด สามารถหาได้จากข้อมูลเวชระเบียน ข้อมูลทางจุลชีววิทยาจากห้องปฏิบัติการ ทางรังสีวิทยา และบันทึกการปฏิบัติการ บันทึกทางห้องฉุกเฉิน และการมาพบแพทย์หลังการผ่าตัด ความถี่ในการเฝ้าระวังคือ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการคำนวณอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยมีการรวบรวมในผู้ป่วยทุกรายที่มีการผ่าตัด และข้อมูลมีการบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ และการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย (Alicia, Teresa, Michele, Leah, William, 1999) โดยการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดมีความสำคัญต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยในต่างประเทศมีการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2557) ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในแต่ละ โรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดต่อไป โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆในแต่ละกระบวนการ อาจพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ได้ทั้งปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ หรือพบปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยให้การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างซึ่งเป็นการประเมินโครงสร้างของการจัดกระบวนการระบบ ด้านกระบวนการเป็นการประเมินกระบวนการ กิจกรรม หรือขั้นตอนในกระบวนการ และด้านผลลัพธ์เป็นการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ซึ่งจากการเฝ้าระวังจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปัจจัยสนับสนุนในด้าน โครงสร้าง คือ การที่องค์กรเห็นความสำคัญของการให้ความรู้กับบุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการติดเชื้อ มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนช่วยให้กระบวนการเก็บข้อมูล กระชับขึ้น และเป็นการเก็บข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการป้องกันการติดเชื้อ การสนับสนุนในด้านเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการจัดเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดภาระงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และช่วยในการวางแผนการพัฒนาการควบคุมการติดเชื้อต่อไป (Murphy, 2002) ปัจจัยด้านกระบวนการ พบว่ามี การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการติดเชื้อ (Talaat et al., 2006) และปัจจัยด้านผลลัพธ์ พบว่า มีการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาใช้เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจของผู้บริหารและนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2549) จึงเห็นได้ว่าปัจจัยสนับสนุนมีผลต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าสามารถช่วยให้บุคลากรสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อ ช่วยในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ (Murphy, 2002)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐบาล 13 แห่ง ในภาคใต้ของประเทศไทยในด้าน โครงสร้างคือ การไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร นโยบายไม่ชัดเจน วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานไม่ชัดเจน (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2553) การศึกษาในประเทศอเมริกาพบว่าอุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อคือ เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่เพียงพอ การขาดแคลนแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมทางด้านระบาดวิทยา (Murphy, 2002) บุคลากรที่รับผิดชอบการเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่ได้รับการอบรมโดยตรง (Heipel, Ober, Edmond, & Bearman, 2007) ด้านกระบวนการพบว่า ไม่มีการจัดฝึกอบรม การขาดโปรแกรม ในการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูล (Murphy, 2002) การไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลควบคุมการติดเชื้อไม่เพียงพอ ขาดบุคลากรที่ช่วยในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2549) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ไม่มีเวลาในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (Saito et al., 2005; ขวัญมงคล คุณณา, 2550) และในด้านผลลัพธ์ พบว่า ข้อมูลที่ได้มาไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์ (Murphy, 2002) พยาบาลหอผู้ป่วยไม่มีการรายงานการติดเชื้อให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อทราบ (Huotari, Agthe, & Lyytikainen, 2007) ระบบการรายงานข้อมูลที่ล่าช้า ไม่ตรงเวลา ไม่ทันเหตุการณ์ (สำนักพัฒนาระบบ

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) จากข้อมูลทั้งหมดอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น และเป็นการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาลด้วย (Murphy, 2002)

ปัจจุบันระบบการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลทั่วโลกมีความแตกต่างกัน ทั้งเรื่องขององค์กรของระบบเฝ้าระวัง บุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบการเฝ้าระวัง นิยามของปัญหาที่ทำการเฝ้าระวัง ขั้นตอนในการเฝ้าระวัง การเก็บข้อมูล การวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด การรวบรวมข้อมูล การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเผยแพร่ผลการเฝ้าระวัง การส่งต่อข้อมูล การควบคุมคุณภาพของข้อมูล และการนำผลไปใช้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (CDC, 2001) ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกันเป็นภาพรวมได้ ดังการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า จากการสอบถามโรงพยาบาล 106 แห่ง พบวิธีการเก็บข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดและคุณภาพของการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนในการรายงานผลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (Tanner et al., 2013) ซึ่งถ้าทราบข้อมูลพื้นฐานในแต่ละโรงพยาบาลจะสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ และสามารถช่วยลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ ดังการศึกษาในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ที่มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่เป็นระบบเดียวกัน ผลของข้อมูลสามารถนำมาสรุปเป็นภาพรวมของประเทศได้ โดยในปี ค.ศ. 2004 พบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 2.27 (Szilagyi, et al., 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศนอร์เวย์มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในประเทศให้เป็นระบบเดียวกัน พบว่าโรงพยาบาลทั่วประเทศให้ความร่วมมือ ร้อยละ 95 ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน มีการติดตามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายร้อยละ 90.7 และพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายร้อยละ 81 ทำให้สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (Lower, Eriksen, Aavitsland, Skjeldestad, 2013) และในประเทศฝรั่งเศสมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง โดยได้รับความร่วมมือทั้งจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งระบบสามารถระบุการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้ร้อยละ 52 ภายใน 10 วัน และ ร้อยละ 75 ภายใน 15 วัน (Astagneau, 2009)

ประเทศไทยพบการศึกษาการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในปี ค.ศ. 2003-2004 โรงพยาบาล 38 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบการเฝ้าระวังเชิงรุก (active surveillance) พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดจากการผ่าตัดในทรวงอกโดยใช้การส่องกล้อง การผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดกระดูกและการผ่าตัดท้องคลอดที่ 5.77, 5.0, 4.72 และ 4.55 ตามลำดับ (Danchaivijitr et al., 2005) การศึกษาในปี ค.ศ. 2007 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใช้ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย โดยการใช้โทรศัพท์ติดตามสอบถาม สามารถพบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้ ร้อยละ 89 ภายใน 20 หลังการผ่าตัด (Kehachindawat et al., 2007) จากรายงานของ

โรงพยาบาลเอกชนจากการสำรวจการติดเชื้อในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2542 ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นอันดับ 2 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 8.25 (งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพญาไท 2, 2542) และจากการศึกษาใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณาศึกษาการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล พบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นอันดับ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 16.3 (สร้อยทิพย์ เกียรติ์เลิศสนภา, 2545) โดยยังไม่ทราบถึงวิธีการเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นปัญหาที่สำคัญ และการที่ประเทศไทยมีการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ทำให้ ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในแต่ละโรงพยาบาลไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ทำให้ไม่มี ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งที่ผ่านมายังมีข้อมูลไม่ ครอบคลุมทั้งประเทศ และเมื่อมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ทำให้สามารถนำ ข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบในภาพรวมของประเทศได้

ประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกจังหวัด โดยโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบ สุขภาพที่ต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีข้อมูลที่ รายงานถึงการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลของรัฐเป็นส่วนใหญ่ ยังมีการ รายงานการศึกษาศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชนน้อย พบ การศึกษาศานการณการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามี การศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลมีการปฏิบัติการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน และมี โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 36.7 ของ โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2547) มีรายงานสถานการณการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งประเทศ โดยมี โรงพยาบาลเอกชนร่วมตอบแบบสอบถาม 29 โรงพยาบาล พบว่ามีเพียงร้อยละ 27.6 ที่มีการใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด มีจำนวนร้อยละ 62.1 ที่มีการ เฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง และมีถึงร้อยละ 48.3 ที่ยังไม่ได้ปฏิบัติกา เฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่ง ผ่าตัดหลังจำหน่าย และพบอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 33.3 และ พ.ศ. 2545 ร้อยละ 4.00 (สำนักพัฒนาระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละโรงพยาบาล จาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทั้งวิธีการเก็บข้อมูล การจัดเก็บข้อมูล การคำนวณผล และการแปลผล รวมถึง บัญชีต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด หรือปัจจัยที่เป็น อุปสรรคในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ทำ ให้ไม่สามารถบอกได้ว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลหนึ่งสูงหรือต่ำกว่าอีกโรงพยาบาลหนึ่งหรือไม่ จึง

ทำให้มองไม่เห็นถึงขนาดของปัญหาการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัด แนวโน้มของการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัด และขาดมาตรฐานของประเทศที่จะนำข้อมูลมาเปรียบเทียบในภาพรวมของประเทศในปัจจุบัน (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2546; นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2549) แต่การศึกษาดังกล่าวศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐบาล จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของโรงพยาบาลทุกประเภทได้ เพราะบริบทการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนอาจมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้เห็นถึงการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชน และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชน

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชนเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชนมีอะไรบ้าง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย โดยศึกษากับพยาบาลควบคุมการติดเชื่อหรือบุคลากรหลักที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื่อตำแหน่งผ่าตัดระยะเวลาการเก็บข้อมูล 5 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 – มกราคม พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่แผลผ่าตัดตั้งแต่ชั้นผิวหนัง เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อพังศืด ลึกลงไปถึงกล้ามเนื้อ และอวัยวะหรือช่องว่างภายในอวัยวะภายใน โดยการติดเชื้อเกิดขึ้นภายในเวลา 30 วัน หรือ 90 วันหลังการผ่าตัด

การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง วิธีการที่ได้มาของข้อมูลการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ประกอบด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้วินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้ที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูล แบบเฝ้าระวังที่ใช้บันทึกข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด วิธีการเก็บข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้ที่รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล การติดตามรวบรวมข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดภายหลังจากจำหน่าย การประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง ข้อมูลที่เก็บในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด การบันทึกข้อมูล การเรียบเรียงข้อมูล การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล การรายงานผลข้อมูล และการนำไปใช้ การวิจัยนี้ประเมินจากแบบสอบถามการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล ปี พ.ศ. 2549

โรงพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งมีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืนและจัดให้มีการวินิจฉัยโรค การศัลยกรรมผ่าตัดใหญ่ (major surgery) และให้บริการด้านการพยาบาลเต็มเวลา (กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ, 2545)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ใน 3 ด้าน คือ ด้าน โครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ในด้าน โครงสร้าง ประกอบด้วย จำนวนพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (infection control word nurse [ICWN]) การพัฒนาบุคลากร วิธีการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การให้ความรู้และอบรมบุคลากร ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และสิ่งต้องการการสนับสนุน