



การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา ประเทศไทย

Implementation of Infection Prevention and Control in Homes for the Aged, Thailand

ณัฐจารีย์ เกื่อนยืนยงค์	พย.ม.*	Natjaree	Thuenyeanyong	M.N.S.*
อะเคื้อ อุนหเลชกะ	ปร.ด.**	Akeau	Unahalekhaka	Ph.D.**
วันชัย มั่งคั่ง	วท.ม.**	Wanchai	Moongtui	D.S.N.**

บทคัดย่อ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นกิจกรรมที่สถานสงเคราะห์คนชราทุกแห่งควรดำเนินการ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนเพื่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพในสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้อำนวยการหรือผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 25 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาหลักประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การควบคุมการระบาด การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การดูแลสุขภาพบุคลากร การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่บุคลากร การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการใช้ยาต้านจุลชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาได้รับแบบสอบถามคืนจากประชากรทั้งหมด ประชากรร้อยละ 92 เป็นเพศหญิงร้อยละ 20 เป็นผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 72 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของสถานสงเคราะห์คนชราในภาพรวม พบว่ามีการดำเนินการเพียงร้อยละ 31.9 ของกิจกรรมทั้งหมด สถานสงเคราะห์คนชราไม่มีการกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 80 ไม่มีแนวปฏิบัติและไม่ได้ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการทำลายเชื้อและการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ร้อยละ 60 ไม่ได้ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านจุลชีพร้อยละ 36 การเฝ้าระวังการติดเชื้อร้อยละ 28 การให้ความรู้แก่บุคลากรและการจัดการสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 24 และการควบคุมการระบาดร้อยละ 20 อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ขาดอัตรากำลังผู้รับผิดชอบการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 76) ขาดเทคโนโลยีสารสนเทศ (ร้อยละ 72) ขาดแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและไม่มีห้องแยกสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (ร้อยละ 68) และขาดนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

* พยาบาลวิชาชีพ

* Professional Nurse

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



(ร้อยละ 60) สถานสงเคราะห์คนชราร้อยละ 96 ต้องการแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและเทคโนโลยีสารสนเทศในการรวบรวมข้อมูล รองลงมา คือ การจัดการรอบอัตรากำลังผู้รับผิดชอบหลักในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ร้อยละ 92) วิทยาการในการฝึกอบรม (ร้อยละ 88) นโยบายการป้องกันการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา (ร้อยละ 84) และตำราวิชาการด้านการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 80) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำเสนอต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อกำหนดนโยบาย กรอบอัตรากำลังผู้รับผิดชอบหลักและแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา นำไปสู่การลดปัญหาการติดเชื้อต่อไป

คำสำคัญ: การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สถานสงเคราะห์คนชรา

Abstract

Infection prevention and control (IPC) is an important activity that should be conducted in homes for the aged. This descriptive study aimed to determine IPC practices including obstacles and support needed for an effective IPC among home for the aged in Thailand. The study population was the directors or the main personnel responsible for the IPC in 25 homes for the aged. The study was conducted between June and August, 2013. The data was collected using an IPC questionnaire developed by the researcher using literature review. Main contents included: structure of infection prevention, surveillance of infection, isolation precautions, outbreak control, disinfection and sterilization, employee health, elderly health, employee education, environment control and antibiotic usage. Data was analyzed using descriptive statistics.

Data was received from all populations. The study results revealed that 92% of population were female, 20% were the directors of homes for the aged. Seventy-two percent were not trained in IPC. Overall, implementation of IPC activities conducted by homes for the aged was only 31.9% of all activities. Eighty percent of homes for the aged did not establish a structure of infection prevention. Sixty percent did not have guidelines to educate their personnel in disinfection and sterilization and did not implement any activity relevant to antibiotic usage (36%), surveillance of infection (28%), employee education and environment control (24%) and outbreak control (20%). The obstacles in implementing IPC of homes for the aged were lack of responsible personnel (76%), information technology (72%), IPC guidelines and isolation room for an infected elderly (68%) and IPC policy (60%). Ninety-six percent of homes for the aged needed IPC guidelines and information technology for data collection, followed by position for IPC responsible



personnel (92%), educator for IPC training (88%), IPC policy (84%) and IPC textbooks (80%).

The results can be proposed to responsible organizations of homes for the aged to establish IPC policy, position of IPC responsible personnel and guidelines including strengthening IPC competency of personnel of homes for the aged to decrease infections.

Key words: Implementation of infection prevention and control, homes for the aged

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นและอัตราการเสียชีวิตลดลง ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุยังถึงภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันทำให้บุตรหลานจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ก่อให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไร้ที่อยู่ เป็นภาระของบุตรหลานและไม่มีผู้ดูแล (ทัศนาวุฒวรรณะปกรณ, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, และ ลินจง โปธิบาล, 2547) ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องเข้ารับบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภาครัฐของประเทศไทยซึ่งจัดอยู่ในประเภทการสงเคราะห์ คือ สถานสงเคราะห์คนชรา มีจำนวน 25 แห่งทั่วประเทศ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะ โดยผู้สูงอายุจะต้องไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่พิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและต้องสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2550)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกันภายในสถานสงเคราะห์คนชรา มีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน (Lopman, Adak, Reacher, & Brown, 2003) การศึกษาการติดเชื้อในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และอังกฤษ พบอัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่าง 3.1-6.04 ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ผู้สูงอายุอยู่ในสถานดูแล โดยการติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ รองลงมาคือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบ

ทางเดินอาหาร (Forrest, Tucker, & Brnabic, 2011; Roberts, Roberts, & Roberts, 2010) ในประเทศไทย มีการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2542 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ 209 ครั้งต่อผู้สูงอายุที่เฝ้าระวัง 100 ราย การติดเชื้อที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบผิวหนังและเยื่อเมือก และระบบทางเดินอาหาร (โรชินี อุปรา, 2542)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้สูง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของร่างกายรวมถึงการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทางร่างกายที่ลดลง (Whaley & Barber, 2011) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค โดยเชื้อที่มักพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ เชื้อนิวโมคอคคัส (Pneumococcus) และเชื้อไวรัสอินฟลูเอนซา (Influenza) (Berg & Cassells, 1992) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลมีไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ (ทัศนาวุฒวรรณะปกรณ, ลินจง โปธิบาล และจิตตวดี เหมริญทอง, 2550)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้ออาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและอาจเสียชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นยังอาจทำให้เกิดการระบาดของ การติดเชื้อภายในสถานดูแล (Piednoir et al., 2010) ปัญหาการติดเชื้อและผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลให้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องมีการดำเนินการป้องกัน



และควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งจากการทบทวนแนวปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวขององค์กรต่างๆ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่ากิจกรรมที่สถานสงเคราะห์คนชราควร ดำเนินการประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การกำหนด โครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การควบคุมการระบาด การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การดูแล สุขภาพบุคลากร การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ แก่บุคลากร การจัดการสิ่งแวดล้อมและการใช้ยาต้าน จุลชีพ ข้อเสนอแนะในแต่ละด้านเป็นกลไกสำคัญในการ พัฒนาคุณภาพการดูแลในสถานสงเคราะห์คนชรา

การประเมินการดำเนินการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในหลาย ประเทศ พบว่า การดำเนินการยังไม่ครอบคลุมในทุก กิจกรรม และยังพบอุปสรรคในการดำเนินการ เช่น การ ขาดคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ขาดผู้รับผิดชอบ การควบคุมการติดเชื้อ (Gamage, Schall, & Grant, 2012) บุคลากรมีภาระงานมากทำให้ละเลยการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อ มีงบประมาณจำกัดทำให้ไม่ สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ บุคลากรขาด ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น (McClean et al., 2012) สถานดูแลระยะยาวผู้ สูงอายุต้องการการสนับสนุนในด้านกำลังคน การกำหนด อัตรากำลังผู้รับผิดชอบการป้องกันการติดเชื้อ การอบรม และเทคโนโลยีสารสนเทศในการรวบรวมข้อมูล (Jones, Samore, Carter, & Rubin, 2012)

ในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา การ ศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อรวมทั้งศึกษาอุปสรรคและความต้องการการ สนับสนุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติด เชื้อของสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนิน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการพัฒนา

บุคลากรของสถานสงเคราะห์คนชราเพื่อความปลอดภัย ของผู้สูงอายุและบุคลากรของสถานสงเคราะห์คนชราต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อของสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาอุปสรรคและความต้องการการ สนับสนุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ของสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย

กรอบแนวคิด

การศึกษาดำเนินการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อของสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย จาก การทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติด เชื้อในสถานดูแลระยะยาวขององค์กรต่างๆ และการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปกิจกรรมหลัก ที่สถานสงเคราะห์คนชราควรดำเนินการเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ 10 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การกำหนดโครงสร้าง การป้องกันการติดเชื้อ 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ 3) การ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 4) การควบคุมการระบาด 5) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ 6) การ ดูแลสุขภาพบุคลากร 7) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 8) การ ให้ความรู้แก่บุคลากร 9) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ 10) การใช้ยาต้านจุลชีพ ในการศึกษาอุปสรรคในการดำเนิน การ ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปอุปสรรคได้ 5 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้าน งบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ และด้านสถานที่ และความต้องการการสนับสนุนในการ ดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถาน สงเคราะห์คนชรา ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านนโยบาย และแนวปฏิบัติในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อ การ สนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศในการรวบรวมข้อมูล การ สนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ การฝึกอบรม การจัดการอัตรากำลัง และเอกสารตำราวิชาการในการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการดำเนินการของสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย ประชากร คือ ผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชรา หรือผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จำนวน 12 คน และสถานสงเคราะห์คนชราที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 13 คน รวม 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชราที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และนำไปทดสอบความเป็นปรนัยของแบบสอบถามกับสถานพยาบาลผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 3 แห่ง ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรนำไปแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละและจัดกลุ่มคำตอบ

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่งถึงอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

2. หลังจากได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัยจากอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และนายก

องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อไปยังผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชราเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากได้รับอนุญาตให้สอบถามข้อมูลจากผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชราทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยส่งเอกสารการวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 25 แห่งทั่วประเทศ ประกอบด้วยหนังสืออนุญาตดำเนินการวิจัยจากอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด แบบสอบถามการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และของเอกสารติดแสตมป์สำหรับส่งเอกสารคืนผู้วิจัย ภายหลังการส่งเอกสารการวิจัย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลับคืน จากสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 6 แห่ง ที่เหลืออีก 19 แห่ง ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อไปยังบุคลากรผู้รับผิดชอบของสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อสอบถามการได้รับเอกสารทางไปรษณีย์ ข้อเสนอแนะและปัญหาด้านอื่นๆในการตอบแบบสอบถาม พร้อมขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ภายหลังการโทรศัพท์เพื่อติดตามแบบสอบถาม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้งหมด

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้รับแบบสอบถามคืนจากประชากรทั้งหมด กลุ่มประชากรที่ศึกษาร้อยละ 92 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.2 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64 ระดับปริญญาโทร้อยละ 32 และประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 4 ตำแหน่งปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 52 ผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 20 ผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 12 ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมร้อยละ 8 และหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปร้อยละ 8 มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 7 ปี 8 เดือน ร้อยละ 72 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกัน



และควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา

ข้อมูลทั่วไปของสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าสถานสงเคราะห์คนชรารับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 30 คนถึง 270 คน บุคลากรที่พบในสถานสงเคราะห์คนชราทุกแห่ง คือ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 64 ของสถานสงเคราะห์คนชรา มีผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 56 มีพยาบาลวิชาชีพ และร้อยละ 24 มี นักกายภาพบำบัด ลักษณะผู้สูงอายุที่ให้การดูแล พบว่าสถานสงเคราะห์คนชราทุกแห่งรับดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังและมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 88 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 84 มีแผลกดทับ ร้อยละ 64 ใส่สายสวนปัสสาวะ และร้อยละ 20 ได้รับการเจาะคอ ใน 1 ปีที่ผ่านมาพบผู้สูงอายุ ร้อยละ 56 ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ โดยแบ่งออกดังนี้ ติดเชื้อฉวยโรค ร้อยละ 28 โรคปอดอักเสบ ร้อยละ 8 และการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 4 ส่วนการเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ พบร้อยละ 20 โรคระบาดที่พบมากที่สุดคือ โรคตาแดง

ผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าในภาพรวม 10 กิจกรรมหลัก มีการดำเนินการ ร้อยละ 31.9 ของกิจกรรมหลักทั้งหมด กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด คือ การควบคุมการระบาด คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา คือ การให้ความรู้

แก่บุคลากร และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 57.6 และ 52.5 ตามลำดับ กิจกรรมที่ดำเนินการได้น้อยกว่าร้อยละ 50 คือ การใช้ต้านจุลชีพ การดูแลสุขภาพบุคลากร การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ กิจกรรมที่มีการดำเนินการน้อยที่สุด คือ การกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อพบดำเนินการเพียง ร้อยละ 5.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อจำแนกการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา ตามการปฏิบัติกิจกรรมหลักที่สถานสงเคราะห์คนชราปฏิบัติได้ครบ ปฏิบัติได้ครบบางกิจกรรมและไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมเลย พบว่า ไม่มีสถานสงเคราะห์คนชราได้มีการปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบคลุมทั้ง 10 กิจกรรมหลัก ร้อยละ 80 ของสถานสงเคราะห์คนชราไม่มีการกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 60 ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ร้อยละ 36 และ 28 ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพและการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ร้อยละ 24 ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการให้ความรู้แก่บุคลากรและการจัดการสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 20 และร้อยละ 4 ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการควบคุมการระบาดและการดูแลสุขภาพบุคลากร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมดได้ดำเนินการ จำแนกตามกิจกรรมหลัก

กิจกรรมหลัก	จำนวนกิจกรรมย่อยภายใต้กิจกรรมหลัก	จำนวนกิจกรรมรวมที่สถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมดต้องดำเนินการ	จำนวนกิจกรรมรวมที่สถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมดได้ดำเนินการ	ร้อยละ
การกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อ	11	275 (11×25)	15	5.4
การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	13	325 (13×25)	78	24.0
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	12	300 (12×25)	100	33.3
การควบคุมการระบาด	2	50 (2×25)	38	76.0



กิจกรรมหลัก	จำนวนกิจกรรมย่อย ภายใต้กิจกรรมหลัก	จำนวนกิจกรรมรวมที่ สถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งหมดต้องดำเนินการ	จำนวนกิจกรรมรวมที่ สถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งหมดได้ดำเนินการ	ร้อยละ
การทำลายเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อ	2	50 (2x25)	11	22.0
การดูแลสุขภาพบุคลากร	9	225 (9x25)	77	34.2
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	14	350 (14x25)	98	28.0
การให้ความรู้แก่บุคลากร	5	125 (5x25)	72	57.6
การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	8	200 (8x25)	105	52.5
การใช้ยาต้านจุลชีพ	4	100 (4x25)	43	43.0
รวม	80	2,000	637	31.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสถานสงเคราะห์คนชราจำแนกตามกิจกรรมที่สถานสงเคราะห์ปฏิบัติได้ครบ ปฏิบัติได้ครบบางกิจกรรม และไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรม (n=25)

กิจกรรมหลัก	ปฏิบัติได้ครบทุกกิจกรรม	ปฏิบัติได้บางกิจกรรม	ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรม
การกำหนดโครงสร้างการป้องกัน การติดเชื้อ	0 (0)	5 (20.0%)	20 (80.0%)
การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	0 (0)	18 (72.0%)	7 (28.0%)
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1 (4.0%)	24 (96.0%)	0 (0)
การควบคุมการระบาด	18 (72.0%)	2 (8.0%)	5 (20.0%)
การทำลายเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อ	1 (4.0%)	9 (36.0%)	15 (60.0%)
การดูแลสุขภาพบุคลากร	0 (0)	24 (96.0%)	1 (4.0%)
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0 (0)	25 (100.0%)	0 (0)
การให้ความรู้แก่บุคลากร	7 (28.0%)	12 (48.0%)	6 (24.0%)
การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	0 (0)	19 (76.0%)	6 (24.0%)
การใช้ยาต้านจุลชีพ	0 (0)	16 (64.0%)	9 (36.0%)

อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า บุคลากรมีภาระงานมาก (ร้อยละ 76) ขาดอัตรากำลังผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ร้อยละ 76) ขาดเทคโนโลยีสารสนเทศ (ร้อยละ 72) ขาดแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ร้อยละ 68) และไม่มี

ห้องแยกให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (ร้อยละ 68) ความต้องการการสนับสนุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ร้อยละ 96 ของสถานสงเคราะห์คนชราต้องการแนวปฏิบัติการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการมีเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 92 ต้องการให้



มีการจัดกรอบัตรกำลังและตำแหน่งผู้รับผิดชอบหลัก ในการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 88 ต้องการวิทยากรในการฝึกอบรม และร้อยละ 80 ต้องการเอกสาร ตำรา วิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

การอภิปรายผล

1. การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผลการศึกษา พบว่า สถานสงเคราะห์คนชรา 25 แห่ง มีการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมเพียงร้อยละ 31.9 ของกิจกรรมทั้งหมด (ตารางที่ 1) การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้ง 10 กิจกรรม มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่สถานสงเคราะห์คนชราทุกแห่งต้องมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ การขาดการปฏิบัติกิจกรรมในด้านใดด้านหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และบุคลากรเกิดการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชราได้ง่าย (Hegnar & Caldwell, 1994)

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่สถานสงเคราะห์คนชราปฏิบัติได้น้อย ได้แก่ การกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้ยาต้านจุลชีพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การให้ความรู้แก่บุคลากรและการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อ พบว่า สถานสงเคราะห์คนชราที่ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมในด้านนี้มีจำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80 ของสถานสงเคราะห์คนชรา (ตารางที่ 2) การกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อถือเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในผู้สูงอายุ (Lee & Lind, 2000) สาเหตุที่มีการดำเนินการในด้านนี้น้อย เนื่องจากขาดกรอบัตรกำลังสำหรับผู้รับผิดชอบด้านการควบคุมการติดเชื้อและภาระงานของบุคลากรมีมาก ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในรัฐนอร์ทแคโรไลนาในสถานดูแลระยะยาว 12 แห่ง พบว่าสถานดูแลระยะยาวทุกแห่งมีผู้รับผิดชอบด้านการควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 91.6 มีคณะกรรมการป้องกัน

การติดเชื้อ ร้อยละ 83 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้สูงอายุ และร้อยละ 92 มีโปรแกรมการดูแลสุขภาพบุคลากร (Price, Sarubbi, & Rutela, 1985)

กิจกรรมที่มีความสำคัญมากอีกกิจกรรมหนึ่งคือ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ พบว่ามีสถานสงเคราะห์คนชราที่ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมในด้านนี้เลย จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 ของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด (ตารางที่ 2) การปฏิบัติการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ต่างๆที่นำมาใช้ซ้ำกับผู้สูงอายุถือเป็นกระบวนการที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุได้รับเชื้อจากอุปกรณ์ ช่วยป้องกันการระบาดของเชื้อดื้อยา และทำให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการนำอุปกรณ์ไปใช้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2554) สาเหตุที่มีการดำเนินการกิจกรรมในด้านนี้น้อยเนื่องจากการขาดการกำหนดโครงสร้างการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ขาดผู้รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การขาดแนวปฏิบัติและการฝึกอบรมบุคลากรในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้ออาจส่งผลให้การทำลายเชื้อในอุปกรณ์ที่นำกลับมาใช้ซ้ำไม่มีประสิทธิภาพ มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอุปกรณ์และกลายเป็นแหล่งที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2542)

นอกจากนี้พบว่าสถานสงเคราะห์คนชรา 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36 ของสถานสงเคราะห์คนชราไม่มีการปฏิบัติตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านจุลชีพ (ตารางที่ 2) การกำหนดแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมจะช่วยลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา ลดค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและลดโอกาสการเสียชีวิต (จิราพรรณ เรืองรอง, ยศ ศิริวัฒนานนท์, อุษา ฉายแก้วเกล็ด และ ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, 2552) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการประเมินโปรแกรมการใช้ยาต้านจุลชีพในสถานดูแลระยะยาว 37 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่า ร้อยละ 59.5 มีการกำหนดโปรแกรมการใช้ยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 36 มีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพ สถานดูแลระยะยาวร้อยละ 19.4 มี



การกำหนดหลักเกณฑ์การใช้จ่ายด้านจุลชีพ ร้อยละ 76 มีการบันทึกข้อมูลการตรวจความไวต่อยาของเชื้อชนิดต่างๆ ร้อยละ 81.1 มีการประเมินการใช้จ่ายด้านจุลชีพอย่างเหมาะสม และร้อยละ 56.8 มีการให้ความรู้เรื่อง การใช้จ่ายด้านจุลชีพ (Van Schooneveld, Miller, Sayles, Watkins, & Smith, 2011)

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ทราบข้อมูลพื้นฐานและขนาดของปัญหาการติดเชื้อภายในสถานดูแล ช่วยให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อได้ทันต่อเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อในสถานดูแลและช่วยกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานดูแล (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, ศิริวรรณ สิริกวัน, ปรีชา ต้นธนาธิป, และ คันนาค นาคสวัสดิ์, 2550) แต่การศึกษานี้พบว่าสถานสงเคราะห์คนชรา 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28 ของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด ไม่ได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (ตารางที่ 2) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในสถานดูแลระยะยาว 130 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.2003 ซึ่งพบว่าสถานดูแลระยะยาวทุกแห่งมีผู้รับผิดชอบการดำเนินการเฝ้าระวัง มีระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมด้านนี้ เฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 86 ของสถานดูแลมีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง (targeted surveillance) ร้อยละ 82 มีการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา (Tsan et al., 2006)

การส่งเสริมให้บุคลากรได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ จะช่วยให้บุคลากรมีความเข้าใจตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และทราบแนวทางในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน ไม่เกิดการติดเชื้อจากการทำงานและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในสถานดูแล (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2554) จากการศึกษา พบว่า สถานสงเคราะห์คนชราที่ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมในด้านนี้ มีจำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 24 ของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด (ตารางที่ 2) สาเหตุที่ทำให้สถานสงเคราะห์คนชราไม่มีการดำเนินการในดานนี้ น้อย เนื่องจากการขาดงบประมาณสนับสนุนการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการ

ติดเชื้อ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สถานสงเคราะห์คนชราให้ความสำคัญเห็นได้จาก การที่สถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 88 ต้องการให้มีวิทยากรในการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และร้อยละ 80 ต้องการเอกสาร ตำราวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การส่งเสริมให้บุคลากรได้รับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการติดเชื้อและหนทางการแพร่กระจายเชื้อ การทำความสะอาดมือ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จะทำให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อในสถานดูแล (Smith et al., 2008)

สิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการติดเชื้อ จากการศึกษาพบว่าสถานสงเคราะห์คนชราที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในด้านนี้จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 24 ของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด (ตารางที่ 2) การมีนโยบายและแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ ข้อมูลจากการศึกษาการระบาดของเชื้อ Norovirus ในสถานดูแลระยะยาวแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.2003 พบผู้สูงอายุ 127 คนจาก 246 คน และบุคลากร 84 คน จาก 181 คน มีอาการอุจจาระร่วง เมื่อทำการตรวจเพาะเชื้อจากสิ่งแวดล้อม พบเชื้อ Norovirus บริเวณห้องพักผู้สูงอายุ โต๊ะอาหาร และปุ่มกดลิฟท์สำหรับเจ้าหน้าที่ (Wu et al., 2005) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อภายในสถานดูแล (Scott, 2013)

2. อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย พบว่าสถานสงเคราะห์คนชราประสบปัญหาในทุกด้านทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการและสถานที่ อุปสรรคที่พบในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวนมาก คือ การที่บุคลากรมีภาระงานมากและขาดอัตรากำลังผู้รับผิดชอบการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ พบถึงร้อยละ 76 ของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด รองลงมา คือ การขาดเทคโนโลยีสารสนเทศ พบร้อยละ 72 การขาดแนว



ปฏิบัติและไม่มีห้องแยก พบร้อยละ 68 ภาระการดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก ทำให้บุคลากรเกิดความเครียดและละเลยการปฏิบัติการณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Randle, Clarke, & Storr, 2006) การขาดผู้รับผิดชอบในการป้องกันการติดเชื้อทำให้การดำเนินการด้านนี้ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้รับผิดชอบการป้องกันการติดเชื้อ เป็นบุคลากรสำคัญในการเป็นผู้นำการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การประสานงานและการบริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนดไว้ (อะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2554) ในขณะที่การมีแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการมีห้องแยกสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ จะเป็นแนวทางสำคัญให้กับบุคลากรยึดปฏิบัติและดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ (อะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2554) ข้อมูลความต้องการของสถานสงเคราะห์คนชราสะท้อนให้เห็นว่าสถานสงเคราะห์คนชราต้องการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อ แต่ประสบปัญหา ต้องการให้มีการสนับสนุนสิ่งที่จะช่วยให้สามารถดำเนินการได้ ซึ่งพบว่าสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 96 ต้องการให้มีแนวปฏิบัติในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและเทคโนโลยีสารสนเทศในการรวบรวมข้อมูล ร้อยละ 92 ต้องการให้ผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมากกว่าร้อยละ 80 ต้องการวิทยากรให้ความรู้แก่บุคลากร และต้องการนโยบายการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ผลการศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อรวมทั้งอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนการดำเนินการในสถานสงเคราะห์คนชราของประเทศไทย พบว่า สถานสงเคราะห์คนชราจำนวนมากยังไม่สามารถดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ครอบคลุมในทุกกิจกรรม จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนตั้งแต่การกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีบริบทที่เหมาะสมกับสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย และการสนับสนุนด้าน

งบประมาณ ผู้เชี่ยวชาญ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้กับบุคลากร เพื่อประโยชน์ในการลดการติดเชื้อ ควบคุมการระบาดและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาสามารถนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติ รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา
2. ควรสนับสนุนและจัดให้มีผู้รับผิดชอบในการป้องกันการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา
3. ควรมีการจัดหาวิทยากรในการฝึกอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การควบคุมการระบาด การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และจัดหาเอกสาร ตำราวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้บุคลากรสามารถศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเอง
4. ควรสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้กับบุคลากรอย่างเพียงพอ รวมถึงการจัดหางบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ และการจัดอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลและลดค่าใช้จ่ายจากการติดเชื้อและการระบาด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา
2. ควรมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชรา
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรของสถานสงเคราะห์คนชรา



เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2550). ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550. สืบค้นจาก http://law.m-society.go.th/law/getFile.php?name=20081028_07_23_58_2514.doc
- จิราพรรณ เรืองรอง, ยศ ตีระพัฒนานนท์, อุษา ฉายแก้วเกล็ด, และ ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส. (2552). การศึกษามาตรการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- ทัศนา ชูวรรณะปกรณ์, ลินจง โพธิบาล, และจิตตวดี เจริญทอง. (2550). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนา ชูวรรณะปกรณ์, วิภาดา คุณาวิกติกุล, และลินจง โพธิบาล. (2547). เส้นทางในการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา. *พยาบาลสาร*, 31, 70-84.
- โรชนี อุปรา. (2542). อุบัติการณ์การติดเชื้อในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. (2542). การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ เล่ม 1. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, ศิริวรรณ สิริกวิน, ปรีชา ตันธนาธิป, และคัทนางค์ นาคสวัสดิ์. (2550). คู่มือปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. สืบค้นจาก http://www.bamras.org/userfiles/10_.pdf
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2554). หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวัตน์.
- Berg, R. L., & Cassells, J. S. (1992). *The Second fifth years: Promoting health and prevention disability*. doi: 10.1017/S0950268813000435.
- Forrest, J., Tucker, A., & Brnabic, A. J. M. (2011). A 9-year infection-control surveillance program in Sydney-based residential aged-care facilities. *Healthcare Infection*, 16(3), 108-114.
- Gamage, B., Schall, V., & Grant, J. (2012). Identifying the gaps in infection prevention and control resources for long-term care facilities in British Columbia. *American Journal of Infection Control*, 40(2), 150-154.
- Hegnar, B. R., & Caldwell, E. (1994). *Assisting in long-term care*. New York: Delmar.
- Jones, M., Samore, M. H., Carter, M., & Rubin, M. A. (2012). Long-term care facilities in Utah: A description of human and information technology resources applied to infection control practice. *American Journal of infection Control*, 40(5), 446-450.
- Lee, F., & Lind, N. (2000). *The infection control committee*. Retrieved from <http://www.infectioncontrolday.com/articles/2000/06/the-infection-control-committee.aspx>



- Lopman, B. A., Adak, G. K., Reacher, M. H., & Brown, D. W. (2003). Two epidemiologic patterns of Norovirus outbreaks: Surveillance in England and Wales, 1992-2000. *Emerging Infectious Diseases*, 9(1), 71-77.
- McClean, P., Tunney, M., Parsons, C., Gilpin, D., Baldwin, N., & Hughes, C. (2012). Infection control and meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* decolonization: The perspective of nursing home staff. *Journal of Hospital Infection*, 81(4), 264-269.
- Piednoir, E., Borderan, G. C., Borgey, F., Thibon, P., Lesellier, P., Leservoisier, R., Le Coutour, X. (2010). Direct cost associated with a hospital-acquired outbreak of rotaviral gastroenteritis infection in a long term care institution. *Journal of Hospital Infection*, 75(4), 295-298.
- Price, L. E., Sarubbi, F. A., & Rutala, W. A. (1985). Infection control programs in twelve North Carolina extended care facilities. *Infection Control*, 6(11), 437-441.
- Randle, J., Clarke, M., & Storr, J. (2006). Hand hygiene compliance in healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*, 64(3), 205-209.
- Roberts, C., Roberts, J., & Roberts, R. J. (2010). Survey of healthcare-associated infection rates in a nursing home resident population. *Journal of Infection Prevention*, 11(3), 82-86.
- Scott, E. (2013). Community-based infections and the potential role of common touch surface as vectors for the transmission of infectious agents in home and community settings. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 1087-1092.
- Smith, P. W., Bennett, G., Bradley, S., Drinka, P., Lautenbach, E., Marx, J., Stevenson, K. (2008). SHEA/APIC Guideline: Infection prevention and control in the long term care facility. *American Journal of Infection Control*, 36(7), 504-535.
- Stevenson, K. B., Moore, J., Colwell, H., & Sleeper, B. (2005). Standardized infection surveillance in long-term care: Interfacility comparisons from a regional cohort of facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26, 231-238.
- Tsan, L., Hojlo, C., Kearns, M. A., Davis, C., Langberg, R., Claggett, M., Roselle, G. (2006). Infection surveillance and control programs in the Department of Veterans Affairs nursing home care units: A preliminary assessment. *American Journal of Infection Control*, 34, 80-83.
- Van Schooneveld, T., Miller, H., Sayles, H., Watkins, K., & Smith, P. W. (2011). Survey of antibiotic stewardship practices in Nebraska long-term care facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 32(7), 732-734. doi:10.1086/660855
- Whaley, M., & Lancaster-Barber, D. (2011). The process of aging. In S. Connon, H. Lohman, & R. Padilla (Eds.), *Occupational therapy with elders: Strategies for the COTA* (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier-Mosby.
- Wu, H. M., Fornek, M., Schwab, K. J., Chapin, A. R., Gibson, K., Schwab, E., . . . Henning, K. (2005). A norovirus outbreak at a long-term-care facility: The role of environmental surface contamination. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26, 802-810.