

แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ

Nursing Care Guideline for Infection Prevention and Control in Primary Care Unit

สุชาญวัชร สมสอน, อุ่นเรือน ศรีอากาศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

Suchanwat Somsorn, Aunreun Sornarkas

Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

Corresponding Author: aunreun@bcnnon.ac.th

Received 2025 Apr 21, Revised 2025 May 5, Accepted 2025 May 13

DOI: 10.14456/iudcj.2025.30

บทคัดย่อ

การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์พัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรม (literature review) จากงานวิจัย รายงานราชการ และแนวทางปฏิบัติมาตรฐานจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2568 ผลการศึกษานี้พบว่า แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ ต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การทำปราชญ์จากเชื้อของเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ ควรผลักดันแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยเสริมสร้างความรู้และทักษะการป้องกันควบคุมการติดเชื้อให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ จัดทำแผนงานหรือโครงการพัฒนาระบบการควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ โดยเสนอเข้าไปยังแผนพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่นผ่านการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงพัฒนาโปรแกรมสำหรับพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลแม่ข่ายและสถานบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการป้องกันควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง และถ่ายทอดความรู้การป้องกันควบคุมการติดเชื้อในรูปแบบคู่มือสำหรับประชาชนหรือกิจกรรมโครงการให้ความรู้

กับอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมการติดเชื้อในระดับครัวเรือนและชุมชน

คำสำคัญ : การพยาบาล, ป้องกันควบคุมการติดเชื้อ, สถานบริการปฐมภูมิ

Abstract

Healthcare-associated infections (HAIs) remain a critical concern affecting the quality of healthcare services, particularly in primary care settings. This academic article aims to develop nursing guidelines for the prevention and control of infections in primary healthcare facilities. A literature review methodology was employed, synthesizing research studies, government reports, and standard practice guidelines from both domestic and international databases. Data collection was conducted from March to April 2025. The study found that effective infection prevention and control (IPC) in primary care requires continuous community infection surveillance, proper response protocols for exposure to blood and body fluids, hand hygiene practices, the use of personal protective equipment (PPE), sterilization of medical instruments and devices, and appropriate management of infectious waste. Therefore, it is essential to promote adherence to standardized IPC guidelines by enhancing the knowledge and skills of professional nurses and healthcare personnel in primary care facilities. Additionally, it is recommended to develop infection control systems through local health development plans in collaboration with local administrative organizations. The article also emphasizes the importance of designing IPC training programs for nurses with the involvement of parent hospitals and networked primary care units to ensure sustainable collaboration. Moreover, transferring IPC knowledge to the community through educational manuals or outreach programs for village health volunteers and the public is crucial for fostering household and community-level infection control cooperation.

Keywords : Nursing Care, Infection Prevention and Control, Primary Care Unit

บทนำ

การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสุขภาพ (Healthcare-associated infections: HAIs) ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วโลกไม่เพียงแต่เพิ่มอัตราการป่วยและการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจแก่ระบบสุขภาพและผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของสถานบริการปฐมภูมิซึ่งมีด่านหน้าในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน การควบคุมการติดเชื้อในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญยิ่ง หากไม่มีการจัดการที่เหมาะสมอาจเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง⁽¹⁾ ซึ่งการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินั้นมีเป้าหมายหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยเบื้องต้น และการดูแลรักษาโรคทั่วไป การดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมักมีทรัพยากรจำกัดทั้งด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และระบบสนับสนุนทำให้การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) กลายเป็นความท้าทายที่สำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคทั้งในบุคลากรและผู้รับบริการ⁽²⁾ โดยการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพสามารถส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในแง่สุขภาพของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายด้านการรักษา การสูญเสียทรัพยากร ตลอดจนความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสาธารณสุข⁽³⁾ นอกจากนี้ สถานการณ์การติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมินั้นยังไม่มีมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม

แต่ในชุมชนการติดเชื้อที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิที่พบบ่อยที่สุดคือการติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เกิดจากการติดเชื้อในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยพบผู้ป่วย Sepsis สูงถึง 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี⁽⁴⁻⁵⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นว่า การติดเชื้อในชุมชนส่งผลกระทบต่อ การติดเชื้อในสถานบริการด้วย ดังนั้นการควบคุมการติดเชื้อจึงต้องเป็นองค์ประกอบสำคัญในการบริหารจัดการสถานบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในชุมชน

พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยต้องอาศัยทั้งความรู้ทางวิชาการ ทักษะวิชาชีพ และการมีจิตสำนึกในด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การใช้เครื่องมือที่ผ่านการปราศจากเชื้อ และการจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการลดความเสี่ยงการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ⁽⁶⁾ ในขณะเดียวกันสถานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยยังต้องได้รับการส่งเสริมให้พัฒนาการควบคุมป้องกันการติดเชื้อตามแนวทางมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Quality Standard: PCQS) เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการ รวมถึงความปลอดภัยและการป้องกันการติดเชื้อ

ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วย อย่างไรก็ตาม ในสถานบริการปฐมภูมิยังขาดคู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำมาประกอบการประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการ⁽⁷⁻⁹⁾ นอกจากนี้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการถ่ายโอนภารกิจพ.ศ. 2562 เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่มีนัยสำคัญต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในการร่วมมือกับหน่วยบริการและบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล ในการควบคุม ป้องกัน และตอบโต้โรคติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามในการถ่ายโอนภารกิจนี้ยังมีผลกระทบต่อ การป้องกันควบคุมโรคอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณในการควบคุมโรคที่ไม่เพียงพอรวมถึง การขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสาธารณสุขที่ทันต่อการป้องกันควบคุมโรค⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการถ่ายโอนดังกล่าวจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างสมรรถนะโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้สามารถปฏิบัติงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในพื้นที่โดยใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนท้องถิ่น และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระบบสุขภาพระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนามาตรการและแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อสำหรับปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับบริบท

ของสถานบริการปฐมภูมิตามแนวทางมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิที่สำคัญ⁽⁷⁾ จึงมีความจำเป็นเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ลดอัตราการติดเชื้อ และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน บทความฉบับนี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม (literature review) โดยรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย รายงานราชการ และแนวทางปฏิบัติมาตรฐานจากทั้งในและต่างประเทศ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่มาตรการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิ จึงมุ่งเน้นการทบทวนแนวทางการพยาบาลและมาตรการในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบให้พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมินำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

ขอบเขตการศึกษา

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์พัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรม (literature review) จากงานวิจัย รายงานราชการ และแนวทางปฏิบัติมาตรฐานจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2568

แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ

การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาจากสถานบริการสุขภาพไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่

เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกชุมชนอบอุ่น หรือหน่วยบริการแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้เช่นเดียวกันโดยเฉพาะในกิจกรรมทางพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเจาะเลือด การทำแผล การใช้เครื่องมือที่ต้องสัมผัสสารคัดหลั่ง หรือการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ⁽¹¹⁻¹²⁾ แม้ว่าสถานบริการปฐมภูมิจะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อน้อยกว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่ แต่รายงานจากหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย พบว่ามีการรายงานกรณีการติดเชื้อที่เกิดจากการปฏิบัติงานไม่ถูกต้อง หรือระบบป้องกันการติดเชื้อที่ยังไม่มีมาตรฐานเพียงพอ เช่น การล้างมือไม่ครบตามขั้นตอน การใช้เครื่องมือซ้ำโดยไม่ผ่านการปราศจากเชื้อที่เหมาะสม หรือการจัดการขยะติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง⁽¹³⁾ โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน พบว่าบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเป็นพาหะของโรคอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพในสถานบริการปฐมภูมิ ไม่เพียงช่วยลดอัตราการติดเชื้อและความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อในชุมชนเท่านั้น แต่ยังเป็นดัชนีสำคัญที่แสดงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน⁽⁶⁻⁸⁾ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานดังกล่าวในสถานบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและข้อกำหนด

ของหน่วยงานกำกับดูแลมาตรฐาน⁽¹⁵⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บทบาทพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.ต้องปฏิบัติตามแนวทางการสอบสวนป้องกันและควบคุมโรคทางด้านระบาดวิทยาในระดับมากที่สุด⁽¹⁶⁾ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิที่ได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง รายงานจากทางราชการ และการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาจากฐานข้อมูลวิชาการที่น่าเชื่อถือโดยมีบทบาทและหน้าที่กำกับดูแลด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิตามมาตรฐาน⁽⁷⁻⁸⁾ มีเนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วย การเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การทำปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีรายละเอียดดังนี้

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้สามารถตรวจจับการระบาดของโรคติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายของเชื้อ และวางแผนการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิต้องมีระบบการเฝ้าระวังที่ดีควรครอบคลุมตั้งแต่ระดับครัวเรือน สถานบริการปฐมภูมิ ไปจนถึงประสานงานระดับพื้นที่และจังหวัด⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ซึ่งมีแนวทางดังนี้

- 1) การรายงานโรคที่เชื่อมโยงกัน พยาบาลวิชาชีพต้องทำการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ตรวจพบในแต่ละวัน เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้เลือดออก

โรค COVID-19 ฯลฯ ผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ โดยต้องส่งออกข้อมูลรายงานไปยังโปรแกรม 506 ทุกวัน ทั้งนี้ข้อมูลโรคติดเชื้อจะถูกรวบรวมไว้ในระบบโปรแกรม สามารถนำมาวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลเพื่อตรวจจับแนวโน้มการระบาด กรณีมีการระบาดของโรคเกิดขึ้นในพื้นที่สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มสอบสวนโรคตามรายโรคเพื่อใช้ในการสอบสวนโรคในพื้นที่ได้จากเว็บไซต์กรมควบคุมโรค แล้วทำการแจ้งไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างทันท่วงที⁽¹⁷⁾ 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยพยาบาลวิชาชีพมอบหมายงานให้ อสม. คอยติดตามผู้มีอาการต้องสงสัยติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เช่น ไข้ ไอ หายใจลำบาก หรือการเสียชีวิตผิดปกติ และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค การสังเกตอาการ และการเข้ารับบริการที่เหมาะสม รวมถึงพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี และการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในพื้นที่รับผิดชอบโดยในปัจจุบันมีการใช้แอปพลิเคชัน SMART อสม. เข้ามาช่วยในการลงและบันทึกข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในชุมชนด้วย⁽²⁰⁻²¹⁾ 3) การเฝ้าระวังโรคตามฤดูกาลและโรคอุบัติใหม่ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการเฝ้าระวังเชิงรุกตามฤดูกาล เช่น การเตรียมรับมือไข้เลือดออกในฤดูฝน โดยการคาดการณ์และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมโรคใช้เลือดออกไว้ให้เพียงพอ

หรือโรคไข้หวัดใหญ่ในฤดูหนาวโดยจัดเตรียมแผนในการจัดสรรวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเปราะบาง รวมถึงจัดทำแผนเฝ้าระวังเฉพาะทางกรณีโรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ เช่น COVID-19 หรือไข้หวัดนก⁽²²⁻²³⁾ 4) การติดตามกลุ่มเสี่ยง จัดทำฐานข้อมูลติดตามผู้สัมผัสโรค (contact tracing) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อ รวมถึงการคัดกรองโรคติดเชื้อในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพยาบาลวิชาชีพพรมมีการติดตามผู้สัมผัสเชิงรุกในชุมชนร่วมกับ อสม. เพื่อไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเกิดโรคติดเชื้อ⁽²⁰⁾ 5) การวิเคราะห์และตอบสนองต่อสัญญาณเฝ้าระวัง พยาบาลวิชาชีพมีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์/เดือน เพื่อติดตามแนวโน้มการแพร่ระบาด หากพบความผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นผิดปกติในเวลาอันสั้น โดยใช้ความรู้ในด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนในการตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อได้แก่ การสอบสวนโรค โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการลงพื้นที่สอบสวนและควบคุมโรค และการสื่อสารมาตรการควบคุมโรคในชุมชน⁽¹⁹⁾ เช่น การสอบสวนการระบาดของ COVID-19 พยาบาลอาวุโสจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามผู้สัมผัสในชุมชน⁽²⁴⁾

การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง

การสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่อาจมีเชื้อโรคในสถานบริการปฐมภูมิ ถือเป็นเหตุการณ์

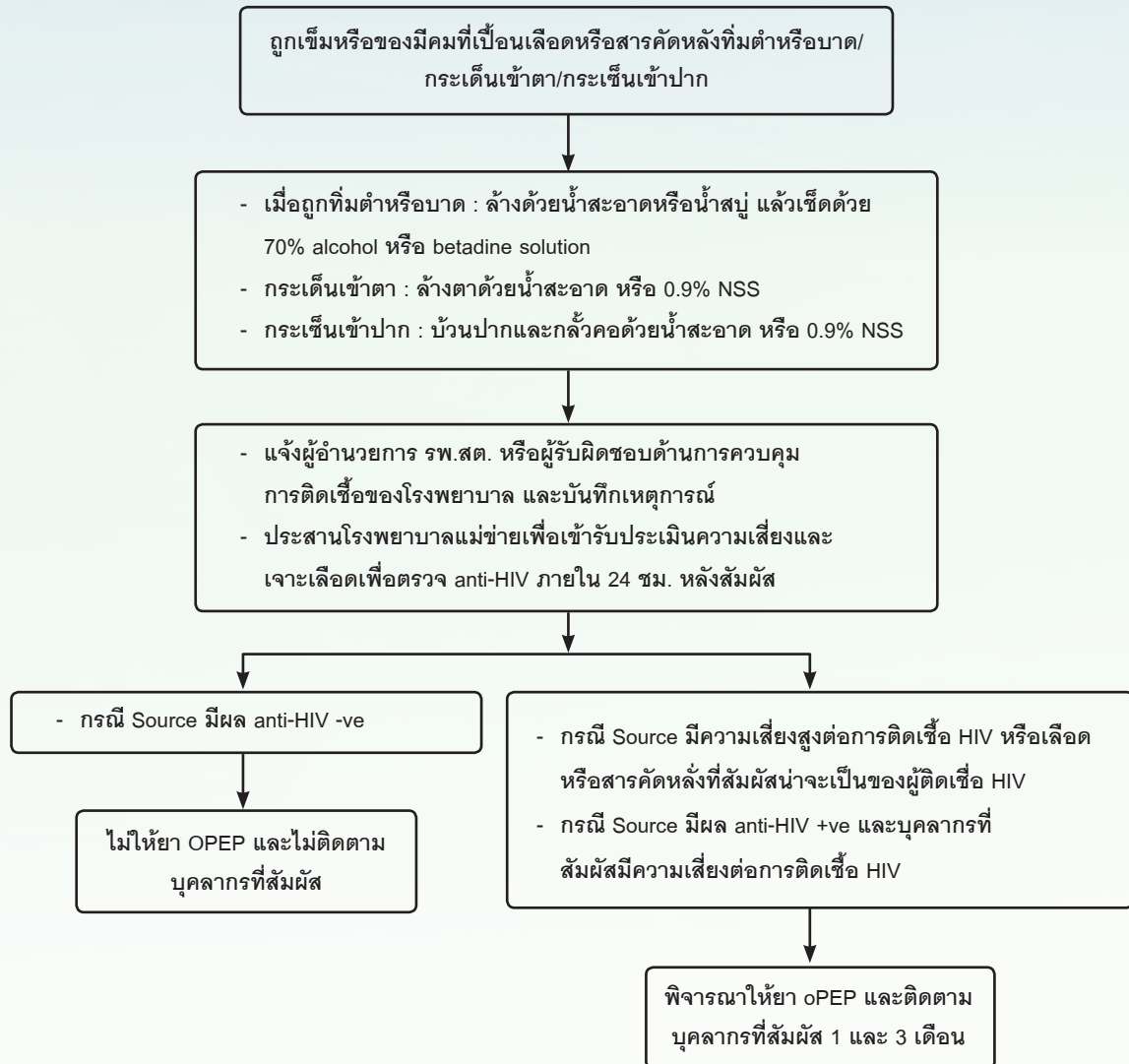
ที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน เนื่องจากมีความเสี่ยงในการติดเชื้อจากโรคติดต่อที่แพร่ผ่านทางเลือด เช่น ไวรัสตับอักเสบบี (HBV), ไวรัสตับอักเสบซี (HCV), และไวรัสเอชไอวี (HIV) การตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวทางการดูแลหลังสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Management) โดยพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิ ต้องมีการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ และผู้รับบริการ^(22-23,25) ซึ่งมีแนวทางดังนี้

- 1) การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง เช่น การถูกเข็มตำ การถูกของมีคมบาดหรือสารคัดหลั่งเข้าสู่เยื่อเมือก (ตา จมูก ปาก) ควรประเมินความเสี่ยงโดยพิจารณาจากลักษณะของเหตุการณ์ เช่น เข็มใช้แล้วชนิด hollow-bore vs solid needle ชนิดของสารที่สัมผัส เช่น เลือด พลาสมา น้ำคร่ำ และวิธีการสัมผัส เช่น แทะทะลุผิวหนัง สาดใส่ตา^(22, 26)
- 2) การปฏิบัติทันทีหลังเกิดเหตุ โดยล้างบริเวณสัมผัสทันที ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ห้ามบีบเลือดหรือถูแรง หากสารคัดหลั่งเข้าตา ปาก หรือจมูก ให้ล้างด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือทันทีเป็นเวลา 10-15 นาที แจ้งผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือผู้รับผิดชอบด้านการควบคุม การติดเชื้อของโรงพยาบาลทันที จากนั้นประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อเข้ารับการตรวจเลือด โดยละเอียด กรณีมีความเสี่ยงจะต้องได้รับ ยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาของแพทย์⁽²³⁾

- 3) การประเมินและให้การดูแลตามความเสี่ยงโดยบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์เช่นวันที่เวลาอุปกรณ์ที่ใช้ เก็บเลือดตรวจพื้นฐานของผู้สัมผัส ได้แก่ Anti-HBs, HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV พิจารณาตรวจผู้ป่วยต้นทาง หากได้รับความยินยอม พิจารณาการให้ยาต้านไวรัส (PEP) ซึ่งสูตรที่แนะนำคือสูตร oPEP TDF 300mg + 3TC 300mg OD หรือ TDF 300 mg + FTC 200 mg OD ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข
- 4) การติดตามประเมินผล นัดตรวจเลือดติดตามหลังเหตุการณ์ ประเมินผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสในผู้รับยา PEP และประเมินผลด้านจิตใจ เช่น ความเครียด วิดกกังวล โดยหลังจากประเมินแล้วว่ามีความเครียดจะต้องส่งปรึกษากับงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาล เพื่อให้ลดภาวะเครียดและให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานต่อไป⁽²²⁻²³⁾
- 5) การป้องกันในอนาคต ควรส่งเสริมการสวม ภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ให้แก่บุคลากรทุกคน และตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (Anti-HBs) อีกทั้งต้องเข้ารับการอบรมทบทวนอย่างเป็นระบบแนวทางการใช้เข็มและของมีคม อย่างปลอดภัยให้แก่พยาบาลวิชาชีพ โดยมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เช่น ไม่งอเข็ม ไม่ถอดเข็มออกจากกระบอกฉีดยาด้วยมือ และอบรมซ้ำเป็นระยะเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง และขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุ⁽²⁶⁻²⁷⁾

ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1: ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง



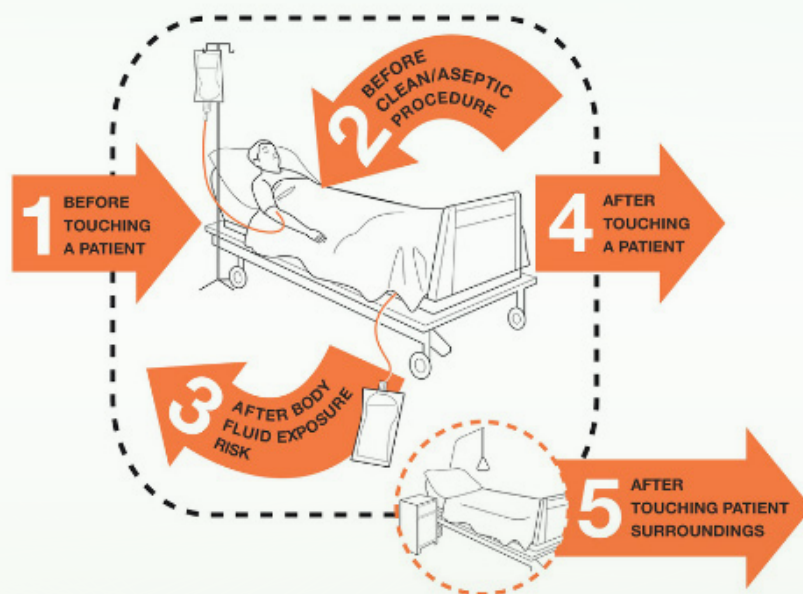
การทำมาสะอาดมือ

เป็นแนวทางสำคัญที่สุดในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ โดยพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิต้องมีการปฏิบัติการทำมาสะอาดมืออย่างถูกต้องและสม่ำเสมอสามารถลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้อย่าง

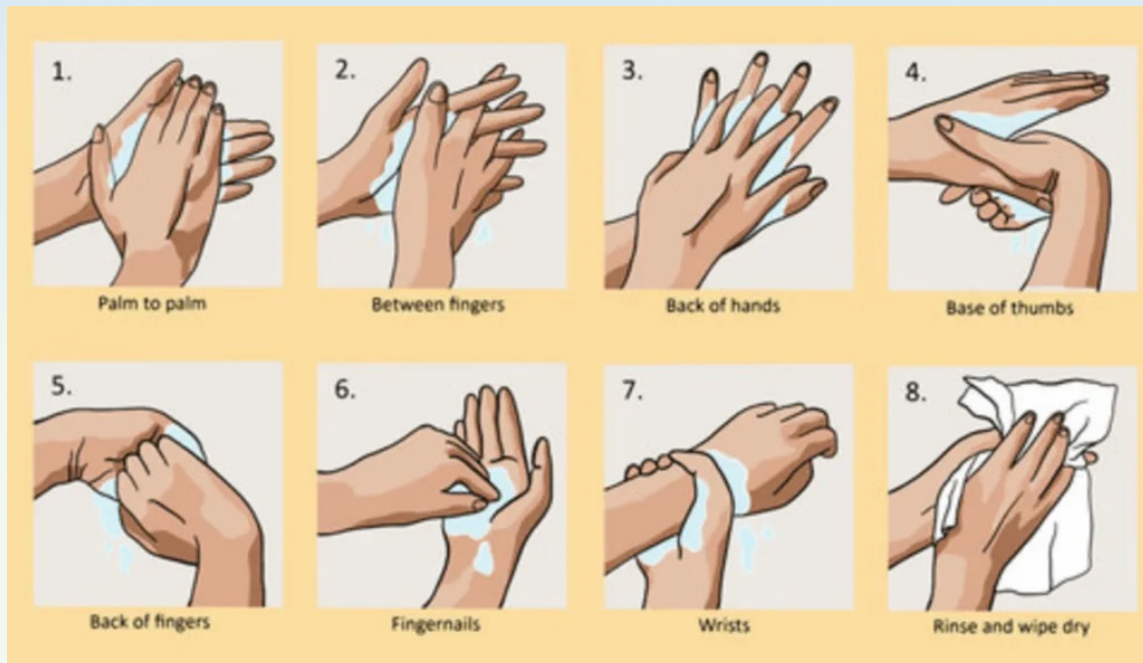
มีนัยสำคัญ ทั้งจากบุคลากรผู้ป่วย และจากผู้ป่วยสู่บุคลากรโดยปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) : "5 Moments for Hand Hygiene" ได้กำหนดช่วงเวลาสำคัญที่บุคลากรควรล้างมือไว้ 5 ช่วง ได้แก่ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการปลอดเชื้อหรือใช้เครื่องมือที่เข้าสู่ร่างกาย หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง เลือด

หรือของเหลวจากร่างกาย หลังสัมผัสผู้ป่วย และ หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย⁽²⁸⁻²⁹⁾ ซึ่งวิธีการทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 1) การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ (Hand Washing) ใช้ในกรณีมือเปื้อนสิ่งสกปรกอย่างเห็นได้ชัด เช่น ดิน เลือด หรือสารคัดหลั่ง มีขั้นตอน คือ เปิดน้ำให้เปียกมือ ถูสบู่ทั่วมือ ฝ่ามือ หลังมือ ซอกนิ้ว ใต้เล็บ และรอบข้อมือ เป็นเวลาอย่างน้อย 40-60 วินาที ล้างออกด้วยน้ำสะอาด เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาดหรือกระดาษเช็ดมือแบบใช้ครั้งเดียว 2) การใช้เจลแอลกอฮอล์ (Alcohol-Based Hand Rub) ใช้เมื่อมือไม่เปื้อนสิ่งสกปรกอย่างเห็นได้ชัด โดยมีความสะอาดรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูง มีขั้นตอนคือ ใช้เจลหรือสเปรย์แอลกอฮอล์ประมาณ 3-5 มล. ถูให้ทั่วมือ ฝ่ามือ หลังมือ ซอกนิ้ว เล็บ และรอบข้อมือ นานอย่างน้อย 20-30 วินาที และปล่อยให้แห้งโดย

ไม่ต้องล้างออก⁽³⁰⁻³¹⁾ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพต้องส่งเสริมการทำความสะอาดมือ โดยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการปฏิบัติโดยมีการประเมินความถูกต้องของการล้างมือโดยการสังเกตโดยตรง การวางแผนจัดให้มีจุดบริการแอลกอฮอล์หรืออ่างล้างมือที่สะดวกเข้าถึงและมีการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น สบู่เหลว กระดาษเช็ดมือ แอลกอฮอล์ 70% นอกจากนี้มีการติดสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น โปสเตอร์ 5 Moments, วิดีอล้างมืออย่างถูกต้อง 7 ขั้นตอน บริเวณจุดล้างมือทุกจุด จัดระบบการสังเกตโดยตรงแก่บุคลากรและประเมินพฤติกรรมการล้างมืออย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการส่งเสริมการล้างมือแก่ผู้รับบริการในสถานบริการโดยจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรค เช่น “วันล้างมือโลก” (World Hand Hygiene Day - 5 พฤษภาคม)⁽³⁰⁻³²⁾ ดังรูปที่ 1-2



รูปที่ 1: 5 Moments for Hand Hygiene⁽³³⁾

รูปที่ 2: 7 Steps of Hand Hygiene⁽³⁴⁾

การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการปฐมภูมิที่มีโอกาสพบผู้ป่วยที่ยังไม่ผ่านการคัดกรองหรือไม่ทราบสถานะการติดเชื้อพยาธิวิชาติในสถานบริการปฐมภูมิ จึงต้องมีการเลือกใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงจะช่วยให้การควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยไม่สิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น⁽³⁵⁾ มีแนวทางดังนี้ 1) การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล อุปกรณ์ที่ใช้บ่อยในสถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ หน้ากากอนามัย (Surgical mask) หน้ากาก N95 ถุงมือทางการแพทย์ เสื้อกาวน์กันน้ำ/เสื้อคลุม (Gown) แว่นป้องกันตา

(Goggles) หน้ากากป้องกันใบหน้า (Face shield) หมวกคลุมผม (Cap) และรองเท้าหุ้ม/ปลอกหุ้มรองเท้า (Shoe cover)⁽³⁶⁻³⁸⁾ นอกจากนี้กรณีเกิดภาวะขาดแคลนในช่วงการระบาดของโรค ต้องมีการวางแผนและสำรองอุปกรณ์ไว้ให้เพียงพออย่างน้อย 3 เดือน⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ยังต้องมีการวางแผนจัดหาอุปกรณ์โดยการคาดการณ์การใช้งานเป็นระยะเวลา 1 ปี รวมถึงมีการจัดเก็บจัดทำแบบบันทึกทะเบียนอุปกรณ์ และตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์สม่ำเสมอ^(18,23) 2) การเลือกใช้อุปกรณ์ตามระดับความเสี่ยงและการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม พยาบาลควรจำแนกระดับความเสี่ยงจากนั้นจึงจะเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้⁽³⁶⁻³⁷⁾ (ตารางที่ 1) 3) การใส่และถอด PPE อย่างปลอดภัยตามกระบวนการที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดการ

ปนเปื้อนของเชื้อโรค โดยการใส่ PPE (Donning) ควรใส่ตามลำดับ คือ ล้างมือให้สะอาด ใส่เสื้อกาวน์ ใส่หน้ากาก (Surgical/N95) ใส่แว่นตา หรือ face shield และใส่ถุงมือ ส่วนการถอด PPE (Doffing) ควรถอดอย่างระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อน โดยลำดับการถอดคือ ถอดถุงมือ ถอด face shield/แว่นตา ถอดเสื้อกาวน์ ถอดหน้ากาก และล้างมือทุกครั้งหลังการถอด⁽³⁶⁻³⁸⁾ โดยภายหลังจากถอดแล้วให้นำไปทิ้งลงขยะติดเชื้อแล้วกำจัดตามแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ⁽³⁹⁾ 4) การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคล โดยพยาบาลวิชาชีพต้องมีการอบรมและทบทวนเรื่องการใส่-ถอด PPE อย่างถูกต้องเป็นประจำ ประเมินความรู้และทักษะของบุคลากร โดยใช้ checklist หรือการสังเกตโดยผู้เข้าปฏิบัติงาน

(Buddy) ของตามแบบประเมินการใช้ PPE ของกรมการแพทย์⁽³⁶⁾ และส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเช่นการแจ้งเตือนเพื่อนร่วมงานหากพบการใช้อุปกรณ์ไม่ถูกต้อง⁽³⁵⁻³⁹⁾ นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมให้บุคลากรใช้ PPE เท่าที่จำเป็น โดยต้นทุนของ PPE สูงถึง 123.27 ดอลลาร์ หากมีการใช้อย่างถูกวิธีตามความเสี่ยง จึงจะต้องลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรคลงได้ถึง 20.18 ดอลลาร์⁽⁴⁰⁾ ดังนั้นการใช้ PPE ต้องอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นและต้องมีการประเมินความเสี่ยงของกิจกรรมต่างๆก่อนที่จะเลือกใช้ PPE เพื่อให้สามารถประหยัดต้นทุนและเกิดการป้องกันโรคอย่างคุ้มค่า

ตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยงและการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม⁽³⁶⁾

ระดับความเสี่ยง	กิจกรรม	อุปกรณ์ที่ใช้
ต่ำ (Low Risk)	การพูดคุย สัมผัสผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ	- หน้ากากอนามัย
ปานกลาง (Moderate Risk)	การให้บริการใกล้ชิด เช่น วัดไข้ เจาะเลือด ทำแผล	- หน้ากากอนามัย - ถุงมือ - เสื้อกาวน์กันน้ำ (ถ้ามีการเสี่ยงสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง) - Face shield (ถ้ามีการกระเด็น)
สูง (High Risk)	การสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจ ไอ จาม หรือการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการฟุ้งกระจายของละออง เช่น ดูดเสมหะ, ทำ swab	- หน้ากาก N95 - ถุงมือ - Face shield หรือแว่นตาป้องกัน - เสื้อกาวน์กันน้ำ - หมวกคลุมผม - ปลอกหุ้มรองเท้า (หากมีการกระเด็นมาก)

การทำปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์

การทำปราศจากเชื้อ (Sterilization) เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำลายเชื้อจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมถึงสปอร์ที่ทนต่อความร้อนหรือสารเคมี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพ⁽⁴¹⁻⁴²⁾ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมักมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากร เครื่องมือ และระบบสนับสนุนที่แตกต่างจากโรงพยาบาลใหญ่ พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิ จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานการทำปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ ในหน่วยงานตามมาตรฐาน⁽⁷⁻⁸⁾ โดยการทำปราศจากเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิจะช่วยลดความเสี่ยง การแพร่กระจายเชื้อจากเครื่องมือที่ใช้ซ้ำ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในบริการ ทำแผล ฉีดยา เจาะเลือด หรือทำหัตถการเล็ก ซึ่งการทำปราศจากเชื้อจะต้องทำการจำแนกประเภท ของเครื่องมือแพทย์ตามระดับการทำลายเชื้อ ตาม Spaulding Classification เครื่องมือทางการแพทย์ ก่อนนำไปทำความสะอาดและทำปราศจากเชื้อตามขั้นตอนต่อไป⁽⁴³⁻⁴⁴⁾ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การจำแนกประเภทของเครื่องมือแพทย์ตามระดับการทำลายเชื้อ

ประเภทเครื่องมือ	เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์	ระดับการทำลายเชื้อที่เหมาะสม
Critical items (เข้าสู่ร่างกาย/ เลือดโดยตรง)	เข็มฉีดยา อุปกรณ์เย็บแผล	Sterilization (ต้องปลอดเชื้อ 100%)
Semi-critical items (สัมผัสเยื่อ บุหรือผิวหนังชั้นใน)	เครื่องมือทำหัตถการ ในโพรงจมูก/ปาก	High-level disinfection หรือ Sterilization
Non-critical items (สัมผัสเฉพาะ ผิวหนังชั้นนอก)	เครื่องวัดความดัน ปรอท	Low-level disinfection หรือ ทำความสะอาดทั่วไป

ในการทำปราศจากเชื้อในบริการปฐมภูมินั้นส่วนใหญ่ต้องมีการทำ Sterilization ด้วยเครื่อง Autoclave โดยขั้นตอนการทำปราศจากเชื้อในบริการปฐมภูมิ มีดังนี้ 1) การทำความสะอาดเบื้องต้น (Cleaning) เป็นขั้นตอนพื้นฐานก่อนการฆ่าเชื้อ/ทำปราศจากเชื้อ โดยใช้แปรงนุ่ม น้ำ และน้ำยา ทำความสะอาดเพื่อขจัดคราบเลือด/สารคัดหลั่ง 2) การฆ่าเชื้อ (Disinfection) ในกรณีที่ไม่สามารถ ทำการ Sterilization ได้ เช่น ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อระดับสูง (High-level disinfectant) เช่น Glutaraldehyde, Hydrogen peroxide (เฉพาะเครื่องมือที่ทนต่อสารเคมีได้) 3) การทำปราศจากเชื้อ (Sterilization) ซึ่งวิธีที่ใช้ในสถานบริการปฐมภูมิ มี 2 วิธีหลัก ได้แก่ วิธีใช้ความร้อนเปียก (Steam Sterilization/ Autoclave) ใช้อุณหภูมิ 121-134°C ที่ความดัน 15-30 psi เป็นเวลา 15-30 นาที เหมาะสำหรับ เครื่องมือที่ทนความร้อนและความชื้น เช่น กรรไกร มีดผ่าตัด ส่วนวิธีใช้ความร้อนแห้ง (Dry Heat)

ใช้อุณหภูมิ 160-180°C ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ใช้สำหรับอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับความชื้น เช่น เครื่องมือโลหะบางชนิด 4) การบรรจุและเก็บรักษาเครื่องมือหลังทำปราศจากเชื้อ ใช้ถุงผ้าหรือซองบรรจุเฉพาะสำหรับการอบฆ่าเชื้อ ติดฉลาก วันอบ วันหมดอายุ และผู้ดำเนินการ เก็บในตู้สะอาด แห้ง ปิดสนิท ระยะเวลาเก็บรักษาโดยทั่วไป 1 สัปดาห์ (ในกรณีไม่มีระบบควบคุมสภาพแวดล้อม) 5) การควบคุมคุณภาพกระบวนการทำปราศจากเชื้อ ใช้เทปตรวจสอบการเปลี่ยนสี (Chemical Indicator) ติดที่ภายนอกห่อเพื่อดูว่าเข้าสู่กระบวนการอบแล้ว ใช้ตัวตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological Indicator) เดือนละ 1 ครั้ง หากมีอุปกรณ์ และบันทึก log การใช้งาน Autoclave ทุกครั้ง⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิควรมีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรเกี่ยวกับการแยกประเภทเครื่องมือ และวิธีการทำลายเชื้อที่เหมาะสม ทั้งนี้กรณีไม่มี Autoclave พยาบาลวิชาชีพประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการอบฆ่าเครื่องมือโดยวางแผนการส่งมอบไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นอกจากนี้จัดให้มีการตรวจสอบคุณภาพการอบฆ่าเชื้อด้วย Indicator อย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาคู่มือ SOP สำหรับการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือในสถานบริการ^(8,43-45)

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างเหมาะสมเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการปฐมภูมิต้องมีการบริหารจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกต้องตามมาตรฐานเพื่อให้สามารถลดการแพร่กระจายของเชื้อสู่บุคลากร ผู้รับบริการ และชุมชนรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁶⁾ โดยมีแนวทางดังนี้ 1) การคัดแยก (Segregation) โดยคัดแยกขยะทันทีตั้งแต่ต้นทาง เช่น จุดให้บริการผู้ป่วย ใช้ถุงแดง (สำหรับขยะติดเชื้อ) และถุงสีดำ (สำหรับขยะทั่วไป) และต้องแยกขยะอันตราย เช่น ยาหมดอายุ หรือสารเคมี ออกจากขยะติดเชื้อ 2) การบรรจุ (Containment) ใส่ขยะติดเชื้อในถุงแดงทึบแสงที่มีเครื่องหมาย "อันตราย - ชีววัตถุ" อย่างชัดเจน ห้ามใส่เกิน 3/4 ของถุง และมัดปากถุงให้แน่น และเข็มใช้แล้วควรใส่ในกล่องทนทาน (Safety box) ห้ามหัก ห้ามงอ 3) การเก็บรวบรวม (Collection) เก็บขยะติดเชื้ออย่างน้อยวันละครั้ง ผู้ปฏิบัติงานต้องใส่ PPE เช่น ถุงมือ หน้ากาก และเสื้อคลุม และหลีกเลี่ยงการเทหรือโยนถุงขยะ เพื่อป้องกันการรั่วซึม 4) การขนส่ง (Transportation) ขยะติดเชื้อควรแยกเส้นทางขนส่งจากขยะทั่วไป หากไม่มีรถขนส่งเฉพาะ ควรใช้ถังมีฝาปิดมิดชิด รองรับการรั่วซึมได้ และภาชนะต้องล้างและฆ่าเชื้อหลังใช้งานทุกครั้ง 5) การกำจัด (Disposal) ขยะติดเชื้อควรส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีระบบกำจัด เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ที่มีเตาเผาเฉพาะ และห้ามฝัง เมา หรือเททิ้งในพื้นที่ของ รพ.สต. เว้นแต่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายและมีระบบควบคุมมลพิษ ในกรณีที่อยู่ในพื้นที่ที่ อบต.

มีเตาเผา รพ.สต. สามารถส่งเผาได้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ใกล้เคียงได้ ส่วนในพื้นที่ห่างไกลนั้นจะต้องอาศัยการนำขยะติดเชื้อไปรวบรวมเพื่อส่งกำจัดกับโรงพยาบาลแม่ข่าย⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾ นอกจากนี้ในหน่วยบริการควรมีถังขยะสีแดงพร้อมฝาปิดแบบเท้าเหยียบ กล่องทิ้งเข็ม (Safety box) น้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับล้างถังหรือทำความสะอาดพื้นที่ที่มีการหกของสารคัดหลั่ง และสถานที่จัดเก็บขยะติดเชื้อก่อนส่งต่อ (ควรอยู่ห่างจากจุดบริการ) รวมถึงส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการอบรมอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการคัดแยกและจัดการขยะติดเชื้อ มีการตรวจสอบบันทึกการจัดการขยะ เช่น จำนวนที่ทิ้ง การส่งกำจัด ฯลฯ และใช้แบบประเมินคุณภาพระบบการจัดการขยะติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐาน^(3,47-48)

สรุป

การป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมินั้นพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ จึงต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง การทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม การทำปราชญ์เชื้อของเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ถูกต้อง และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ และ

การแพร่กระจายเชื้อในชุมชนต่อไป อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ยังคงมีข้อจำกัดจากแนวทางการป้องกันควบคุมการติดเชื้อที่นำแนวทางของโรงพยาบาลมาเป็นแนวปฏิบัติทำให้ในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อพยาบาลวิชาชีพต้องนำปรับประยุกต์ให้เหมาะกับแต่ละสถานบริการเองให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานสถานบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ตามภารกิจถ่ายโอน รพ.สต./สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นยังทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อเปลี่ยนไปจากเดิมอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นภายใต้กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งมีความคล่องตัวในการจัดสรรงบประมาณ แต่ในการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ยังขาดแคลนอยู่ ดังนั้นในการป้องกันควบคุมโรคผู้บริหารควรส่งเสริมการจัดการทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรคให้เพียงพอ รวมถึงการจัดทำแนวทางการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันจะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผลักดันแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ โดยเสริมสร้างความรู้และทักษะการป้องกันควบคุมการติดเชื้อให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ

2. ผลักดันในการจัดทำแผนงานหรือโครงการพัฒนาระบบการควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ โดยเสนอเข้าไปยังแผนพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่นผ่านการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. พัฒนาโปรแกรมสำหรับพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลแม่ข่ายและ

สถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการป้องกันควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง รวมถึงถ่ายทอดความรู้การป้องกันควบคุมการติดเชื้อในรูปแบบคู่มือสำหรับประชาชนหรือกิจกรรมโครงการให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมการติดเชื้อในระดับครัวเรือนและชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุชาญวัชร สมสอน, อุ๋นเรือน ศรอากาศ. แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2568;10(2):137-156.

Suggested citation for this article

Somsorn S, Sornarkas A. Nursing Care Guideline for Infection Prevention and Control in Primary Care Unit. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2025;10(2):137-156.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. World Health Organization. Infection prevention and control in primary care: a toolkit of resources. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. สถาบันบำราศนราดูร. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
4. สุภาภรณ์ บุญยานาม, ปาริชาติ ต้นสุวรรณ, ชุตติภา ญาณวัฒนพันธ์. ผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้สำหรับ อสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน (Community-Acquired Sepsis) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโสภณน้ำขาว อ.เมือง จ.อุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2566;31(2):262-75.

5. ระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; c2025. รายงาน Report การตรวจราชการ รายประเทศ; 2568. [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/public/report_summary/country/report_summary_country.php
6. คณะกรรมการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อฯ เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2567.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; c2025. มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care Standards); 2568 . [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/5Gu3m>
8. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570. นนทบุรี: กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ; 2568.
9. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น; [ม.ป.ป.].
10. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, ธีระวุธ ธรรมกุล, พรศักดิ์ อยู่เจริญ. ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2567;31(2):1-16.
11. World Health Organization. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
12. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Am J Infect Control. 2007 Dec;35 (10 Suppl 2):S65-S164.
13. ศิริลักษณ์ เจียมจิตร, ธนอมวงศ์ มั่นทจิตร, กำธร มาลาธรรม. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. วิทยาสาน. 2552;15(1):98-110.

14. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; c2022. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 731; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
15. วัฒนา สว่างศรี, อติศักดิ์ ไทแก้ว. การพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;12(1):123-29.
16. จิรณัฐ ชัยชนะ, กัญญดา ประจุศิลป์. การศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(ฉบับพิเศษ):193-202.
17. กรมควบคุมโรค. คู่มือเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. นครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์; 2565.
18. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
19. ดร.ณิ โพธิ์ศรี, เอกลักษณ์ เอี่ยมประดิษฐ์, เอกพล เสมาศัย. การเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19: การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(ฉบับเพิ่มเติม1):s49-s60.
20. ทองคำ กันธา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ตำบลแซ่ซ้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2565.
21. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2022. Surveillance in emergencies; 2022 [cited 2025 Apr 21]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/surveillance>
22. คณะแพทยศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์; c2024. หน่วยควบคุมโรคและป้องกันโรคติดต่อในโรงพยาบาล Infection Control Unit; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://w2.med.cmu.ac.th/icc/manual/1776/>
23. โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ สุสานทัพเรือสัตหีบ. คู่มือปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. ชลบุรี: แผนกบริหารคุณภาพ; 2566.

24. เพ็ญศรี ไผ่รัตน์, ศุภพร วิเศษชาติ, สุชาญวัชร สมสอน, ตันหยง เอี่ยมพร, อาจริย์ ขวัญเพ็ง, รัตนา จีววิจิตร. รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสนามชนไก่สู่การทำบุญขึ้นบ้านใหม่ จังหวัดอ่างทอง ระหว่างวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 26 มกราคม 2564. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(3):644-56.
25. CDC National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) [Internet]. Atlanta: CDC; c2023. Bloodborne infectious disease risk factors; 2023 [cited 2025 Apr 21]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/healthcare/risk-factors/bloodborne-infectious-diseases.html>
26. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; c2023. แนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากของมีคมหรือสิ่งคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 1 น.] เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ic/th/download/qp/04212015-0013-th>
27. กรมควบคุมโรค. แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานของบุคลากร. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2557.
28. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2009.
29. สถาบันบำราศนราดูร. แนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือ สำหรับบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2551.
30. Boyce JM, Pittet D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep. 2002 Oct 25;51(RR-16):1-45.

31. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J; World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009 Jul;30(7):611-22.
32. ภักดีจิรา เหลลาพรม. ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียน ชั้นอนุบาล โรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2567;9(3):98-108.
33. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2021. Five moments for hand hygiene; 2021 [cited 2025 Apr 21]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/five-moments-for-hand-hygiene>
34. Global Researcher Club [Internet]. London: International Research Organization; c2024. World Hand Hygiene Day 2024; 2024. [cited 2025 Apr 21]; [about 1 p.]. Available from: <https://globalresearcherclub.org/world-hand-hygiene-day-2024/>
35. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2020. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Interim guidance; 2020 [cited 2025 Apr 21]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-%28covid-19%29-and-considerations-during-severe-shortages>
36. กรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; c2023. คำแนะนำการใช้ อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ฉบับปรับปรุง วันที่ 27 กรกฎาคม 2566; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 5 น.]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25660727120547PM_PPE%20GL_v.2_n_%2020230727.pdf
37. กรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; c2023. คำแนะนำการใช้ อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) ฉบับวันที่ 20 เมษายน 2563; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 7 น.]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe_200463.pdf

38. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: National Center for Immunization and Respiratory Diseases; c2020. Using personal protective equipment (PPE); 2020 [cited 2025 Apr 21]; [about 1 p.]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/87263>
39. วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร. อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพ. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2563;7(1):7-24.
40. Bolas T, Werner K, Alkenbrack S, Uribe MV, Wang M, Risko N. The economic value of personal protective equipment for healthcare workers. PLOS Glob Public Health. 2023 Jun 22;3(6):1-9.
41. World Health Organization, Pan American Health Organization. Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
42. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: CDC; c2008. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008; 2008 [cited 2025 Apr 21]; [about 1 screen]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11560>
43. กรมควบคุมโรค. แนวทางการทำความสะอาดฆ่าเชื้อในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564.
44. ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; c2025. คู่มือ/วารสาร; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2568]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/new2020/manual>
45. อะเคื้อ อุนเหลกะ. ความรู้ในการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: มิ่งเมือง; 2542.
46. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม; [ม.ป.ป].
47. ยุทธชัย นพพิบูลย์. รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กรณีศึกษาอำเภอเมืองสุรินทร์. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2567;4(2):25-37.
48. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง ว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119, ตอนที่ 42 ก (ลงวันที่ 4 กันยายน 2545).