

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานของบุคลากร



โดย

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
สถาบันบำราศนราดูร
สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ปีพ.ศ.2557

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ

สถานการณ์ปัญหาเข็มทิ่มตำจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	1
1.1 อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดหรือของเหลวจากร่างกาย	1
1.2 การประเมินโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธีการต่าง ๆ	3
1.3 คำนินยาม / คำจำกัดความ	3
1.4 เชื้อโรคที่เกิดจากการแพร่เชื้อจากของมีคมบาดในสถานพยาบาล มีอะไรบ้าง	3

บทที่ 2 นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- นโยบายของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	5
- นโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	6
- มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย	7

บทที่ 3 ลักษณะงานและปัจจัยที่เสี่ยง และการดำเนินงาน

อาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	16
3.1 ลักษณะงานที่เสี่ยงต่อการถูกเข็มหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการทิ่มตำ	16
3.2 ปัจจัยสภาพแวดล้อมการทำงานที่เกี่ยวข้อง	16
3.3 การจัดบริการอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	20

บทที่ 4 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์

- การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน	23
- แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์	24
- ข้อปฏิบัติตามหลักการป้องกันแบบมาตรฐาน (Standard Precaution)	28
- การจัดการขยะติดเชื้อ	31
- ข้อเสนอแนะสำหรับสถานพยาบาลในการให้การป้องกันการติดเชื้อหลังจากสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 ระบบการเฝ้าระวังโรคและการรายงาน	43
5.1 ระบบการเฝ้าระวังโรค	43
5.2 ประวัติการให้การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส	43
5.3 ระบบการรายงานการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่	45
5.4 การรายงาน สำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย	45
5.5 ตัวอย่างแบบบันทึก และรายงานสำหรับบุคลากร	46
เอกสารอ้างอิง	
เอกสารอ้างอิงบทที่ 1	4
เอกสารอ้างอิงบทที่ 2	14
เอกสารอ้างอิงบทที่ 3	22
เอกสารอ้างอิงบทที่ 4	42
เอกสารอ้างอิงบทที่ 5 53	
ภาคผนวก	54
1. เครื่องป้องกันร่างกาย (Protective Equipment)	55
2. ค่ามาตรฐานแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ของสมาคมไฟฟ้าแสงสว่าง แห่งประเทศไทย	69
3. ระเบียบ/ค่าชดเชย	72
4. กฎหมายในต่างประเทศ	94
5. คณะทำงาน/ผู้จัดทำ	95

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การประเมินโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธีการต่าง ๆ	3
ตารางที่ 2 การประเมินพื้นฐานก่อนให้ HIV oPEP และการประเมินติดตามหลังให้ HIV oPEP	39
ตารางที่ 3 สูตรยาต้านไวรัสใน HIV oPEP*	40
ตารางที่ 4 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในกิจกรรมที่มีการปฏิบัติบ่อย	66
ตารางที่ 5 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในกิจกรรมที่มีการปฏิบัติไม่บ่อย	66
ตารางที่ 6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในหน่วยงานพิเศษ	67
ตารางที่ 7 ค่ามาตรฐานแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ของสมาคมไฟฟ้าแสงสว่าง แห่งประเทศไทย	69
ตารางที่ 8 ค่ามาตรฐานด้านแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลตามมาตรฐาน CIE (International Commission on Illumination) สำหรับโรงพยาบาล	70
ตารางที่ 9 มาตรฐานเทียบเคียงความเข้มของแสงสว่าง ณ ที่ที่ให้ลูกจ้างคนใดคนหนึ่งทำงาน ตามแนวปฏิบัติกฎกระทรวงแรงงานกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการ ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2549	71

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาเข็มทิ่มตำจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

1.1 อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดหรือของเหลวจากร่างกาย

จากข้อมูลรายงานการเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการส่งรายงานมายังกระทรวงสาธารณสุข จากหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 289 รายงาน เมื่อนำรายงานที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ จำนวน 143 รายงาน พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2552 มีผู้ที่ประสบอุบัติเหตุในขณะที่ปฏิบัติงานและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัส เป็นชาย ร้อยละ 27.3 และ หญิง ร้อยละ 72.7 โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 25-34 ปี ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ 18-24 ปี ร้อยละ 30.8 และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.7 ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพยาบาล ร้อยละ 21 รองลงมาเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา และไม่ระบุอาชีพ ร้อยละ 18.2 สำหรับสถานที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 33.6 รองลงมาเป็นห้องผ่าตัดและห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 18.9 และ 15.4 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ยังพบว่า อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากของมีคมที่คมตำหรือบาด ร้อยละ 77.6 ส่วนที่เหลือเป็นการสัมผัสถูกเลือดหรือของเหลวผู้ป่วย ร้อยละ 22.4 โดยมีบุคลากรที่ได้รับการตรวจ anti-HIV ร้อยละ 67.8 ไม่ระบุว่าได้รับการตรวจหรือไม่ ร้อยละ 28.7 และไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 3.5 ซึ่งเมื่อมีการตรวจ anti-HIV ของบุคลากรที่ประสบอุบัติเหตุแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่ผลการตรวจ anti-HIV หลังเกิดอุบัติเหตุ เป็นลบ ร้อยละ 51 รองลงมาคือไม่ได้ระบุ ร้อยละ 45.5 และไม่ได้ตรวจ ร้อยละ 2.1 ส่วนที่เป็นผลบวก และไม่ทราบผล ร้อยละ 0.7 เท่ากัน และเมื่อย้อนกลับไปดูผู้ป่วยต้นตอหรือแหล่งสัมผัส พบว่า ผู้ป่วยต้นตอหรือแหล่งสัมผัส ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจ anti-HIV มาแล้ว ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือไม่ได้ระบุ ร้อยละ 22.5 และยังไม่ได้ตรวจ ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการตรวจ anti-HIV ในต้นตอแหล่งสัมผัส พบว่าเป็นผลลบ ร้อยละ 35.7 รองลงมาคือเป็นผลบวก ร้อยละ 21.7 และไม่ทราบผล ร้อยละ 4.2 สำหรับสูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรที่ประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานนั้น ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร Zidovudine + Lamivudine ร้อยละ 47.6 รองลงมาเป็นสูตร Zidovudine + Lamivudine + Indinavir ร้อยละ 13.3 และ Zidovudine + Lamivudine + Nelfinavir ร้อยละ 10.5 ส่วนผู้ประสบอุบัติเหตุที่ไม่ได้รับยา พอเพียงร้อยละ 13.3

จากรายงานการเกิดอุบัติเหตุของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2549 พบว่า ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล ซึ่งประสบอุบัติเหตุถึงร้อยละ 52.6 รองลงมาเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ร้อยละ 17.2 และผู้ปฏิบัติงานด้านอื่น ๆ ร้อยละ 30.2 โดยส่วนใหญ่จะเป็นการเกิดอุบัติเหตุขณะใช้อุปกรณ์ ร้อยละ 37.63 รองลงมาเป็น เกิดอุบัติเหตุหลังจากใช้อุปกรณ์ก่อนที่จะนำไปกำจัด ร้อยละ 19.35 การสัมผัสถูกของเยื่อภายในร่างกาย ร้อยละ 15.05 และลักษณะอื่น ๆ ร้อยละ 28.97 ซึ่งหลังจากเกิดอุบัติเหตุ มีการติดตามผลเลือดหลังได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 72.05 และไม่มี การติดตามผลเลือดหลังได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 27.95¹

อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของบุคลากรจากการปฏิบัติงานที่ปรากฏนี้ เป็นการรวบรวมเฉพาะที่มีการรายงานมายังหน่วยงาน ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงนั้น อาจมีอุบัติเหตุและการสัมผัสเลือดหรือของเหลวมากกว่าที่ได้รับรายงาน

Julian Gold and Maggy Tomdins ได้คาดประมาณความเสี่ยงของบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ต่อการสัมผัสเลือด หรือของเหลวจากร่างกายของต้นตอแหล่งสัมผัสที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยคาดประมาณว่า ร้อยละ 4.4 (0.8 – 18.5) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้บริการทางการแพทย์ติดเชื้อจากการดูแลรักษาผู้ป่วย (occupational injuries) โดยในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งจะอยู่ในประเทศยากจนขาดแคลนทรัพยากรที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เช่น แอฟริกาใต้²

การติดเชื้อที่บุคลากรมีโอกาสติดเชื้อปฏิบัติงาน จากการสัมผัสเลือดหรือของเหลวจากร่างกาย คือ การติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี การที่จะได้รับเชื้อเหล่านี้มักเกิดจากการโดนเข็มตำของมีคมบาด การสัมผัสเลือด หรือของเหลวจากร่างกายของต้นตอแหล่งสัมผัสผ่านผิวหนังที่มีแผล หรือทางเยื่อต่างๆ เช่น ตา ปาก จมูก ความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีจากการโดนเข็มตำหรือของมีคมบาดขณะปฏิบัติงานเท่ากับ ร้อยละ 0.3 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 : 0.2 – 0.5)³ ส่วนความเสี่ยงของการได้รับเชื้อเอชไอวีผ่านทางเยื่อต่างๆ (mucous membrane) เท่ากับร้อยละ 0.09 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 : 0.006-0.5)⁴ ปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ในกรณีที่โดนเข็มตำหรือของมีคมบาดคือ อุบัติเหตุที่โดนลึก มีเลือดของผู้ติดเชื้ออยู่ที่อุปกรณ์นั้น ๆ หัตถการที่ทำการกับเส้นเลือดแดงใหญ่หรือเส้นเลือดดำ และผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อในระยะท้าย^{5,6,7}

นอกจากนี้ ความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในกรณีที่ผู้ป่วยมี HBsAg เท่ากับร้อยละ 23-62 ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยมี HBsAg เป็นบวกหรือไม่ ส่วนเชื้อไวรัสตับอักเสบบีนั้น ติดต่อผ่านการสัมผัสเลือดในขณะปฏิบัติงานได้ค่อนข้างยาก อุบัติการณ์โดยเฉลี่ยของ anti-HCV seroconversion หลังการสัมผัสทางผิวหนัง เท่ากับร้อยละ 1.8 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95:0 – 7)⁸

ปัญหาเข็มตำจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากความประมาทและขาดความตระหนักต่อผลกระทบที่จะตามมาภายหลัง การรวบรวมข้อมูลการรายงานจะดำเนินการในรูปแบบการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection) โดยที่บุคลากรที่รับผิดชอบ เช่น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น การกระจายข้อมูล ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงระบาดวิทยาจึงมีไม่มากนัก ทั้งการรายงานอุบัติเหตุในลักษณะดังกล่าวก็ได้ทำทั้งรูปแบบการเฝ้าระวังทั้งเชิงรับและเชิงรุก

1.2 การประเมินโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธีการต่าง ๆ

ตารางที่ 1 การประเมินโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธีการต่าง ๆ

วิธีการสัมผัส	โอกาสติดเชื้อต่อการสัมผัส ผู้ติดเชื้อ 10,000 ครั้ง*	โอกาสติดเชื้อต่อครั้งที่สัมผัส**
การให้เลือด	9,000	0.95
ร่วมเข็มติดยาเสพติด	67	0.0067
Receptive anal intercourse	50	0.005-0.032
เข็มทิ่มที่ผิวหนัง	30	0.0032
Receptive penile-vaginal intercourse	10	0.001-0.003
Insertive and intercourse	6.5	-
Insertive penile-vaginal intercourse	5	0.0003-0.0009
Receptive oral intercourse	1	-
Insertive oral intercourse	0.5	-
ติดเชื้อระหว่างคลอด	-	0.13-0.45
นมแม่ติดเชื้อเอชไอวี	-	0.00001-0.00004

หมายเหตุ การคาดประมาณการติดเชื้อกรณีที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย

*CDC 2005

**American Academy of Pediatric PEP in Children and Adolescents for Non-occupational Exposure to Virus 2003

1.3 คำนิยาม / คำจำกัดความ

1.3.1 เลือด หมายถึง เลือดของมนุษย์ ส่วนประกอบของเลือดมนุษย์ และผลผลิตซึ่งเกิดจากเลือดของมนุษย์

1.3.2 สารคัดหลั่ง หมายถึงของเหลวในร่างกายของมนุษย์ ได้แก่ อสุจิ ของเหลวในช่องคลอด ของเหลวในไขสันหลัง ของเหลวในไขข้อ ของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด ของเหลวในช่องท้อง น้ำคร่ำ น้ำลาย และของเหลวในร่างกายใดๆ ที่ไม่ปนเปื้อนกับเลือด⁹

1.4 เชื้อโรคที่เกิดจากการแพร่เชื้อจากของมีคมบาดในสถานพยาบาล มีอะไรบ้าง

เชื้อโรคที่อาจเกิดขึ้นได้จากของมีคมบาด ได้แก่ไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis A virus) ไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus) ไวรัสตับอักเสบบีซี (hepatitis C virus) และไวรัสโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (human immunodeficiency virus, HIV)

เอกสารอ้างอิง

1. Kantipong P. Management of HCWs exposure to HIV and post-exposure prophylaxis (PEP). Chiangrai: Chiangrai Regional Hospital;2007
2. World Health Organization. Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection;2005
3. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. AmJMed1997; 102(5B):9–15.
4. Ippolito G, Puro V, De Carli G; Italian Study Group on Occupational Risk of HIV infection. The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers: Italian multicenter study. Arch Intern Med1993;153(12):1451–1458.
5. นคร เปรมศรี และคณะ. แนวทางสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรหลังสัมผัสกับเลือดและของเหลวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ในโครงการวิจัย RV144 และRV152 กรุงเทพมหานคร : สำนักโครงการวัคซีนเอดส์
6. ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในขณะปฏิบัติงาน. กรุงเทพมหานคร:โรงพยาบาลรามาริบัติ;
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในขณะปฏิบัติงาน; 2547.
8. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย 2547.
9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แนวทางการดูแลรักษาและป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย 2557

บทที่ 2

นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงสูงต่อการที่จะได้รับอุบัติเหตุที่เกิดจากเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด ซึ่งอาจเกิดได้ในโรงพยาบาล ในสหรัฐประมาณกันว่ามีอุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นมากกว่าวันละ 1000 ครั้ง¹ และมีมากกว่านี้ในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะยาว (Nursing home) และการดูแลผู้ป่วยตามบ้าน วิชาชีพที่ถูกเข็มทิ่มตำมากที่สุดคือพยาบาล (43%) แพทย์ (28%) และเทคนิคการแพทย์ (15%) การถูกเข็มทิ่มตำเกิดขึ้นได้ในหลายขั้นตอน เช่นระหว่างการใช้ (41%) หลังการใช้ (40%) และระหว่างทิ้งหรือหลังทิ้งไปแล้ว (15%) สาเหตุอื่นๆมีประมาณ 4% เนื่องจากความเสี่ยงจากเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งเป็นความเสี่ยงทางชีวภาพชนิดหนึ่งบทความนี้จึงเป็นการทบทวนนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความเสี่ยงทางชีวภาพในบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีสมมุติฐานว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่สังกัดในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของ กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานทางวิชาการที่มีภารกิจในการ ประสานและ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค แต่ไม่ได้เป็นหน่วยงานที่อยู่ในสายการบังคับบัญชาของบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง

กรมควบคุมโรคโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เนื่องจากภายในหน่วยงานบริการดังกล่าวมีสิ่งที่เป็นอันตรายแอบแฝงอยู่ซึ่งเกิดจากกระบวนการทำงานซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาลและรวมไปถึงผู้รับบริการด้วย

ในปีงบประมาณ 2550 จึงได้เริ่มมีโครงการพัฒนางานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล² ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโรงพยาบาลให้ก้าวไปสู่มาตรฐานการบริการของโรงพยาบาล (Hospital accreditation) โครงการดังกล่าว ประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้บุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยงในการทำงาน และนำข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

คู่มือของโครงการดังกล่าวระบุว่า “สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในโรงพยาบาล” ที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ ทางชีวภาพ ทางเคมี ทางกายศาสตร์ และทางจิตวิทยาสังคม เป็นต้น เข็มทิ่มตำจัดเป็นสาเหตุของสิ่งคุกคามทางชีวภาพ เช่นเป็นสาเหตุของการติดเชื้อไวรัสซึ่งทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคตับอักเสบบี และซี เป็นต้น โดยมีกลุ่มเสี่ยงได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องในแผนกต่างๆ

หลักสำคัญของการประเมินความเสี่ยงในโรงพยาบาลคือทำการสำรวจค้นหาความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ประเมินความเสี่ยง และจัดทำนโยบายเพื่อควบคุมความเสี่ยง เป็นต้น

นโยบายของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เป้าหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล³ คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีภารกิจในการจัดทำมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยครอบคลุมการทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

ระดับของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีผลต่อการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม นั่นคือเมื่อผ่านกระบวนการรับรองแล้ว จะได้รับค่าบริการเพิ่มขึ้นในอัตราแปดสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน จึงมีสภาพกึ่งบังคับ⁴ สำหรับโรงพยาบาลทุกแห่งที่รับผู้ป่วยประกันสังคม

ความเสี่ยงจากการถูกเข้มงวดมากขึ้น รวมทั้งอันตรายอื่นๆจากการปฏิบัติงานถูกจัดอยู่ใน **ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลพยาบาลและบริการสุขภาพ, ตอนที่ II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ** ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือเน้นที่ความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ แต่ก็มีผลให้เกิดการดูแลความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงานเช่นเดียวกัน โดยมีรายละเอียดอยู่ในมาตรฐาน ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย เช่น

- มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
- มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มุ่งปกป้องผู้ป่วย/ผู้มารับบริการจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- จัดให้มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ในการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน
- มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสมเป็นต้น

นอกจากนี้ใน **ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง** ยังได้กล่าวถึงสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Working environment) ของบุคลากรว่า “การทำเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.”

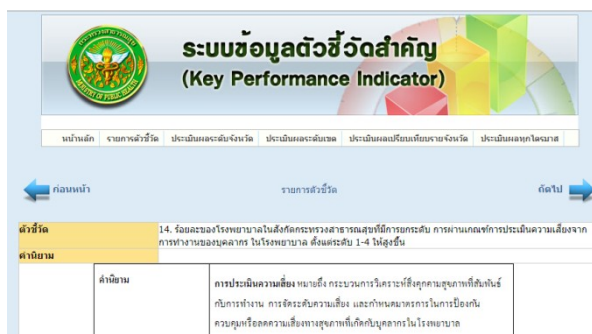
จะเห็นว่าจุดเด่นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือวางระบบเฝ้าระวังภายในองค์กร และเน้นที่นำข้อมูลไปใช้ในการลดความเสี่ยงภายในองค์กรโดยตรง แต่จุดเน้นอยู่ที่ความปลอดภัยของผู้รับบริการมากกว่าผู้ให้บริการ

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

นโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสถานพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ และรับผิดชอบโดยตรงต่อการปฏิบัติงานต่างๆ โดยมีสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นหน่วยงานซึ่งกำกับนโยบายและตัวชี้วัด

ในระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของปี 2555¹ ข้อที่ 14 กล่าว



ว่า⁵ “ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการยกระดับ การผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการดำเนินงานของบุคลากร ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ 1-4 ให้สูงขึ้น” ซึ่งในการประเมินความเสี่ยงดังกล่าวจะต้องประเมินตามสิ่งคุกคามที่สำคัญเช่นสิ่งคุกคามทางเคมี กายภาพ การยศาสตร์ และชีวภาพ สิ่งคุกคามทางชีวภาพที่

สำคัญคือการติดเชื้อจากเข็มที่ตนเอง แต่ในปี 2557 ไม่มีตัวชี้วัดในประเด็นนี้

มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย

จากการศึกษาบทวนกฎหมายภายในประเทศ ไม่พบว่ามียกเว้นการดำเนินการติดเชื้อจากเข็มที่มิด้าโดยเฉพาะ ดังนั้น จึงขอกล่าวถึงมาตรการทางกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้อง 2 ประการ คือ 1) มาตรการในการป้องกัน และ 2) มาตรการในการเยียวยา

1. มาตรการในการป้องกัน

กฎหมายว่าด้วยอาชีวอนามัย

โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทยต้องดำเนินการภายใต้ **พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554** กล่าวคือถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนจะต้องอยู่ภายใต้กฎหมายนี้โดยตรง สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ กฎหมายนี้มีได้บังคับใช้ต่อส่วนราชการโดยตรง แต่มีข้อบัญญัติว่า⁶ “ให้ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และกิจการอื่นตามที่



พระราชบัญญัติ
ความปลอดภัย อาชีวอนามัย
และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
พ.ศ. ๒๕๕๔

กำหนดในกฎกระทรวงตามวรรคหนึ่ง จัดให้มีมาตรฐานในการบริหาร และการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงานในหน่วยงานของตนไม่ต่ำกว่ามาตรฐานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานตามพระราชบัญญัตินี้ ” ซึ่งกระทรวงแรงงานได้มีการกำกับให้ส่วนราชการต่างๆ ปฏิบัติตามกฎหมายนี้ ตั้งแต่ปลายปี 2556 โดยหากส่วนราชการใดไม่ปฏิบัติตาม กฎหมายนี้ ผู้บังคับบัญชาจะมีความผิดทางวินัย ดังนั้นสถานพยาบาล ทุกแห่งจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายนี้และยังต้องปฏิบัติตาม

¹ ตัวชี้วัดข้อนี้ไม่ปรากฏในปี 2557

กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2549⁷ ประกอบกับ กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553⁸

เนื่องจากเป็นหน่วยราชการที่มีการดำเนินการเข้าข่ายประเภทกิจการเฉพาะ ซึ่งมีข้อบังคับที่เป็นประโยชน์ในการควบคุมความเสี่ยงหลายข้อ เช่นการกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น

ในพระราชบัญญัติดังกล่าว มาตรา 6 ระบุว่า “ให้นายจ้างมีหน้าที่จัดและดูแลสถานประกอบกิจการและลูกจ้างให้มีสภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานของลูกจ้างมิให้ลูกจ้างได้รับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสุขภาพอนามัย”

และในมาตรา 14 กล่าวว่า “ในกรณีที่นายจ้างให้ลูกจ้างทำงานในสภาพการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจทำให้ลูกจ้างได้รับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพอนามัย ให้นายจ้างแจ้งให้ลูกจ้างทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานและแจกคู่มือปฏิบัติงานให้ลูกจ้างทุกคนก่อนที่ลูกจ้างจะเข้าทำงาน เปลี่ยนงาน หรือเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ” และยังมีข้อกำหนดว่า “เพื่อประโยชน์ในการควบคุม กำกับ ดูแลการดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ให้นายจ้างดำเนินการดังต่อไปนี้

- (1) จัดให้มีการประเมินอันตราย
- (2) ศึกษาผลกระทบของสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อลูกจ้าง
- (3) จัดทำแผนการดำเนินงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานและจัดทำแผนการควบคุมดูแลลูกจ้างและสถานประกอบกิจการ
- (4) ส่งผลการประเมินอันตราย การศึกษาผลกระทบ แผนการดำเนินงานและแผนการควบคุมตาม (1) (2) และ (3) ให้อธิบดีหรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมาย” (สำหรับการประยุกต์ใช้กับส่วนราชการต่างๆ อธิบดี หมายถึงอธิบดีของหน่วยงานนั้นๆ)

2. มาตรการในการแก้ไขเยียวยา

มาตรการแก้ไขเยียวยาผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ติดเชื้อจากเข็มที่มดตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง ภายใต้บทบัญญัติของกฎหมาย จำแนกเป็น 3 ประการ ดังนี้

2.1 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545⁹

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายคำว่า“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของ สภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่ คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 18 (4) ประกอบกับมติ การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2556 ได้ออกข้อบังคับคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความ เสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2556 เพื่อคุ้มครองผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายเนื่องจากการ ให้บริการด้านสาธารณสุข

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2556¹⁰ ข้อ 4 ให้ความหมายคำว่า

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการสาธารณสุขตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และให้หมายรวมถึงการให้การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ สาธารณสุขแก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับเชื้อเนื่องจากถูกเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง ถือเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขอย่างหนึ่ง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานหรือทายาทจึงมีสิทธิ ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด หรือสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย และผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับความ เสียหาย ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนดในข้อบังคับ ฯ และแนวทางการพิจารณาคำร้องกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการ ให้บริการ¹¹

2.2 พระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติ ราชการ พ.ศ. 2546¹² ประกอบกับระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547¹³ และ หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ สร. 0403/ว.128 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2510 เรื่อง เงินค่า ทำขวัญและค่ารักษาพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว¹⁴ รวมทั้งประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ของพนักงานราชการ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2552¹⁵

กรณีข้าราชการหรือลูกจ้างชั่วคราวของทางราชการได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยจากการติด เชื้อจากเข็มทิ่มตำของมีคมและการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง เพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่มีสิทธิ ได้รับการรักษาพยาบาลโดยรัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย สามารถยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ในกรณีที่ตนได้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน หรือการขอให้ทางราชการออกหนังสือรับรองการมีสิทธิ ได้รับเงินช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในของสถานพยาบาลทางราชการ

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานของบุคลากร

โดยยื่นคำขอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น เป็นไปตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546 ประกอบระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547 และหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ สร. 0403/ว.128 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2510 เรื่อง เงินค่าทำขวัญและค่ารักษาพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว

ส่วนกรณีที่พนักงานราชการได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำของมีคมและการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งเนื่องจากการทำงานให้ราชการ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราการจ่ายเงินทดแทนในหมวด 2 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ของพนักงานราชการ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2552

ทั้งนี้ กรณีที่ข้าราชการ พนักงานราชการ หรือลูกจ้างชั่วคราวดังกล่าวสงสัยว่าตนติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ให้ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ฯ ดังจะได้กล่าวต่อไปในข้อ 2.3

2.3 ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ.2540¹⁶ และระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2542¹⁷ ประกอบกับระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2550¹⁸

“การปฏิบัติหน้าที่ ” หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการกำจัดโรค ตลอดจนการชันสูตร ศึกษา ค้นคว้า ทดลอง วิจัย และวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การเข้ารับการศึกษาอบรมตามหลักสูตรทางการแพทย์ และสาธารณสุขของสถาบันการศึกษาของทางราชการ และให้หมายความรวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ ให้การดูแลหรือควบคุมผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยงานอื่นของทางราชการ นอกเหนือจากหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีลักษณะที่เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

“หน่วยบริการ ” หมายความว่า หน่วยงานของทางราชการที่ดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุขและให้รวมถึงหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยงานอื่นของทางราชการที่ต้องการให้การดูแลหรือควบคุมผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์

“เจ้าหน้าที่ ” หมายความว่า ข้าราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการแต่ละประเภท ลูกจ้างตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายค่าจ้างลูกจ้างของส่วนราชการ ซึ่งได้รับเงินเดือนค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายของส่วนราชการที่สังกัดและได้ปฏิบัติหน้าที่ตามระเบียบนี้ เว้นแต่ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ซึ่งมีสัญญาจ้าง

ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบนี้ ได้แก่

- (1) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หรือนิสิตนักศึกษา ซึ่งติดเชื้ออันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จำนวนไม่เกิน 1.5 ล้านบาท
- (2) คู่สมรสของบุคคลตามข้อ (1) ซึ่งติดเชื้อโรคเอดส์จากบุคคลดังกล่าว ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนไม่เกิน 5 แสนบาท
- (3) บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของบุคคลตาม (1) ซึ่งติดเชื้อโรคเอดส์จากบุคคลดังกล่าว ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนไม่เกินคนละ 3 แสนบาท

กรณีเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งนักศึกษาที่เข้ารับการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามหลักสูตรทางการแพทย์และการสาธารณสุข สงสัยว่าตนติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ ให้รายงานต่อผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อได้รับการรายงานให้หัวหน้าหน่วยบริการหรือผู้ได้รับมอบหมายจัดให้มีการตรวจเลือดบุคคลดังกล่าวในทันที หรืออย่างช้าภายใน 72 ชั่วโมง โดยหัวหน้าหน่วยบริการต้องรายงานผลการตรวจเลือด และเสนอความเห็นต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นจนถึงหัวหน้าส่วนราชการ เมื่อหัวหน้าส่วนราชการได้รับรายงานดังกล่าวให้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อพิจารณาสอบสวนและเสนอความเห็นเกี่ยวกับสิทธิและจำนวนเงินสงเคราะห์ที่ผู้ติดเชื้อจะได้รับ ทั้งนี้ หัวหน้าส่วนราชการเป็นผู้มีอำนาจในการสั่งจ่ายเงินสงเคราะห์

การจ่ายเงินสงเคราะห์ ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ.2540 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2.4 พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537¹⁹ มาตรา 5 ให้ความหมายคำว่า

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้น ตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“เงินทดแทน” หมายความว่า เงินที่จ่ายเป็นค่าทดแทน ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน และค่าทำศพ

ภายใต้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 14 ได้ออกประกาศกระทรวงแรงงาน²⁰ เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน “ข้อ 3 กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานไว้ดังต่อไปนี้... (3) โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางชีวภาพ ได้แก่ โรคติดเชื้อ หรือโรคปรสิตเนื่องจากการทำงาน”

ทั้งนี้ การพิจารณาว่า เป็นโรคเนื่องจากการทำงานหรือไม่ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน

ดังนั้น เมื่อผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของเอกชน ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย เนื่องจากติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จึงมีสิทธิได้รับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 โดยในการขอรับเงินทดแทนนายจ้างและลูกจ้างมีหน้าที่ ดังนี้

หน้าที่ของนายจ้าง

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 13 บัญญัติว่า “เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้า”

มาตรา 48 บัญญัติว่า “เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย”

วิธีปฏิบัติในการส่งลูกจ้างเข้ารับรักษา²¹

1. นายจ้างต้องแน่ใจว่าลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเนื่องจากการทำงานจริง
2. ให้นายจ้างกรอกข้อความในแบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล (กท.44) ซึ่งชุดหนึ่งมี 2 แผ่น โดยให้ลูกจ้างนำไปแสดงต่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกองทุนเงินทดแทนทำความตกลงไว้
3. ให้นายจ้างส่งสำเนาแบบ (กท.44) ไปยังสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด พร้อมแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (กท.16) และใบรับรองแพทย์

หน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของเอกชนเมื่อประสบอันตรายจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง เนื่องจากการทำงาน

1. รีบแจ้งนายจ้างทันทีที่ประสบอันตราย แม้จะเป็นการประสบอันตรายเพียงเล็กน้อยก็ต้องแจ้ง เพราะอาจจะมีอาการกำเริบมากขึ้นได้ในภายหลัง
2. กรอกข้อความหรือตรวจสอบรายละเอียดให้ถูกต้อง และลงลายมือชื่อในแบบแจ้งการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (กท.16) ในส่วนของลูกจ้าง
3. ต้องรักษาพยาบาลกับแพทย์ปัจจุบันชั้น 1

4. ถ้าลูกจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้ว ให้รับนำใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล มาเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดแล้วแต่กรณี

5. ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายหลังการสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง ให้ลูกจ้างยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน (กท.16) ได้ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบการเจ็บป่วย

สรุป

นโยบายของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีลักษณะที่สนับสนุนการควบคุมความเสี่ยงของการให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงการควบคุมอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำด้วย โดยมีหน่วยงานที่ร่วมสนับสนุนคือสำนักงานประกันสังคมส่วนแนวทางของกรมควบคุมโรคเป็นเสมือนข้อเสนอแนะทางวิชาการสำหรับการลดความเสี่ยงดังกล่าว

พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ มีผลบังคับใช้กับสถานพยาบาลทุกแห่ง โดยมีการควบคุมกำกับให้มีการลดความเสี่ยงในการทำงานโดยเฉพาะในส่วนของกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2549 และกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553

ผู้ปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2556

ข้าราชการหรือลูกจ้างชั่วคราวของทางราชการ ซึ่งได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำของมีคมและการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง เพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยรัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย สามารถยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่ตนได้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน หรือการขอให้ทางราชการออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในของสถานพยาบาลทางราชการ ส่วนพนักงานราชการ มีสิทธิได้รับเงินทดแทนตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ตาม พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 ทั้งนี้ หากเจ้าหน้าที่ดังกล่าวติดเชื้อโรคเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ เจ้าหน้าที่ผู้นั้น คู่สมรสที่ติดเชื้อ และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ติดเชื้อ มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ.2540 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของเอกชน เมื่อเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน มีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537

เอกสารอ้างอิง

- ¹ CDC Preventing Needlesticks and Other Sharps Injuries... Everything You Need to Know. [Internet]. 2014 [cited 2014 Feb 2]. Available from:
<http://www.cdc.gov/sharpsafety/PPT/2PreventingNeedlesticksPartI.ppt>
- ² สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. 2554)
- ³ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี, 2554.
- ⁴ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน. [Internet]. 2014 [cited 2014 Feb 2]. Available from
http://www.isosmartpro.com/private_folder/Law_April_pdf55/1502.pdf
- ⁵ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (Key Performance Indicator). [Internet]. 2014 [cited 2013 April 28]. Available from
<http://healthdata.moph.go.th/kpi/index.php>
- ⁶ กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔. [Internet]. 2014 [cited 2014 Feb 2]. Available from:
<http://www.labour.go.th/th/doc/law/safety-statute-2554.pdf>
- ⁷ กฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔. [Internet]. 2014 [cited 2014 Feb 2]. Available from:
<http://www.labour.go.th/th/index.php/labour-laws/6284-2556-12-23-08-12-22>
- ⁸ กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553. [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 24]. Available from:
http://www.labour.go.th/th/webimage/images/law/doc/safty_work_environment_2553_2.pdf
- ⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๙/ตอนที่ ๑๑๖ ก/หน้า ๑/๑๘ พุศฉีกายน ๒๕๔๕
- ¹⁰ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๖ ราชกิจจานุเบกษา /เล่ม ๑๓๐ /ตอนพิเศษ ๑๘๐ ง /หน้า ๒๕/ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๖
- ¹¹ แนวทางการพิจารณาคำร้องกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.๔.๐๓/ว ๑๕๒ ลงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๖
- ¹² พระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546

- ¹³ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ.2547
- ¹⁴ หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ สร.0403/ว.128 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2510 เรื่อง เงินค่าทำขวัญและค่ารักษาพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว
- ¹⁵ ประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ของพนักงานราชการ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2552
- ¹⁶ ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๔๐
- ¹⁷ ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๔๒
- ¹⁸ ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๐ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔ /ตอนพิเศษ ๑๙๙ ง/หน้า ๖ /๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๐
- ¹⁹ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.๒๕๓๗ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๑/ตอนที่ ๒๘ ก/หน้า ๓/๓๐ มิถุนายน ๒๕๓๗
- ²⁰ ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน ราชกิจจานุเบกษา/ เล่ม ๑๒๔ /ตอนพิเศษ ๙๗ ง /หน้า ๙ /๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๐
- ²¹ สำนักงานประกันสังคม [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 24]. Available from: <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?media=print&lang=th&cat=943>

บทที่ 3

ลักษณะงานและปัจจัยที่เสี่ยง และการดำเนินงานอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

ลักษณะงานที่เสี่ยงต่อเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ลักษณะงานที่เสี่ยงต่อเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง

ลักษณะและกิจกรรมการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้น มี งานที่เสี่ยงต่อการถูกเข็มหรืออุปกรณ์ แหลมคมทิ่มตำจากหลายกิจกรรมที่มีการใช้เข็มหรืออุปกรณ์เครื่องมือแหลมคมในการทำหัตถการในแผนกต่าง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา กิจกรรมที่พบเห็นได้บ่อย ได้แก่ การฉีดยา (ประกอบด้วย ขั้นตอน การหักหลอดยา การเตรียมยาฉีดยา การดยา การสวมปลอก กะบัง) การทำแผล การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการทำหัตถการอื่น ๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้พบอยู่เกือบทุกแผนกในโรงพยาบาล ยกตัวอย่าง เช่น

แผนกฉุกเฉิน มีกิจกรรมการให้บริการดูแล รักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต มีการทำแผลฉีดยา ผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแหลมคม การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำและการสัมผัสสารคัดหลั่งได้

หน่วยจ่ายกลาง มีการรับอุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้แล้วจากหน่วยงานต่างๆ มีการล้างทำความสะอาด อุปกรณ์ต่าง ๆ หน่วยจ่ายกลางมีความเสี่ยง จากในการทำงานที่สัมผัสของมีคม เช่น ก่อนล้างทำความสะอาด เครื่องมือต้องมีการแยกอุปกรณ์ เครื่องมือที่มีขนาดเล็กมีคมเพื่อแยกล้างเฉพาะและเครื่องแก้วและเครื่องยาง บุคลากรอาจได้รับการบาดเจ็บจากของมีคมทิ่มตำ

ห้องปฏิบัติการ มีกิจกรรมการเจาะเลือด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจหาเชื้อจากสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำและสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วยจากสิ่งส่งตรวจได้

ห้องผ่าตัด มีการทำหัตถการ/การผ่าตัดที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่มีความคมในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบุคลากรถูกของมีคมทิ่มตำและสารคัดหลั่งกระเด็นขณะปฏิบัติงาน

3.2 ปัจจัยสภาพแวดล้อมการทำงานที่เกี่ยวข้อง

การเกิดอุบัติเหตุเข็มตำหรือของมีคมบาด มีสาเหตุสำคัญหลายประการ ได้แก่ด้านผู้ปฏิบัติงานขาดการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน และด้านการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงความไม่พร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ เป็นต้น โดยในส่วนนี้จะกล่าวถึงการเกิดอุบัติเหตุเข็มตำหรือของมีคมบาด มีสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ที่มีศักยภาพที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพผู้ปฏิบัติงานซึ่งอาจมีผลต่อชีวิต การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงรุนแรง และมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ

ปัจจัยสภาพแวดล้อมการทำงาน ประกอบด้วย

3.2.1 ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical health hazards)

หมายถึง การทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีความร้อน ความเย็น เสียงดัง ความสั่นสะเทือน แสงสว่าง ความกดบรรยากาศสูง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพคนทำงาน สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ ที่พบ ได้แก่

3.2.1.1 แสงสว่าง

แสงสว่าง นับเป็นพลังงานรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตปัจจุบัน นอกจากการใช้ประโยชน์ของแสงสว่างในการมองเห็น อันเป็นกลไกของระบบประสาทสัมผัสหนึ่งที่ทำให้มนุษย์รับรู้และประมวลผล แสงสว่างเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดกิจกรรมการดำเนินการ การปฏิบัติงานต่างๆ เป็นได้ด้วยดี

การจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการมองเห็นอย่างชัดเจนถูกต้อง และเกิดความสบาย จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการจัดการแสงสว่างให้ถูกต้องเหมาะสมกับลักษณะงานนั้นๆ โดยแสงสว่างนั้นต้องมีปริมาณ ความเข้มข้นแสงที่เหมาะสมและมีคุณภาพสำหรับการมองเห็น งานบางชนิดที่มีขนาดเล็กมากหรือต้องการความละเอียดสูง ก็จำเป็นต้องใช้แสงสว่างที่มีความเข้มข้นมากกว่างานที่มีขนาดใหญ่หรือประกอบหลายๆ และแสงสว่างนั้นต้องมีคุณภาพ ไม่ก่อการส่องสว่างที่รบกวนตาและลานสายตา ปัญหาและอันตรายที่เกิดจากแสงสว่างและผลกระทบต่อผู้ทำงาน สามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือปัญหาและอันตรายที่เกิดจากแสงสว่างและผลกระทบต่อผู้ทำงาน สามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

1) แสงสว่างที่น้อยเกินไป จะมีผลเสียต่อสายตา ทำให้กล้ามเนื้อตาทำงานมากเกินไป โดยบังคับให้ม่านตาเปิดกว้างเพราะการมองเห็นนั้นไม่ชัดเจน ต้องใช้เวลาในการมองรายละเอียดนั้น ทำให้เกิดการเมื่อยล้าของตาที่ต้องเพ่งออกมา ปวดตา มีนัยต้อ ประสิทธิภาพของขั้วและกำลังในการทำงานลดลง การหยิบจับใช้เครื่องมือเครื่องจักรผิดพลาดเกิดอุบัติเหตุขึ้น หรือไปสัมผัสส่วนที่เป็นอันตราย

2). แสงสว่างที่มากเกินไป จะทำให้ผู้ทำงานเกิดความไม่สบาย เมื่อยล้า ปวด แสบตา มีนัยต้อ วิงเวียน และอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้

3) แสงจ้า แสงจ้าตาที่เกิดจากแหล่งกำเนิดโดยตรง (Direct glare) หรือแสงจ้าตาที่เกิดจากการสะท้อนแสง (Reflected glare) จากวัสดุที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น ผนังห้อง เครื่องมือ เครื่องจักร โต๊ะทำงาน เป็นต้น จะทำให้ผู้ทำงานเกิดความไม่สบาย เมื่อยล้า ปวดตา มีนัยต้อ กล้ามเนื้อหนังตากระตุก วิงเวียน นอนไม่หลับ การมองเห็นแย่ง นอกจากนี้อาจก่อให้เกิดผลทางจิตใจ คือเบื่อหน่ายในการทำงาน ขี้หงุดหงิดและกำลังในการทำงานลดลง เป็นผลทำให้เกิดอุบัติเหตุได้เช่นเดียวกัน

การจัดแสงสว่างอย่างเหมาะสมในสถานที่ทำงาน

การจัดแสงสว่างในสถานประกอบการให้มีสภาพเหมาะสม ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญในเรื่อง การเลือกระบบแสงสว่างและแหล่งกำเนิดแสงสว่าง ลักษณะห้องหรือพื้นที่ใช้งานคุณภาพ และปริมาณของแสงสว่าง

การดูแลบำรุงรักษาระบบแสงสว่างการปรับปรุงระบบแสงสว่างในบริเวณการทำงาน หรือมีแสงสว่างในสถานที่ทำงานไม่เพียงพอสามารถเลือกพิจารณาแก้ไขตามความเหมาะสม นอกจากนี้ควรจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย โดยให้แสงสว่างในหน่วยงานควรมีค่าความเข้มของแสงสว่าง ตามมาตรฐาน บริเวณที่จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการต้องกำหนดเป็นเขตสะอาด และบริเวณที่ทำหัตถการมีพื้นที่กว้างขวางเพียงพอ

สำหรับ มาตรฐานของแสงสว่างในการทำงานในโรงพยาบาลนั้น มีมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่ามาตรฐานแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลของสมาคมไฟฟ้าแสงสว่างแห่งประเทศไทย ค่ามาตรฐานด้านแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลตามมาตรฐาน CIE (International Commission on Illumination) สำหรับโรงพยาบาล และมาตรฐานเทียบเคียงความเข้มของแสงสว่าง ณ ที่ที่ให้อุบัติการณ์ใดคนหนึ่งทำงานตามแนวปฏิบัติกฎกระทรวงแรงงานกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2549 ซึ่งมาตรฐานเหล่านี้ไม่ได้ระบุลักษณะกิจกรรมเฉพาะของการใช้ เข็มหรืออุปกรณ์แหลมคมในการทำหัตถการ โดยได้กำหนดเป็นพื้นที่ เช่น พื้นที่ตรวจโรคทั่วไป ห้องตรวจโรค ควรมีระดับความเข้มของแสงไม่ต่ำกว่า 500 ลักซ์ ห้องผ่าตัด ควรมีระดับความเข้มของแสงไม่ต่ำกว่า 1,000 ลักซ์ หรือพิจารณาเทียบเคียงการใช้สายตาตามลักษณะงานละเอียดปานกลาง หรืองานละเอียดสูง ซึ่งมีระดับความเข้มของแสงไม่ต่ำกว่า 600 ลักซ์ และ 800 ลักซ์

3.2.1.2 ความร้อน (Heat)

ปัญหาความปลอดภัยบางอย่างเป็นผลจากความร้อน พบว่าการทำงานในที่ที่มีความร้อน เช่น แพนก ซ่อมบำรุง แพนกชักฟอก/ซักริด แพนกโภชนาการ เป็นต้น ทำให้มีแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุ มากกว่าการทำงานในสภาพอากาศปกติ การปฏิบัติงานในที่ที่มีความร้อนดังกล่าว ส่งผลให้ความตื่นตัวและความสามารถส่วนบุคคลลดลง นอกจากนี้อุณหภูมิของร่างกายที่สูงขึ้น ร่วมกับการทำงานในสถานที่ที่ไม่สบาย ก่อให้เกิดความรำคาญ และภาวะเครียดทางอารมณ์ อ่อนเพลีย ล้า ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ปฏิบัติงานมองข้ามความปลอดภัย หรือไม่ใส่ใจงานที่เป็นอันตราย ก่อให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ การลดอันตรายจากความเครียดที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากความร้อน ใช้วิธีการลดความร้อนในร่างกายลงขณะปฏิบัติงานหน้า ที่ และการออกแบบงานให้ง่ายต่อการทำงาน หรือการลดช่วงเวลาในการทำงานให้น้อยลง

3.2.1.3 เสียงดัง (Noise)

เสียงดัง และเสียงรบกวน ส่วนมากพบในแผนกทันตกรรม แผนกซ่อมบำรุง แผนกชักฟอก/ซักริด แผนกโภชนาการ ฯลฯ มีรายละเอียดดังนี้

1) **เสียงดัง** หมายถึงเสียงที่ไม่พึงปรารถนา หรือเสียงที่มีความดัง เกิดจากคลื่นเสียงสั่นสะเทือนอย่างรวดเร็วในอากาศ สามารถตรวจวัดได้โดยใช้เครื่องมือวัดเสียง หน่วยที่วัดความเข้มเสียงคือ เดซิเบล (Decibel) การสัมผัสเสียงดังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย เช่น มีผลต่อการทำงานของ Cardiovascular Endocrine Neurological และสรีระของร่างกาย เสียง (Noise) เป็นเสียงที่คนไม่ต้องการได้ยิน อาจมีผลเสียต่อสุขภาพ ผลเสียทางด้านจิตใจ ทำให้ตกใจ รำคาญ รบกวนการพักผ่อนและการทำงาน มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและความปลอดภัยในการทำงาน เสียงดังทำให้เกิดการรบกวนการพูด การสื่อ

ความหมาย และกลบเสียงสัญญาณต่าง ๆ ผลเสียทางด้านร่างกาย ทำให้สูญเสียการได้ยิน ทำให้ปวดแก้วหูในกรณีได้รับเสียงดังมาก

2) เสียงรบกวน หมายถึง ระดับเสียงที่ผู้ฟังไม่ต้องการจะได้ยิน เพราะสามารถกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกได้แม้จะไม่เกินเกณฑ์ ที่เป็นอันตราย แต่ก็ยังเป็นเสียงรบกวนที่มีผลต่อผู้ฟังได้ การใช้ความรู้สึกทำการวัดได้ยากกว่า เป็นเสียงรบกวนหรือไม่เช่น เสียงดนตรีที่ดังมาก ไม่ทำให้ผู้ที่เข้าไปเที่ยวรู้สึกว่าเป็นเสียงรบกวน แต่ในสถานที่ต้องการความสงบ เช่น ห้องสมุดเสียงพูดคุยตามปกติที่มีความดัง ประมาณ 60 เดซิเบลเอ ก็ถือว่าเป็นเสียงรบกวนได้ ทำให้เกิดความรำคาญ รู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจ เกิดความเครียดทางประสาท รบกวนต่อการพักผ่อนนอนหลับ และการติดต่อสื่อสาร ทำให้ขาดสมาธิ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และถ้าเสียงดังมากอาจทำให้ทำงานผิดพลาดหรือเชื่องช้าจนเกิดอุบัติเหตุได้

ทั้งนี้กฎหมายแรงงานระบุให้ต้องควบคุมระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน (Time Weighted Average-TWA) มีให้เกินมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวง ในกรณีที่สภาวะการทำงานในสถานประกอบกิจการมีระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานแปดชั่วโมง ตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป ให้นายจ้างจัดทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบกิจการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่อธิบดีประกาศกำหนด

3.2.2 ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการยศาสตร์ (Ergonomics)

สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ หมายถึง สิ่งคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้นจากท่าทางการทำงานที่ผิดปกติ หรือ ผิดธรรมชาติ การทำงานซ้ำซาก การทำงานที่กล้ามเนื้อออกแรงมากเกินไปเกินความสามารถในการรับน้ำหนัก การนั่งหรือยืนทำงานที่สถานงานออกแบบไม่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน การใช้เครื่องมือที่ออกแบบไม่ดี ผลจากการทำงานในลักษณะดังกล่าว เป็นระยะเวลานานแล้ว ยิ่งก่อให้เกิดความล้าจากการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน ก่อให้เกิดความไม่สบาย การบาดเจ็บ เจ็บป่วย และเกิดอุบัติเหตุได้

3.2.3 ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางจิตวิทยาสังคม (Psychosocial health hazards)

หมายถึงสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นตัววัตถุดิบ (ทั้งปริมาณและคุณภาพ) สภาพการบริหารภายในองค์กร เช่น ขาดการสอน ฝึกอบรม สร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ ขาดการวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน การบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ ความรู้ความสามารถของบุคลากร ความต้องการพื้นฐาน วัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรม ตลอดจนสภาพแวดล้อมนอกงานที่ทำให้เกิดการรับรู้และประสบการณ์ ความปรารถนา ความเร่งรีบ ขาดความตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงาน ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน สิ่งเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวตลอดเวลา ยังผลทำให้เกิดผลงาน (Work performance) ความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) สุขภาพทางกายและจิต ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยข้างต้น การตอบโต้ความต้องการต่าง ๆ ที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อร่างกายเรียกว่า ความเครียด ระดับของความเครียดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นกับ ความสามารถของคนที่จะปรับร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพสมดุลเพียงใด โดยทั่วไปหากมีความเครียดมาก จะมีผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงตามความเครียดมีผลกระทบต่อทัศนคติ และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงาน

3.3 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเป็นบริการที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ที่สมบูรณ์ รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขสภาพงานให้เหมาะสมกับความสามารถทางร่างกายและจิตใจของผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพ (ILO convention 161, 1985) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ถือว่าเป็นกลุ่มผู้ประกอบอาชีพภาคบริการกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะการทำงานเฉพาะ ได้แก่ การสัมผัสเชื้อโรค สารคัดหลั่งและเลือดจากผู้ป่วย สัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการทำมาสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อโรค ก๊าซที่ใช้ในการอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือก๊าซที่ใช้ในห้องผ่าตัด การเข้ารับบริการของผู้ป่วยจำนวนมากทำให้การระบายอากาศในอาคารไม่เหมาะสมเกิดการติดเชื้อโรคทางระบบหายใจ มีลักษณะการทำงานเป็นกะการทำงานในท่าทางซ้ำๆ และการยกตัวผู้ป่วยในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น

ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแห่งชาติ (National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH) ได้เสนอแนะว่าโครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลนั้น ควรประกอบไปด้วยการให้บริการเกี่ยวกับด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) การตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงานรวมทั้งการจัดทำประวัติการตรวจสอบสุขภาพที่ครบถ้วน
- 2) การตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะ
- 3) การให้ความรู้ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน
- 4) การให้ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น
- 5) การให้บริการดูแลกรณีเกิดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยในการทำงาน
- 6) การให้คำแนะนำปรึกษาด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน
- 7) การป้องกันควบคุมสิ่งคุกคาม และเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- 8) การจัดทำระบบข้อมูลด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน
- 9) ประสานการวางแผนงานร่วมกับแผนกต่างๆ และการให้บริการทางสุขภาพแก่บุคลากรใน

โรงพยาบาล

ในประเทศไทยเอง โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ขึ้น ภายใต้โครงการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล และมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี.ศ. 255 0 โดยประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหมและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร เข้าร่วมโครงการ และนำแนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่กำหนดไปปฏิบัติ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวน 835 แห่ง

ผลการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ในปีพ.ศ. 2556 พบว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพของ บุคลากรในโรงพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการ ป่วยด้วยโรคไวรัสโรค 103 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.1 เกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติของระบบ กระดูกและกล้ามเนื้อ 1,851 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ถูกเข็มหรืออุปกรณ์ที่แหลมคมทิ่มตำ 1,365 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ส่วนข้อมูลการติดเชื้อ Hepatitis B และ C และ HIV จากสาเหตุการถูกเข็มหรือของมีคมบาด ยังมีข้อจำกัดในการจัดเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กฎกระทรวงแรงงาน กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2549
2. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2557 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
3. คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. 2554) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
4. Service profile กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2554
5. ดร.พรพิมล กองทิพย์. สุขศาสตร์อุตสาหกรรม. นำอักษรการพิมพ์, พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2545.
6. สมพิศ พันธุเจริญศรี. ถาม-ตอบ ปัญหาเสียงดัง & หูตึง จากการทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน, 2545.
7. ฝ่ายพัฒนาความปลอดภัย สาขาสุขศาสตร์แรงงาน. เสียงดังในบริเวณการทำงาน .สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน

บทที่ 4

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานทางการแพทย์

การเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กล่าวคือ ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ แม้ว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งหมด เช่น ถูกแก้วบาดเข็มปราศจากเชื้อเข็มตำ แต่ก็ป็นสาเหตุทำให้เกิดบาดแผล ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหากเกิดการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ติดเชื้อในขณะที่แผลยังไม่หายดี นอกจากนี้ยังทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นอย่างมาก

การบริหารความปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งในการบริหารความเสี่ยง ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดจากของแหลมคมเข็ม / แหวนทะลุอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลได้ วิธีการที่ดีที่สุดคือการฝึกทักษะในการทำหัตถการต่างๆ ให้ชำนาญ รวมทั้งปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังเพื่อความปลอดภัยและกระตุ้นให้บุคลากรมีจิตสำนึกที่จะป้องกันอุบัติเหตุตลอดเวลา

สาเหตุของอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ที่พบได้บ่อยมาจาก

- การสวมเข็มที่ใช้แล้วเข้าปลอก โดยใช้มือข้างหนึ่งจับเข็มแล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งจับปลอกเข็มสวมเข้าหากัน
- การส่งเครื่องมือที่แหลมคม จากมือของผู้ส่งสู่มือผู้รับโดยตรง
- การเย็บแผลโดยผ่านใต้หว่างนิ้วมือที่กดแผล
- ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายหรือใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สวมแว่นป้องกันตาขณะทำคลอด ทำให้เลือดและน้ำคร่ำกระเด็นเข้าตาการใส่เสื้อกาวน์ผ้าแขนสั้นขณะล้างรกทั้งที่มีบาดแผลถลอก ที่บริเวณแขนส่วนล่าง เป็นต้น
- แสงสว่างในขณะปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนขณะปฏิบัติงาน
- สภาพร่างกายผู้ปฏิบัติงานอ่อนเพลียเมื่อยล้าจากการปฏิบัติงานหรือสายตาดูผิดปกติ
- ผู้ปฏิบัติงานมีความเครียดหรือวิตกกังวลทำให้ขาดสมาธิในขณะปฏิบัติงาน
- การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่เพียงพอ หรือไม่มีคุณภาพเหมาะสมกับงานที่ทำ
- การเก็บเข็ม มีดหลังทำหัตถการทางการแพทย์ที่ผิดเทคนิคหรือขาดความระมัดระวัง

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน

คำจำกัดความ

1. การป้องกันแบบมาตรฐาน (Standard Precaution)

หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอาการติดเชื้อหรือไม่ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใด โดยมุ่งเน้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด สารน้ำหรือสารคัดหลั่งของร่างกาย (Blood or body fluid) เยื่อบุเมือก(mucous membrane)

ผิวหนังที่มีรอยฉีกขาด (non - intact skin) รวมถึงการปฏิบัติต่อชิ้นเนื้อหรือสารคัดหลั่งทางห้องปฏิบัติการด้วย ในบริบทของแนวทางปฏิบัติฉบับนี้ สามารถนำแนวทางการเตรียมการไปใช้สำหรับสถานการณ์ต่างๆ นอกเหนือจากการให้บริการในสถานบริการสุขภาพได้ เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยประสาธน์ ผู้ประสบอุบัติเหตุ การดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกสถานพยาบาล เป็นต้น

2. เลือดและสารคัดหลั่งจากร่างกาย

หมายถึง เลือดและส่วนประกอบของเลือด น้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) น้ำในช่องท้อง (ascitic fluid) น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural fluid) น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial fluid) น้ำคร่ำ (amniotic fluid) น้ำในข้อ (synovial fluid) น้ำอสุจิ (semen) สารคัดหลั่งในช่องคลอด (vaginal secretion) น้ำลายหนองเสมหะอุจจาระและปัสสาวะ

3. เครื่องป้องกันร่างกาย ได้แก่

- 3.1. หมวก (cap)
- 3.2. แว่นป้องกันตา (eye ware)
- 3.3. ผ้าปิดปาก - จมูก (mask)
- 3.4. ถุงมือ (glove)
- 3.5. เสื้อคลุม (gown)
- 3.6. ผ้ากันเปื้อน (apron)
- 3.7. รองเท้า (footware)

แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์
ควรมีการเตรียมความพร้อมองค์ประกอบของระบบบริการ ทั้งในส่วน of สถานที่ปฏิบัติงาน บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ทั้งขั้นตอนก่อนปฏิบัติงาน ขณะปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงาน โดยการจัดระบบบริการดังกล่าว ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน

เน้นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่สถานที่ปฏิบัติงาน บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้

1.1 การเตรียมสถานที่

- 1.1.1 แบ่งพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือจัดระเบียบในการปฏิบัติงานให้มีการแยกส่วนการให้บริการที่ติดต่อออกจากบริการที่ไม่ติดต่อ
- 1.1.2 พื้นที่การปฏิบัติงานต้องมีแสงสว่างที่เหมาะสม
- 1.1.3 จัดให้มีระบบการระบายอากาศที่ดี
- 1.1.4 จัดให้มีอ่างล้างมือ และอุปกรณ์ในการล้างมืออย่างเพียงพอ และควรแยกจากอ่างล้างเครื่องมือ เครื่องใช้
- 1.1.5 ก๊อกน้ำสำหรับอ่างล้างมือ ควรเป็นชนิดที่หัวก๊อกเป็นชนิดที่ไม่ต้องใช้มือสัมผัส หรือเป็นคันโยกซึ่งสามารถใช้ข้อศอกหรือหัวเข่าในการโยกเปิด-ปิด น้ำได้
- 1.1.6 น้ำทิ้งต่างๆ ที่เกิดจากการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ต้องผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย หรือการทำลายเชื้อก่อนปล่อยสู่สาธารณะ

1.2 การเตรียมบุคลากร

1.2.1 มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนรับเข้าปฏิบัติงาน และจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากรที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยชนิดของการตรวจสอบสุขภาพขึ้นอยู่กับภาระงานที่ประจำการ

1.2.2 ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

1.2.3 ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคที่สามารถติดต่อทางเลือดและสิ่งคัดหลั่งของร่างกายจากการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสามารถประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.4 กำหนดมาตรฐานและวิธีการปฏิบัติงาน โดยจัดทำเป็นเอกสารหรือคู่มือประจำหน่วยงานสำหรับบุคลากรและจัดวางไว้ในที่ที่หยิบอ่านได้สะดวก เพื่อใช้เป็นระเบียบในการปฏิบัติงานเช่น ใน Intranet แฟ้มระเบียบปฏิบัติ เป็นต้น

1.2.5 บุคลากรทุกระดับ ต้องทราบถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (Personal Protective Equipment: PPE) อย่างถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลและรู้จักเทคนิคการใส่และถอด PPE ที่ถูกต้อง

1.2.6 บุคลากรที่มีผิวหนังอักเสบ และมีน้ำเหลืองไหลออกมาจากบริเวณบาดแผล ต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ และเครื่องมือโดยตรง ต้องปิดแผลและใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายปกปิดไว้จนกว่าแผลจะหายดีเพื่อป้องกันการรับและการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ สำหรับเจ้าหน้าที่ ที่ตั้งครรภ์ ถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นก็มีโอกาสที่เชื้อโรคจะผ่านไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นจึงควรระมัดระวังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างเคร่งครัด

1.2.7 มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบ และข้อปฏิบัติที่หน่วยงานวางไว้

1.3 การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้

1.3.1 จัดหาอุปกรณ์ ของใช้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้พอเพียงกับความต้องการ

1.3.2 อุปกรณ์ต่างๆ ต้องจัดวางในสถานที่เหมาะสมและเป็นระเบียบ เพื่อการสะดวกต่อการหยิบใช้

1.3.3 เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อมและครบถ้วน ก่อนการปฏิบัติงานหรือในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง

1.3.4 เตรียมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เพื่อสวมใส่ป้องกันการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้รับบริการขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ ถุงมือสะอาด/ถุงมือปราศจากเชื้อ หมวก ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตา/แว่นป้องกันตา/หน้ากากกันใบหน้าเสื้อคลุม ผ้ายางกันเปื้อน รองเท้าบูท

1.3.5 เตรียมภาชนะเพื่อจัดเก็บอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้แล้วให้ถูกต้องเหมาะสม เช่นถังขยะติดเชื้อ ถังขยะใส่ของมีคม ขามรูปไต เป็นต้น

1.3.6 เตรียมถังขยะให้เพียงพอต่อความต้องการ โดยขยะติดเชื้อให้ใส่ถุงขยะสีแดงและขยะไม่ติดเชื้อใส่ถุงขยะสีดำ

2. แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส

เป็นแนวทางปฏิบัติพื้นฐานที่บุคลากรทุกสาขา และทุกระดับควรทราบ และยึดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปฏิบัติการพยาบาลตามเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ และ Standard precautions อย่างเคร่งครัด

2.2 ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสม และสอดคล้องกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล ที่ครอบคลุมถึงการปฏิบัติที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การกระเด็น ฟุ้งกระจาย หรือถูกของแหลมและของมีคม ทิ่มตำหรือบาด

2.3 การใช้เครื่องป้องกันร่างกายต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล และต้องถอดทันทีที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย ควรล้างมือทุกครั้งของการถอดเครื่องป้องกันร่างกายแต่ละชนิด หากต้องไปดูแลผู้ป่วยรายใหม่ให้ใส่เครื่องป้องกันร่างกายตามความจำเป็นใหม่ เช่น การสวมถุงมือเพื่อป้องกันการสัมผัสเลือด หรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับผู้ป่วยแต่ละราย หรือกรณีผู้ป่วยมีการปนเปื้อนมากและต้องเปลี่ยนบริเวณอวัยวะที่ให้การดูแลผู้ป่วยราย เดียวกันนอกจากนั้นยังจำเป็นต้องเลือกใช้ถุงมือให้เหมาะสมกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น ต้องปฏิบัติงาน ที่ต้องการความสะอาด/ปราศจากเชื้อมากขึ้น หลังถอดถุงมือทุกครั้งจะต้องล้างมือ หากบริเวณผิวหนังมีการ ปนเปื้อนต้องทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ปนเปื้อนเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำยา ฆ่าเชื้อ (hand washing or hand antisepsis) การล้างมือด้วยน้ำแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

2.3.1 การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ธรรมดา (Plain/non - antimicrobial soap) ช่วยขจัด สิ่งสกปรก ฝุ่นละออง เหงื่อไคล ไขมัน สารอินทรีย์ และเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือ สบู่ทำให้ผิวที่มือแห้งและ ระคายเคืองได้ แม้จะมีการผสมสารเพิ่มความนุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่า สบู่ยังอาจมีการปนเปื้อนเชื้อและ ก่อให้เกิดการ Colonize ของเชื้อจุลินทรีย์บนมือของบุคลากรสุขภาพ ใช้ในการทำทำความสะอาดมือกรณี หลังถอดถุงมือ ก่อนและหลังสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยปกติที่ไม่มีการปนเปื้อนสารที่มีเชื้อจุลินทรีย์ เช่น เลือด หนอง ก่อนปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลทั่วไปที่ไม่ต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และ หลังสัมผัส non - infectious material ที่มองเห็น เช่น น้ำดื่ม อาหารสะอาด

2.3.2 การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ฆ่าเชื้อ (Antiseptic soaps) เช่น 7.5% Povidone iodine, 4% chlorhexidine gluconate, Triclosan เป็นต้น การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ฆ่าเชื้อ จะขจัดสิ่ง สกปรกและเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือ ซึ่งสามารถขจัดเชื้อจุลินทรีย์ทั้งที่อาศัยอยู่ชั่วคราวและเชื้อจุลินทรีย์ประจำถิ่น ได้มากกว่าสบู่ จึงใช้ในกรณีก่อนการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายผู้ป่วย ก่อนการสัมผัสหรือทำกิจกรรม กับ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผิวหนังที่มีบาดแผลและหลังสัมผัสกับสิ่งสกปรกที่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์อย่างใดก็ตาม น้ำยาฆ่าเชื้อเหล่านี้ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ได้ช้ากว่าแอลกอฮอล์โดยพบว่า น้ำยา chlorhexidine gluconate ออกฤทธิ์ได้ดีกว่า Povidone iodine โดยออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าและมีฤทธิ์คงค้างอยู่นานกว่า

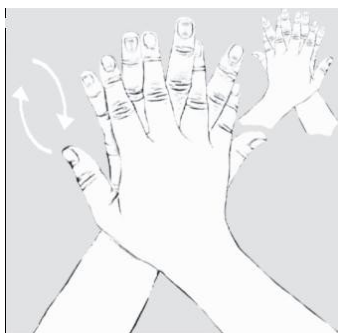
ก่อนการล้างมือให้ถอดแหวนหรือเครื่องประดับอื่นที่ใส่นิ้วมือ ข้อมือออกก่อน เพราะไม่สามารถทำความสะอาดมือได้ทั่วถึง อาจมีเชื้อจุลินทรีย์ปนเปื้อนค้างอยู่บนมือให้เปิดก๊อกน้ำราดให้ทั่วมือ แล้วใช้สบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อประมาณ 3 - 5 มิลลิลิตรฟอกทำความสะอาดมือการล้างมือด้วยน้ำ ควรประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้



1. ฟอกฝ่ามือด้านข้าง



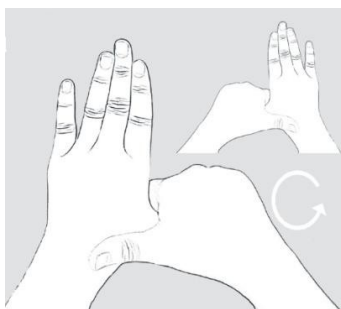
2. ฟอกง่ามนิ้วมือด้านหน้า



3. ฟอกหลังมือและง่ามนิ้วมือด้านหลัง



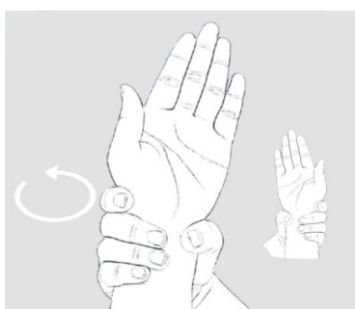
4. ฟอกนิ้วและข้อมือด้านหลัง



5. ฟอกนิ้วหัวแม่มือ



6. ฟอกปลายนิ้วและเล็บ



7. ฟอกรอบข้อมือ

2.4 ขณะสวมถุงมือปฏิบัติงาน ห้ามสัมผัสบริเวณใบหน้าหรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย รวมทั้งวัสดุ อุปกรณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่

2.5 การจับ และส่งของแหลมหรือของมีคม ควรใช้หลักการป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมหรือของมีคมอย่างเคร่งครัด(Non Touch Technique)

4.3 ข้อปฏิบัติตามหลักการป้องกันแบบมาตรฐาน (Standard Precaution)

การป้องกันแบบมาตรฐาน (Standard Precautions)	วิธีปฏิบัติ
1. การล้างมือ 	- ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย - เมื่อสัมผัสเลือด, สิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย และ - หลังจากถอดถุงมือทุกครั้ง - หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย - ก่อนและหลังทำหัตถการผู้ป่วย

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

การป้องกันแบบมาตรฐาน (Standard Precautions)	วิธีปฏิบัติ
2. สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามความเหมาะสม	2.1 ใส่ถุงมือ - เมื่อต้องสัมผัสหรือคาดว่าจะสัมผัสกับ เชื้อโรค เลือด สารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย - หลังถอดถุงมือ ต้องล้างมือทุกครั้ง และเปลี่ยนถุงมือในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายก่อนที่จะไปดูแลผู้ป่วยรายอื่นต่อไป 2.2 สวมผ้าปิดปาก-จมูกทุกครั้ง เมื่อคาดว่าจะมีการกระเด็นหรือฟุ้งกระจายของสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยเข้าปากจมูก ขณะให้การรักษายาบาล 2.3 ใช้แว่นตาป้องกันตา - เมื่อคาดว่าจะมีสารน้ำหรือละอองกระเด็น หรือฟุ้งเข้าตา เช่น ทำคลอด เย็บแผล เป็นต้น - เมื่อทำหัตถการที่อาจมีฝอยละอองเข้าตา เช่น การกรอฟัน เลื่อยกระดูก เป็นต้น 2.4 สวมเสื้อคลุม (Gown) ควรสวมเสื้อคลุมที่สะอาดไม่จำเป็นต้องเป็นเสื้อคลุมปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันเสื้อผ้าที่สวมใส่ไม่ให้เปื้อน ในขณะที่ทำการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อทำหัตถการที่อาจมีเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็นหรือฟุ้งกระจาย เมื่อเสร็จจากการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ แล้วให้ถอดเสื้อคลุมทันที และล้างมือหลังจากถอดเสื้อคลุมทุกครั้ง 2.5 ใช้รองเท้าน้ำยาง เมื่อคาดว่าจะมีเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยสัมผัสเท้าหรือขา และป้องกันของมีคมที่มิดำเท้า
3. อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย	- อุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย และมีการเปื้อนเลือด สิ่งคัดหลั่ง หรือสิ่งปนเปื้อนอื่นๆ ต้องถือหรือจัดเก็บด้วยความระมัดระวัง และทำความสะอาดและทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้กับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมก่อนนำกลับมาใช้ต่อหรือทิ้งเป็นขยะติดเชื้อหากเป็นชนิดใช้ครั้งเดียว
4. ระวังอุบัติเหตุจากของมีคม  (One - handed technique)	- ระวังการบาดเจ็บเนื่องจากของมีคม เช่น มีดผ่าตัด เข็มของแหลมคมต่างๆ ขณะปฏิบัติงาน

การป้องกันแบบมาตรฐาน (Standard Precautions)	วิธีปฏิบัติ
4. ระวังอุบัติเหตุจากของมีคม(ต่อ)	- ไม่สวมปลอกเข็มกลับ ให้ปลดด้วยอุปกรณ์ที่จัดทำสำหรับปลดเข็ม โดยเฉพาะ ที่ในภาชนะติดเชื้อ ที่หนาทนการแทงทะลุ หากจำเป็นต้องปลดเข็มให้สวมเข็มด้วยวิธีมือเดียว (One - handed technique) โดยใช้ปลายเข็มเกี่ยวปลอกขึ้นมา ตั้งเข็มและปลอกขึ้นจนปลอกสวมลงไปสนิท ห้ามสวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือหนึ่งจับเข็มและอีกมือหนึ่งจับปลอกเข็ม (Two - handed technique) แล้วนำไปทิ้งในภาชนะติดเชื้อที่หนาทนการแทงทะลุที่เตรียมไว้เฉพาะ - การปลดและใส่ใบมีดให้ใช้เครื่องมือช่วย เช่น Clamp หรือ Holder ช่วยคืบ ไม่ใช้มือเปล่า - ให้ทิ้ง Syringe ในภาชนะที่เตรียมไว้เป็นขยะติดเชื้อ - ใช้ Mouth piece, Resuscitation Bag หรืออุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดอื่น ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) - ถ้าคาดว่าจะการเจาะเลือดผู้ป่วยหรือการทำหัตถการใดๆ ที่มีความยากลำบาก ควรมีการเตรียมผู้ป่วยอย่างดี มีการปฏิบัติโดยผู้ที่มีความชำนาญและร่างกายมีความพร้อมที่สุดเป็นผู้ทำหัตถการนั้น
5. ผ้าเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วย	- ให้แยกใส่ในถังผ้าติดเชื้อด้วยความระมัดระวัง
6. มูลฝอยติดเชื้อ	- ให้ทิ้งในถังขยะติดเชื้อและแยกออกจากขยะมูลฝอยทั่วไป
7. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette	7.1 ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยญาติ - ให้สวมผ้าปิดปากและจมูกเมื่อมีอาการไอหวัด - ปิดปาก ปิดจมูกเวลาไอจาม 7.2 มีการแจ้งเตือนหรือให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการไอจามแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 7.3 ล้างมือหลังสัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย 7.4 เมื่ออยู่ในพื้นที่เสี่ยงที่มีการไอจามให้อยู่ห่างจากผู้ป่วยมากก่า ๒ ฟุต
8. Safe Injection Practice	- การใช้ Aseptic technique ในการเตรียมยาและการฉีดยา - หากใช้ยาแบบ multiple-dose vial or solution container ต้องเปลี่ยนเข็มฉีดยาทุกครั้งเตรียมยา และฉีดยาให้ผู้ป่วยแต่ละคน
9. สวมผ้าปิดปาก - จมูกทุกครั้งเมื่อทำหัตถการเกี่ยวกับ Spinal and Epidural procedure	

3. แนวปฏิบัติภายหลังการปฏิบัติงาน/ให้บริการรักษาพยาบาล

เน้นในเรื่องการทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การทำลายเชื้อ

3.1.1 ของแหลมหรือของมีคมที่ใช้แล้วทุกชนิด ให้ทิ้งเป็นขยะติดเชื้อใส่ในภาชนะที่หนา สามารถป้องกันการแทงทะลุ หรือปฏิบัติตามวิธีการทำลายเชื้อของหน่วยงานอย่างเคร่งครัด

3.1.2 วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ครั้งเดียว เช่น Syringe, Suction catheter, Slip joint, Three- way เป็นต้น เมื่อใช้แล้วให้แยกใส่ถุงขยะติดเชื้อแล้วนำไปเผา/หรือจัดส่งไปกำจัดตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานเรื่องการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

3.1.3 เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานเรื่องการกำจัดของเสีย การทำลายขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น การทิ้งในระบบของเสียของหน่วยงาน ไม่ควรใช้น้ำยาทำลายเชื้อใส่เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งก่อนเททิ้งในโรงพยาบาล ที่มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ เพราะระบบบำบัดน้ำเสียสามารถทำลายเชื้อในน้ำเสียได้ ส่วนภาชนะรองรับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง ให้จัดเก็บในภาชนะที่มีฝาปิดและส่งไปล้างทำความสะอาดที่หน่วยจ่ายกลางของหน่วยงาน เพื่อนำไปล้างทำความสะอาด และส่งไปทำลายเชื้อต่อไป

3.1.4 การทิ้งผ้าเปื้อนเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย/ผู้ให้บริการควรจับผ้าโดยใช้ถุงมือ หรือปากคีบ (Forceps) รวบรวมนับจำนวนแล้วใส่ในถุงพลาสติกสีแดง หรือถังพลาสติกติดป้าย “ถังผ้าเปื้อนติดเชื้อ” ปิดฝาดังผ้าเปื้อนก่อนส่งโรงซักฟอกต่อไป

3.1.5 อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย จำแนกตามการใช้งาน หากเป็นชนิดใช้ครั้งเดียวให้ทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ หากต้องนำกลับมาใช้ซ้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

3.2 การทำความสะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ และการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือ เครื่องใช้ ที่ต้องนำกลับมาใช้อีก จะต้องล้างทำความสะอาด และทำลายเชื้อขั้นต้นก่อน ตามวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือแต่ละชนิด และตามแนวทางการทำลายเชื้อการทำให้ปราศจากเชื้อสำหรับเครื่องมือแพทย์

4.4 การจัดการขยะติดเชื้อ

กรมควบคุมมลพิษ ได้สรุปสถานการณ์มลพิษในปี พ.ศ.2556 โดยระบุว่าจากการสำรวจข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศมีจำนวน 26.77 ล้านตัน ขยะมูลฝอยดังกล่าวมีการกำจัดแบบถูกต้อง 7.2 ล้านตัน กำจัดไม่ถูกต้อง 6.9 ล้านตัน มีขยะมูลฝอยตกค้าง 7.6 ล้านตันและมีขยะมูลฝอยที่นำกลับมาใช้ประโยชน์ได้ 5.1 ล้านตัน ในขณะที่ประเทศไทยมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยทั้งสิ้น 2,490 แห่ง เป็นสถานที่กำจัดแบบถูกต้อง 466 แห่ง และกำจัดไม่ถูกต้อง 2,024 แห่ง ทำให้มีขยะมูลฝอยทิ้งประเทศสะสมสูงถึง 19.9 ล้านตัน ซึ่งมีความสูงเท่ากับตึกไบก์ 2 เรียงต่อกัน 103 ตึก ในจำนวนขยะมูลฝอยเหล่านี้เป็นมูลฝอยติดเชื้อประมาณ 50,481 ตัน ซึ่งร้อยละ 75 เป็นมูลฝอยติดเชื้อจากสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันมีการกำจัดขยะมูลฝอยเอง จำนวน 142 แห่ง ประมาณปีละ 2,352 ตัน จากจำนวนสถานพยาบาลทั้งที่เป็นภาครัฐและภาคเอกชนจำนวนมากกว่า 37,000 แห่ง มีการผลิตของเสียทั้งที่เป็น ขยะมูลฝอยทั่วไปและขยะมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก ขยะมูลฝอยเหล่านี้จัดเป็นของเสียอันตราย เนื่องจากมีทั้งขยะมูลฝอยที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่งต่างๆ จากผู้ป่วย เช่น เลือด อวัยวะหรือชิ้นส่วนของอวัยวะ ของมีคมติดเชื้อที่ใช้แล้ว เช่น เข็ม ใบมีด หลอดแก้ว รวมถึงของเสียที่ปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี ยาเสื่อมสภาพ

สารเคมีอันตราย ซากสัตว์ทดลอง ฯลฯ ขยะมูลฝอย ติดเชื้อจากสถานพยาบาลดังกล่าวถูกทิ้งออกสู่สิ่งแวดล้อม ปะปนร่วมกับ ขยะชุมชน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะสุขภาพอนามัยของ ผู้ที่เก็บ ขนหรือผู้ทำงานในสถานที่กำจัด ขยะมูลฝอย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ต้องมีความรู้และสามารถคัดแยกขยะมูลฝอยได้อย่างถูกต้อง แล้วนำไปเก็บไว้ในที่พักขยะมูลฝอยที่กำหนดให้ เพื่อรอการนำไปกำจัดให้ถูกวิธีในขั้นตอนต่อไป

การคัดแยกขยะแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ขยะมูลฝอยทั่วไปไม่ติดเชื้อ หมายถึง วัสดุที่ใช้แล้วไม่ก่อให้เกิดการแพร่เชื้อโรคไปสู่คนและสัตว์ เช่น เศษกระดาษ เศษอาหาร ใบไม้ ถุงพลาสติก เป็นต้น
2. ขยะมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึงขยะมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือความเข้มข้นเมื่อสัมผัสหรือใกล้ชิดแล้วทำให้เกิดโรคได้ เป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกัน ซึ่งควรสงสัยว่าอาจมีเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดการแพร่เชื้อไปสู่คนและสัตว์ เช่น เลือดหรือสารคัดหลั่งต่างๆ จากผู้ป่วย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่มีการปนเปื้อนจากผู้ป่วย
3. ขยะมูลฝอยพิเศษ หมายถึงขยะมูลฝอยที่มีความยุ่งยากในการจัดเก็บและต้องกำจัดด้วยวิธีการที่แตกต่างจากขยะมูลฝอยทั่วไปไม่ติดเชื้อ และขยะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งอุปกรณ์ในการจัดเก็บต้องเป็นภาชนะรองรับเฉพาะที่แตกต่างกัน ได้แก่
 - 3.1 ขยะมูลฝอยมีคม ที่อยู่ในกระบวนการดูแล รักษาและการปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการ เช่น เข็มฉีดยา เข็มแทงเส้นเลือดดำ เพื่อให้น้ำเกลือ (medicut, scalp vein) หลอดยา หลอดแก้วแตก ปروحแตก ฝาขวดโลหะ เข็มเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว (blood lancet) ใบมีดผ่าตัดต่างๆ เข็มเย็บ แผ่นสไลด์แก้ว ขวดวัคซีน เป็นต้น ให้นำใส่กล่องโลหะหรือกระป๋องพลาสติก และติดป้ายข้างกระป๋องให้แน่นหนาว่าเป็น “ของมีคม” แล้วนำไปพักไว้ในจุดที่พักขยะสำหรับของมีคมในพื้นที่ที่กำหนดให้
 - 3.2 ขยะมูลฝอยสารพิษ/เคมีบำบัด หมายถึงวัสดุอุปกรณ์ที่เหลือจากการใช้งานและมีพิษต่อร่างกาย รวมถึงมีผลต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ถ่านไฟฉายที่หมดอายุ กระป๋องสเปรย์ กระป๋องยาฆ่าแมลง ขวดยาเคมีบำบัด ขวดวัคซีน ฯลฯ ให้ใส่ถุงพลาสติกสีส้มหรือสีเทา/กล่องพลาสติกสีแดง แล้วนำไปพักไว้ในจุดที่พักขยะอันตรายในพื้นที่ที่กำหนดให้
4. ขยะมูลฝอยนำกลับมาใช้ได้อีก (re-cycle) หมายถึงวัสดุ อุปกรณ์ที่สามารถแยก แปรรูปและนำกลับมาใช้ใหม่ เป็นการประหยัดพลังงานและทรัพยากร เช่น วัสดุสำนักงานที่สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก กระดาษ พลาสติก ขวดนม เก็บแยกตามชนิดของขยะเพื่อการนำกลับมาใช้ใหม่หรือการจำหน่าย

ข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล

1. ล้างมือทุกครั้งอย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ก่อนและหลังการปฏิบัติงาน /หลังการสัมผัสอุปกรณ์ปนเปื้อน/หลังการถอดถุงมือ
2. สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายอย่างเหมาะสม เช่นถุงมืออย่างหนา ผ้าปิดปาก-จมูก เสื้อคลุม และรองเท้าบูทขณะเก็บรวบรวมขยะ
3. ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง
4. เมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำให้รีบล้างมือด้วยน้ำสะอาด ปฐมพยาบาลเบื้องต้นและติดต่อพยาบาล เฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN)
5. ควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

วิธีการกำจัดขยะมูลฝอย

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการกำจัดขยะมูลฝอย

- ถุงพลาสติกสีต่างๆ
- แกลลอน/กล่องพลาสติกสีแดง
- ถังรองรับขยะชนิดมีฝาปิดและใช้เท้าเหยียบเปิด-ปิด
- ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ถุงมือยางอย่างหนา ผ้ากันเปื้อนพลาสติก รองเท้าบูท ฝาปิดปาก-จมูก คีมคีบ หมวกคลุมผม
- รถเข็นขยะ ห้ามนำไปใช้กับกิจกรรมอื่นๆ
- รถเข็นขยะติดเชื้อ ใช้เฉพาะเข็นขยะติดเชื้อเท่านั้น
- ชุดอุปกรณ์ทำความสะอาด เช่น ผงซักฟอก แปรงขัด ฯลฯ

2. การแยกเก็บขยะและภาชนะบรรจุ

- ขยะทั่วไปไม่ติดเชื้อ ใส่ถุงพลาสติกสีดำ
- ขยะติดเชื้อ ใส่ถุงพลาสติกสีแดง
- ขยะของมีคม ใส่แกลลอน/กล่องพลาสติกสีแดง
- ขยะอันตราย ใส่ถุงพลาสติกสีส้มหรือสีเทา
- ขยะรีไซเคิล ใส่กล่องกระดาษ/ถังสีเหลือง/ถุงสีขาว
- ชิ้นส่วนอวัยวะ ใส่ถุงพลาสติกสีแดง
- ขยะที่เป็นน้ำ เลือด น้ำหนอง เทลงชักโครกแล้วรดน้ำตามมากๆ

3. เมื่อบรรจุขยะได้ 3 ใน 4 ของถุงบรรจุให้มัดปากถุงด้วยเชือกฟางให้แน่น

4. นำถุงขยะไปวางไว้ที่พักขยะ ในพื้นที่ที่กำหนดเพื่อรอการนำไปกำจัด



กล่องสำหรับใส่เข็ม/ของมีคม ใช้แล้ว



ถังสำหรับพักขยะติดเชื้อ

ถังบรรจุมูลฝอย



มูลฝอยทั่วไป

มูลฝอยย่อยสลายได้

มูลฝอยรีไซเคิล

มูลฝอยติดเชื้อ

มูลฝอยอันตราย



อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล



ผ้ากันเปื้อนพลาสติก



หมวกคลุมผม



ถุงมือยางอย่างหนา



รองเท้าบูท



ผ้าปิดปาก-จมูก



รถสำหรับเข็นขยะติดเชื้อห้ามใช้กับขยะทั่วไป



รูปแสดงการสวมใส่ชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน

การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีวิธีดังนี้ (แหล่งที่มา: www.pcd.go.th)

1. การทำลายเชื้อด้วยสารเคมี (Chemical Disinfection) เป็นวิธีการที่สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนใช้มาก่อนวิธีอื่น ส่วนใหญ่จะใช้น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรต์ (sodium hypochlorite) ความเข้มข้น 0.1-0.5% เทราดบนมูลฝอยติดเชื้อที่ใส่ในถุงพลาสติกสีแดง จากนั้นปิดปากถุงแล้วนำส่งเผาในเตาเผา

2. เตาเผา (Incineration) มีข้อดีคือสามารถลดปริมาณมูลฝอยได้ ไม่ต่ำกว่า 90-95 % ของปริมาณมูลฝอยก่อนเผา ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการขนส่งและกำจัด มูลฝอยติดเชื้อจะต้องเผาที่อุณหภูมิสูงและมีระยะเวลาในการเผาเหมาะสม เพียงพอในการทำลายชิ้นเนื้อ อวัยวะและมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้ความร้อนระหว่าง 600-1,000 °C จึงจะทำให้การเผาไหม้เป็นไปอย่างสมบูรณ์ แต่มีข้อเสียคือต้องใช้เงินใน

การก่อสร้าง การดำเนินการสูง รวมถึงต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ และทักษะในการควบคุม การใช้งานและบำรุงรักษาเตาเผาอย่างถูกวิธี กรณีที่การเผาไหม้ในเตาเผาไม่สมบูรณ์ จะทำให้เกิดปัญหาหมอกควันทางอากาศรวมถึงก่อให้เกิดความรำคาญกับประชาชนที่อยู่บริเวณใกล้เคียง

3. การทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ (Steam Sterilization / Autoclaving) ใช้ไอน้ำร้อนภายในตัวถังแรงดัน มักเรียกว่า Steam Sterilizer หรือ autoclave หรือ retort ณ อุณหภูมิสูงเพียงพอสำหรับทำลายเชื้อโรคในมูลฝอยได้ การทำลายเชื้อด้วยไอน้ำจะได้ผลดี ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและอุณหภูมิที่มูลฝอยสัมผัสกับอุณหภูมิที่ต้องการ ตามระยะเวลาที่กำหนด การทำลายเชื้อที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้ตามอัตราการทำลายตัวของไอน้ำเป็นปัจจัยสำคัญ

4. การทำลายเชื้อด้วยความร้อน (Thermal inactivation) เป็นวิธีที่อาศัยหลักการถ่ายเทความร้อน ทำให้เกิดสภาวะที่เชื้อโรคไม่สามารถดำรงอยู่ได้ในมูลฝอย โดยทั่วไปวิธีนี้เหมาะที่จะใช้กับมูลฝอยติดเชื้อที่มีปริมาณมากๆ เช่น มูลฝอยที่เกิดจากอุตสาหกรรม การทำลายเชื้อด้วยระบบนี้สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในรูปของเหลวและของแข็ง ดังนี้

4.1 การทำลายเชื้อด้วยความร้อนสำหรับมูลฝอยติดเชื้อในรูปของเหลว ระบบนี้อาจจำเป็นต้องอุ่นมูลฝอยให้ได้อุณหภูมิระดับหนึ่งและอาจต้องกวนให้มูลฝอยคลุกเคล้าเป็นเนื้อเดียวกัน หลังจากการทำลายเชื้อด้วยวิธีนี้แล้วสามารถทิ้งของเหลวลงสู่ท่อระบายน้ำ เพื่อนำไปบำบัด ณ ระบบบำบัดต่อไปได้ แต่ต้องคำนึงถึงมาตรฐานน้ำทิ้งของท้องถิ่นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุณหภูมิซึ่งมักสูงเกินมาตรฐาน จึงอาจต้องมีเครื่องแลกเปลี่ยนความร้อน เพื่อลดอุณหภูมิมูลฝอยก่อนปล่อยทิ้ง

4.2 การทำลายเชื้อด้วยความร้อน สำหรับมูลฝอยติดเชื้อในรูปของแข็ง ระบบนี้ใช้เทคนิคความร้อนแห้ง (dry heat) ระบบนี้มีประสิทธิภาพต่ำกว่าระบบที่ใช้ไอน้ำ จึงต้องใช้อุณหภูมิสูงกว่าและใช้เวลานานกว่า โดยทั่วไปใช้อุณหภูมิ 160 – 170 °C นาน 2-4 ชั่วโมง

5. การทำลายเชื้อด้วยก๊าซ (Gas /Vapor Sterilization) วิธีนี้ตัวทำลายเชื้อเป็นก๊าซหรือไอสารเคมี ที่นิยมใช้ คือ เอทิลีนออกไซด์ (ethylene oxide) และฟอมัลดีไฮด์ (formaldehyde) ซึ่งอาจเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ได้ การนำมาใช้จึงต้องมีมาตรการความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด หากจะพิจารณานำวิธีนี้มาใช้จะต้องเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียให้แน่ชัด การทำลายเชื้อด้วยก๊าซ มักจะมีก๊าซส่วนที่เหลือจากระบวนการสะสมอยู่ในมูลฝอย ซึ่งจะระเหยออกมาในภายหลังได้

6. การทำลายเชื้อด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Microwave) เป็นเทคโนโลยีใหม่ที่เริ่มพัฒนาขึ้นมาใช้กับมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วยส่วนตัดย่อยมูลฝอย (Shredder) และส่วนทำลายเชื้อ ระบบนี้ใช้ความร้อนเป็นตัวทำลายเชื้อ ความร้อนดังกล่าวนี้เกิดขึ้นโดยการฉีดละอองน้ำให้สัมผัสมูลฝอยอย่างทั่วถึง แล้วใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าทำให้เกิดความร้อนแก่ละอองน้ำเหล่านั้น ระบบนี้ควรควบคุมให้ทำงานที่อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 95°C ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที

7. การทำลายเชื้อด้วยรังสี (Sterilization by irradiation) เป็นเทคโนโลยีใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ โดยอาศัยประสบการณ์จากการใช้รังสีให้กับเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาหาร และสินค้าอุปโภคต่างๆ จึงมีการพัฒนาระบบนี้มาใช้กับมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อดีของการทำลายเชื้อด้วยรังสี

1. ใช้ไฟฟ้าน้อย
2. ไม่ต้องใช้ไอน้ำ
3. ไม่มีความร้อนตกค้างในมูลฝอย
4. มีประสิทธิภาพดี

ข้อด้อยของการทำลายเชื้อด้วยรังสี

1. ค่าใช้จ่ายในการติดตั้งระบบสูง
2. ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้สูง
3. ใช้พื้นที่มาก
4. มีปัญหาในการกำจัดต้นกำเนิดรังสี

4.5 ข้อเสนอแนะสำหรับสถานพยาบาลในการให้การป้องกันการติดเชื้อหลังจากสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์

การป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (Post Exposure Prophylaxis: PEP) สามารถแบ่งกลุ่มตามส่วนที่เกี่ยวข้องได้ ดังนี้

1. ผู้ที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่งหรือของเหลวจากร่างกาย (Exposed person) สามารถแบ่งตามอาชีพและลักษณะของการสัมผัสเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1 กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Occupational exposed group) หมายถึง ผู้ที่ให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงกลุ่มสหวิชาชีพ คนงาน อาสาสมัครต่างๆ รวมถึงกลุ่ม ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ครู ผู้คณนักรังคมสงเคราะห์ เป็นต้นซึ่งจะเป็นเนื้อหาในบทนี้
 - 1.2 กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Non - occupational exposed group) ได้แก่ ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้กละเมิดทางเพศ เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ผู้พวยพ ผู้หลบหนีเข้าเมือง เป็นต้น ทั้งนี้ รายละเอียดจะมีได้อยู่ในบทนี้

โดยประเภทของการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัส (PEP) ก็จะแบ่งตามอาชีพและลักษณะสัมผัสได้แก่ occupational Post Exposure Prophylaxis (oPEP) และ non - occupational Post Exposure Prophylaxis (nPEP)

2. ต้นตอแหล่งสัมผัส (Source or source person) หมายถึง แหล่งต้นตอของเลือด สารคัดหลั่งและของเหลว ทั้งที่สามารถระบุแหล่งที่มาได้และไม่สามารถระบุแหล่งที่มาได้

สิ่งสัมผัสที่พิจารณาว่ามีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวี(Potentially HIV - infected material) ได้แก่

- เลือดและสารน้ำในร่างกาย (blood and body fluids) ที่ปนเปื้อนเลือดซึ่งมองเห็นได้
- เนื้อเยื่อและสารน้ำในร่างกายเฉพาะ (specific body fluids) ได้แก่ น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด น้ำไขสันหลัง น้ำในข้อ น้ำในช่องปอด น้ำในช่องท้อง น้ำในช่องหัวใจ น้ำคร่ำและหนอง

สำหรับสารน้ำในร่างกายบางชนิดได้แก่ น้ำมูก น้ำลาย น้ำตา เหงื่อ เสมหะ อาเจียน อุจจาระ และปัสสาวะโดยทั่วไปหากไม่มีการปนเปื้อนของเลือด ถือว่ามีจำนวนเชื้อไม่เพียงพอต่อการนำโรคสู่ผู้อื่น

การสัมผัสจากการทำงาน (Occupational exposures) หมายถึง การสัมผัสที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

- การได้รับบาดเจ็บผ่านผิวหนัง (percutaneous injury) ได้แก่ ถูกเข็มตำ ถูกมีดบาด เป็นต้น
- การสัมผัสเยื่อ (Contact of mucous membrane) ได้แก่ เลือดกระเด็นเข้าตา ปาก เป็นต้น
- การสัมผัสผิวหนังที่ไม่ปกติ (Contact of non - intact skin) ได้แก่ การสัมผัสกับผิวหนังที่มีบาดแผลหรือผิวหนังที่มี dermatitis เป็นต้น

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ความเสี่ยงโดยเฉลี่ยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์ ภายหลังการสัมผัสต้นตอแหล่งสัมผัสที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

- จากการถูกเข็มตำหรือมีบาดแผลที่รอยละ 0.3 ต่อครั้ง (ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.2 - 0.5)
- จากการสัมผัสเยื่อเมือกที่รอยละ 0.09 ต่อครั้ง (ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.006 - 0.5)
- จากการสัมผัสผิวหนังที่ไม่ปกติน้อยกว่าร้อยละ 0.09 ต่อครั้ง
- การสัมผัสกับผิวหนังปกติไม่ถือว่าเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและไม่มีควมจำเป็นที่จะต้องได้รับยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะ กรณีบุคลากรเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่

1. การทำความสะอาด

- 1.1 ถ้าถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ตำหรือบาด ให้ ล้างบาดแผลด้วยน้ำสบู่ หรือ 4% Chlorhexidine และทาแผลด้วย 70% Alcohol หรือ 10% Iodophore ห้ามบีบเค้นเพื่อให้เลือดออกมา เพราะจะทำให้เกิดบาดแผลมากขึ้น
- 1.2 ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นถูกผิวหนังไม่ว่าจะมีบาดแผลหรือไม่ก็ตาม ให้ล้างบริเวณนั้นด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด หากพบว่ามีบาดแผลให้ใช้ 4% Chlorhexidine พอกล้างให้สะอาด และทาด้วย 70% Alcohol หรือ 10% Iodophore
- 1.3 ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหรือ 0.9% NSS มากๆ หรือถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งสัมผัสเยื่อบุต่างๆ ให้ล้างออกด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายออกแล้วล้างปาก กลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง

2. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดหรือของเหลวของต้นตอแหล่งสัมผัส

2.1. การประเมินต้นตอแหล่งสัมผัส (Source Assessment)

กรณีไม่รู้ต้นตอแหล่งสัมผัส

การประเมินว่าผู้เป็นต้นตอแหล่งสัมผัสติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ สามารถดูได้จากผลตัวอย่างเลือด (Anti - HIV) ของผู้เป็นต้นตอดังกล่าว กรณีที่ทราบผลอยู่แล้วว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ให้ดูระยะของโรค ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยาต้านไวรัส การตรวจระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ (CD4) การตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HIV RNA) การตรวจเชื้อดื้อยา และการตรวจยีนส์เอชไอวีดื้อยา สำหรับกรณีที่สามารถหาผลดังกล่าวได้

กรณีที่ผู้เป็นต้นตอแหล่งสัมผัส ยินยอมให้ตรวจเลือด และผลตรวจตัวอย่างเลือดเป็นลบ แต่ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง แล้วพบว่าเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาก ให้ถือว่าผู้เป็นต้นตอแหล่งสัมผัสอาจติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้เป็นต้นตอแหล่งสัมผัสดังกล่าว อาจอยู่ในช่วง ที่ติดเชื้อใหม่ โดยที่ผลตรวจตัวอย่างเลือด แอนติบอดียังไม่แสดงผล (Window period)

กรณีที่ผู้เป็นต้นตอแหล่งสัมผัสไม่ยินยอมให้ตรวจเลือด ถ้าพิจารณาแล้วแหล่งต้นตอมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ให้พิจารณาปกป้องบุคลากรผู้สัมผัส

นอกจากนี้ควรมีการประเมินการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และไวรัสตับอักเสบบี (Anti - HCV) ไปพร้อมกันด้วย โดยการตรวจตัวอย่างเลือดทางห้องปฏิบัติการควรเป็นการตรวจด้วยวิธีเร่งด่วน ก่อน และตรวจซ้ำด้วยวิธีมาตรฐานต่อไป

กรณีที่ไม่รู้ต้นตอแหล่งสัมผัส

การพิจารณาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้พิจารณาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากมีข้อสงสัยว่าแหล่งต้นตออาจมีการติดเชื้อเอชไอวี ให้พิจารณาป้องกันกับบุคลากรผู้สัมผัส

2.2. การประเมินบุคลากรสัมผัสเลือด หรือของเหลวจากลักษณะของการสัมผัส ชนิดของบาดแผล และปริมาณเลือดหรือของเหลวจากร่างกายที่สัมผัส

2.2.1. การประเมินภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี

(1) ซักประวัติ

(2) ตรวจ Ant - HIV, HBsAg, Anti - HCV โดยการตรวจตัวอย่างเลือดทางห้องปฏิบัติการควรเป็นการตรวจด้วยวิธีเร่งด่วน และตรวจซ้ำด้วยวิธีมาตรฐานต่อไป

(3) หากบุคลากรปฏิเสธการตรวจเลือด ให้พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมเป็นรายๆ ไป

2.2.2. ลักษณะการสัมผัส

แนวทางปฏิบัติในปัจจุบันไม่จำเป็นต้องแยกประเภทและลักษณะของการสัมผัส

(Percutaneous or mucous membrane exposure, severe or less severe, small volume or large volume) เพื่อการพิจารณาสูตรยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่การแยกลักษณะการสัมผัสยังเป็นเป็นโยชนในการให้คำปรึกษาถึงโอกาสติดเชื้อ

3. การป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (Post Exposure Prophylaxis: PEP)

กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Occupational exposed group) มีแนวทางปฏิบัติดังแสดงตามแผนภูมิที่ 1 และการประเมินพื้นฐานก่อนให้ occupational post exposure prophylaxis for HIV (HIV oPEP) และการประเมินติดตามบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสหลังให้ HIV oPEP แสดงดังตารางที่ 1 บุคลากรที่สัมผัสควรได้รับการติดตามประเมินหลังสัมผัสภายใน 72 ชม. ติดตามเจาะเลือดบุคลากรเพื่อตรวจ anti-HIV ซ้ำหลังสัมผัส 4 สัปดาห์ 3 เดือน และอีกหนึ่งครั้งที่ 6 เดือนในกรณีที่ anti - HIV เป็น 3rd generation (แต่ถ้าบุคลากรที่สัมผัสมีการติดเชื้อ HCV จากแหล่งสัมผัสด้วยควรเจาะเลือดตรวจ anti - HIV ซ้ำหลังสัมผัส 12 เดือนอีกหนึ่งครั้ง) ในช่วงเวลานี้บุคลากรที่สัมผัสควรงดบริจาคเลือดอวัยวะและอสุจิให้ สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและ /หรืออาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลันและให้มาพบแพทย์ทันทีในกรณีที่สงสัยควรตรวจ Complete blood count (CBC) Blood urea nitrogen (BUN) Creatinine และ Liver function test (LFT) เป็นพื้นฐานก่อนให้ ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและตรวจติดตามในกรณีที่มีอาการและ /หรืออาการแสดงสงสัยผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

- 3.1 ผลการตรวจทางน้ำเหลืองวิทยา (Serology) ของไวรัสเอชไอวีไวรัสตับอักเสบบีและซีในกรณีที่
ยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายนั้นมีผล Anti - HIV, HBsAg และ Anti - HCV เป็นบวกหรือไม่ให้ส่งเลือด
ผู้ป่วยตรวจดังกล่าวด้วยการตรวจวิธีเร่งด่วนและตรวจซ้ำด้วยวิธีมาตรฐานต่อไป
- 3.2 ถ้าผู้ป่วยที่เป็นต้นเหตุมี Anti - HIV เป็นบวกเจาะเลือดบุคลากรเพื่อตรวจหา Anti - HIV ทันที
หรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับอุบัติเหตุด้วยการตรวจวิธีเร่งด่วนและตรวจซ้ำด้วยวิธี
มาตรฐานต่อไป
- 3.3 ถ้าผู้ป่วยที่เป็นต้นเหตุมี HBsAg เป็นบวกให้ตรวจ Anti - HBs ทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงด้วยวิธี
เร่งด่วนสำหรับบุคลากรที่ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มแต่ไม่มีภูมิคุ้มกันหรือไม่
ทราบว่ามีภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอหรือไม่ (ค่าภูมิคุ้มกันตั้งแต่ 10mIU/ml ขึ้นไปถือว่าภูมิคุ้มกัน
เพียงพอ) พิจารณาให้วัคซีนและ/หรือ hepatitis B immunoglobulin (HBIG) ต่อไป
- 3.4 ถ้าผู้ป่วยที่เป็นต้นเหตุมี Anti - HCV เป็นบวกให้บุคลากรตรวจ Anti - HCV และ Alanine
Aminotransferase (ALT) ทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงอย่างไรก็ดีในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ป้องกันการ
การติดเชื้อ HCV หลังสัมผัส
- 3.5 ในกรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครหรือไม่สามารถเจาะเลือดผู้ป่วยได้ให้เจาะเลือด บุคลากรตาม
ข้อ 3.2, 3.3 และ 3.4

ตารางที่ 2 การประเมินพื้นฐานก่อนให้ HIV oPEP และการประเมินติดตามหลังให้ HIV oPEP

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	แหล่งสัมผัส	บุคลากรทางการแพทย์			
		ระหว่างการทานยา		การติดตาม	
		Baseline	อาการบ่งชี้ ¹	4 สัปดาห์	3 เดือน
Anti-HIV (rapid test) ²	✓Yes	✓Yes	✓Yes	✓Yes	✓Yes
CBC, BUN, Cr, LFT ³	✗No	✓Yes	✓Yes	✓Yes	✗No
HIV-PCR or viral load	✓Y/✗N ⁴	✗No	✓Yes	✗No	✗No
HBsAg	✓Yes	✓Yes ⁵	✓Yes	✗No	Y ⁵ /N
AntiHBs ⁶	No	Yes	No	Y/N ⁷	No
AntiHCV	Yes	Yes	No	No	Y/N ⁸
HCV RNA	Y ⁹ /N	No	Yes	No	No

1. อาการหรืออาการแสดงที่สงสัยผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น
อาการที่สงสัย acute HIV infection เช่น ไข้ ต่อมทอนซิลโต
อาการที่สงสัยไวรัสตับอักเสบบี เช่น ไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ตัวตาเหลือง
2. Anti-HIV ต้องเป็น 4th generation ถ้า Anti-HIV เป็น 3rd generation แนะนำให้ตรวจที่ 6 เดือนอีก
1 ครั้ง แต่ถ้า source patient มี HCV co - infection ร่วมด้วย ให้ตรวจที่ 12 เดือนอีก 1 ครั้ง
3. พิจารณาตรวจที่ 1 – 2 สัปดาห์ หลังเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อคัดกรองผลข้างเคียงจากยา
ต้านไวรัส

4. พิจารณาตรวจในกรณีที่ source patient มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ภายในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานหรือมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัย acute HIV infection
5. พิจารณาตรวจในกรณีที่ source มี HBsAg เป็นบวกและบุคลากรไม่มี anti-HBs มาก่อน
6. ในกรณีที่เคยตรวจมาก่อนและทราบว่าผลเป็นบวกอาจจะพิจารณาไม่ส่งตรวจซ้ำ
7. ในกรณีที่มีประวัติเคยได้ vaccine ครบ 3 เข็มมาก่อนแต่ตรวจไม่พบผลบวกที่ baseline หรือจาก ประวัติที่เคยตรวจมาก่อนหน้านี้
8. พิจารณาตรวจในกรณีที่ source patient มี HCV infection
9. พิจารณาตรวจถ้า source patient ตรวจพบ anti – HCV บวก

ข้อแนะนำการให้ยาต้านไวรัสสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสในบุคลากร

ในการให้ occupational post exposure prophylaxis for HIV: HIVoPEP จะต้องให้โดยเร็ว ที่สุดหลังสัมผัส (ภายใน 1 - 2 ชั่วโมง) และอย่างช้าไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังสัมผัส(ในกรณีที่สัมผัสเลือด หรือ สัมผัสหลังเกิน 72 ชั่วโมงหรือ unknown source ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อและ พิจารณาการให้ HIV oPEP เป็นรายๆไป) สูตรยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แสดงไว้ในตาราง ที่ 2 การกินยาต้านไวรัสสำหรับ HIV oPEP ต้องกินจนครบ 4 สัปดาห์และควรอยู่ภายใต้การติดตามดูแล ของแพทย์โดยสูตรยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 3 สูตรยาต้านไวรัสใน HIV oPEP*

สูตรยาต้านไวรัส		หมายเหตุ
A	☐ TDF + 3TC or FTC + Lopinavir/ritonavir** ☐ TDF + 3TC or FTC + Rilpivirine	พิจารณาสูตร A เป็นลำดับแรกสำหรับ โรงพยาบาลทั่วไป
B	☐ TDF + 3TC or FTC + Raltegravir ☐ TDF + 3TC or FTC + Atazanavir/ritonavir** ☐ TDF + 3TC or FTC+ Darunavir/ritonavir**	สามารถให้แทนสูตร A ได้ หรือ ปรึกษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อก่อน เริ่มยา
C	☐ AZT แทน TDF ในสูตร A หรือ B	ในบุคลากรที่มี estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 60มล./นาที

ตัวย่อ: TDF = tenofovir, 3TC = lamivudine, FTC = emtricitabine, AZT = zidovudine

ขนาดยา:

TDF	= 300 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
AZT	= 200-300 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง (ขึ้นกับน้ำหนักตัว)
3TC	= 300 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งหรือ 150 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง
Rilpivirine	= 25 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
Raltegravir	= 400 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง
Lopinavir/ritonavir	= 400 มิลลิกรัมของ Lopinavir/100 มิลลิกรัมของ ritonavir ทุก 12 ชั่วโมง
Atazanavir/ritonavir	= 300 มิลลิกรัมของ Atazanavir/100 มิลลิกรัมของ ritonavir วันละ 1 ครั้ง
Darunavir/ritonavir	= 800 มิลลิกรัมของ Darunavir/100 มิลลิกรัมของ ritonavir วันละ 1 ครั้ง หรือ 600 มิลลิกรัมของ Darunavir /100 มิลลิกรัมของ ritonavir ทุก 12 ชั่วโมง

*การส่งยาอื่นๆนอกเหนือจากนี้เช่นกรณี source patient มีปัญหา HIV drug - resistant ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ

** ก่อนให้ยาต้องตรวจสอบ drug – drug interactionกับยาที่บุคลากรรับประทานอยู่

หมายเหตุ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในกรณีดังต่อไปนี้

1. กรณีทราบผลเลือดแหล่งต้นตอ เช่น ไวรัสเอชไอวีที่ดื้อยา
2. ผู้สัมผัสเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาป้องกันอุบัติเหตุ
3. ผู้สัมผัสมีโรคประจำตัวรุนแรง ได้แก่ ตับอักเสบ ไตอักเสบ หรือรับประทานยาประจำตัวหลายชนิด
4. ผู้สัมผัสตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

เอกสารอ้างอิง

1. Kuhar DT, Henderson DK, Kimberly KA, *et al.* Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34(9):875-892.
2. New York State Department of Health AIDS Institute. HIV prophylaxis following occupational exposure. 2012 [cited 2014, May 16]. Available from <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/post-exposure-prophylaxis/hiv-prophylaxis-following-occupational-exposure>
3. Landovitz RJ, Currier JS. Postexposure Prophylaxis for HIV Infection. *N Engl J Med* 2009; 361:1768-1775.
4. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, *et al.* A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med*. 1997;337(21):1485-90.
5. Ippolito G, Puro V, De Carli G. The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers. Italian Multicenter Study. The Italian Study Group on Occupational Risk of HIV infection. *Arch Intern Med* 1993;153(12):1451-8.
6. Henderson DK, Fahey BJ, Willy M, *et al.* Risk for occupational transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) associated with clinical exposures. A prospective evaluation. *Ann Intern Med*. 1990;113(10):740-6.
7. Postexposure Prophylaxis to Prevent Hepatitis B Virus Infection. *MMWR* 2006; 55 (RR16);30-31.
8. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 2001; 50(RR11);1-42

บทที่ 5

ระบบการเฝ้าระวังโรคและการรายงาน

5.1 ระบบการเฝ้าระวังโรค

ระบบการเฝ้าระวังโรคติดเชื่อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง มีขั้นตอนของการเฝ้าระวังโรคและองค์ประกอบ ด้วยการรวบรวมข้อมูล (Collection of Data) โดยการสังเกต ซักถาม ตรวจสอบและบันทึก ดังต่อไปนี้

1. การเรียบเรียง (Consolidation) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มากจัดให้เป็นหมวดหมู่ ให้เห็นลักษณะของตัวแปรต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การใช้แบบรายงานที่เป็นมาตรฐาน
2. การแปลผล (Interpretation) เป็นการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลตามประเด็นต่างๆ เพื่อแสดงลักษณะของประชากรและลักษณะการกระจายของโรคตามตัวแปรต่างๆ
3. การกระจายข่าวสาร (Dissemination) เป็นการรายงานผลไปให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ (บางกรณีหรือบางรายอาจพิจารณาเป็นชั้นความลับ) ขั้นตอนนี้มีความสำคัญต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
4. การสอบสวนโรค และแก้ไขปัญหา โดยเมื่อเกิดเหตุจะต้องดำเนินการสอบสวน ช่วยเหลือและจัดหาเวชภัณฑ์ที่จำเป็นทันที ทั้งแหล่งสัมผัสและผู้สัมผัส การดำเนินการที่ล่าช้าจะทำให้เกิดการสูญหายของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

5.2 ประวัติการให้การป้องกันการติดเชื่อจากการสัมผัส

- ค.ศ. 1987 มีการค้นพบยาต้านไวรัส Zidovudine (AZT) และได้มีการนำมาใช้ในสหรัฐอเมริกาเป็นยาต้านไวรัสตัวแรกที่ทำให้นำมาใช้รักษาโรคเอดส์ที่ได้ผลดี ต่อมา มีการทดลองใช้ในการป้องกันหลังสัมผัสของบุคลากรทางการแพทย์ และให้หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการติดเชื่อจากแม่สู่ลูก
- ค.ศ. 1990 Center of Diseases Control and Prevention(CDC) ของสหรัฐอเมริกา เสนอแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรหลังสัมผัส (Guideline for Occupational Post Exposure Prophylaxis)
- ค.ศ. 1995 Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) เสนอแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรหลังสัมผัส และมีการรวบรวมผลจากกรณีศึกษาในประเทศต่าง ๆ
- ค.ศ. 1996 สหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย และบราซิล มีการศึกษาป้องกันหลังสัมผัสในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Non-occupational Post Exposure Prophylaxis) เฉพาะในกรณีการล่วงละเมิดทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ยินยอม (sexual assault and consensual sex)
- US Public Health Service (PHS) แนะนำให้มีการใช้ PEP เพื่อการป้องกันของกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ครั้งแรก)

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื่อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

- ค.ศ. 1998 CDC ของสหรัฐอเมริกา เสนอแนวทางปฏิบัติการป้องกันหลังสัมผัสของกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยระบุการประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อและยาต้านไวรัสที่ใช้ 2-3 ชนิด รวมถึงระยะเวลาที่ให้ยาต้านไวรัสหลังสัมผัสไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยให้ยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา 28 วัน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำมาปรับใช้เป็น “แนวทางการปฏิบัติเมื่อบุคลากรถูกของมีคมที่สัมผัสเลือดหรือของเหลวของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ขณะปฏิบัติหน้าที่” และมีการกำหนดให้ใช้ทั่วประเทศในปี ค.ศ. 2000
- ค.ศ. 1998 CDC ของสหรัฐอเมริกา เสนอแนวทางปฏิบัติการให้การป้องกันหลังสัมผัสในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการทางการแพทย์
- ค.ศ. 1999 แอฟริกาใต้ มีการศึกษาเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และการป้องกันหลังสัมผัสให้ผู้ถูกละเมิดทางเพศ
- ค.ศ. 2001 US PHS ของสหรัฐอเมริกา ทบทวนแนวทางปฏิบัติการป้องกันหลังสัมผัสของกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ครั้งที่ 2)
- ค.ศ. 2003 เคนยา มีการศึกษาเรื่องการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสในผู้ถูกละเมิดทางเพศ
- ค.ศ. 2004 องค์การอนามัยโลกเสนอแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสในผู้ลี้ภัยสงคราม (Refugees)
- ค.ศ. 2005 CDC ของสหรัฐอเมริกา มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการให้การป้องกันหลังสัมผัสในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการทางการแพทย์
- ค.ศ. 2005 US PHS มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการป้องกันหลังสัมผัสของกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ครั้งที่ 3)
- ค.ศ. 2005 US PHS ของสหรัฐอเมริกา มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการให้การป้องกันหลังสัมผัสในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและประโยชน์ที่ได้หลังจากการใช้ PEP ด้วยยาที่ได้รับการอนุมัติโดย Food and Drug Administration (FDA)
- ค.ศ. 2013 US PHS ของสหรัฐอเมริกา มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการให้การป้องกันหลังสัมผัสในกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อแนะนำแนวทางปฏิบัติ การให้ยา การตรวจเลือด และการรายงานข้อมูล (ครั้งที่ 4)

4. รายละเอียดของต้นตอแหล่งสัมผัส เช่น สถานการณ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี หรือเอชไอวีที่เป็นต้นตอแหล่งสัมผัส
5. รายละเอียดของบุคลากรที่สัมผัสเลือด หรือของเหลว เช่น สถานการณ์มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี
6. รายละเอียดการให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุคลากรที่สัมผัสเลือด หรือของเหลว

5.5 ตัวอย่างแบบบันทึก และรายงานสำหรับบุคลากร

กรณีเกิดอุบัติเหตุถูกเข็ม ของมีคมที่มิดำ/บาด หรือสัมผัสเลือด/ของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ

แบบรายงานการสัมผัสถูกเลือด / สารคัดหลั่ง / ของมีคมที่มิดำ

รหัส □-□□□ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ชื่อ.....รหัสโรงพยาบาล □□□□□□

☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว หน่วยงานที่ปฏิบัติงานประจำ.....

1. รหัส B □□□□ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

2. วันที่สัมผัส □□/□□/□□ (วัน/เดือน/ปี)

3. เวลาที่เกิดการสัมผัส ☐ 08.30 – 16.30 น. ☐ 16.30 – 24.00 น. ☐ 00.01 – 08.30 น.

1. ชื่อผู้ป่วยต้นตอ..... HN.....ผลเลือดHIV.....

5. ประเภทบุคลากร () แพทย์ (..... Staff Resident Intern Extern)

() ทันตแพทย์ () พยาบาล (.....RNTN) () จนท.วิทยาศาสตร์ () ผู้ช่วยเหลือคนไข้

() อื่นๆ ระบุ.....เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้

6. การบาดเจ็บเกิดขึ้นที่ (สถานที่เกิดเหตุ).....

7. สามารถระบุผู้ป่วยต้นตอได้หรือไม่ ☐ 1. ได้ ☐ 2. ไม่ได้

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มที่มิดำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

8. ขณะเกิดอุบัติเหตุได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (PPE) หรือไม่

- () สวมอุปกรณ์ป้องกัน
 () ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน
 () สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม

อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ใช้ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- () ถุงมือ 2 ข้าง () ถุงมือข้างเดียว () mask () แว่นตา () เสื้อคลุม
 () หน้ากาก () รองเท้าบูท () อื่นๆ (โปรดระบุ)

กรณีสัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่ง ตอบข้อ 9 – 17, 27 – 29

กรณีได้รับบาดเจ็บจากของมีคมตำตอบข้อ 15 – 29

9. ของเหลวจากร่างกายที่สัมผัส (เลือด, น้ำคร่ำ,..... ฯลฯ).....

10. บริเวณที่ถูกสัมผัส.....

11. เลือดหรือสารคัดหลั่งนั้น

- ☐ 1. สัมผัสถูกผิวหนังที่ไม่มีการป้องกัน
☐ 2. สัมผัสถูกผิวหนังระหว่างช่องว่างของชุดที่สวม
☐ 3. เปียกโชกผ่านชุดที่สวมป้องกันหรือผ่านเครื่องป้องกัน
☐ 4. เปียกโชกผ่านชุดที่สวม
☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

12. การสัมผัสนั้นเป็นผลมาจากอะไร (ให้อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น).....

.....

13. ระยะเวลาที่เลือดหรือของเหลวจากร่างกายสัมผัสถูกผิวหนังหรือเยื่อเมือก(ระบุเวลา).....

14. ปริมาณของเลือดหรือของเหลวจากร่างกาย ที่สัมผัสถูกผิวหนังหรือเยื่อเมือก

- () จำนวนเล็กน้อย (มากถึง 5 ซีซี, หรือมากถึงข้อนิ้ว)
 () จำนวนปานกลาง(มากถึง 5 ซีซี, หรือมากถึงหนึ่งส่วนสี่แก้ว)
 () จำนวนมาก (มากกว่า 50 ซีซี)

15. อุบัติเหตุการสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นเมื่อ

- () ขณะกำลังใช้ของมีคม
 () หลังใช้ของมีคม ก่อนทิ้ง
 () ขณะทิ้งของมีคม
 () ของมีคมถูกวาง/ทิ้งไว้ในตำแหน่ง/บริเวณที่ไม่เหมาะสม
 () ขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์
 () สวมปลอกเข็มกลับคืน
 () ก่อนใช้ของมีคม
 () เข็ม/ของมีคม ทิ่มแทงทะลุจากขยะ
 () อื่นๆ ระบุ.....

การสัมผัสเลือด/ของเหลวเกิดขึ้นที่ไหน

- () ห้องผู้ป่วย/ward () OR () ER
 () LR & Delivery room () ICU () OPD
 () ห้องที่ทำ Treatment () อื่นๆ โปรดระบุ.....

16. ขณะเกิดอุบัติเหตุ เป็นการทำงานที่มีลักษณะต้องปฏิบัติตาม

- () ถูกเดินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย () ไม่ถูกเดินแต่เร่งรีบทำงาน () ไม่ถูกเดิน ไม่เร่งรีบ

17. ท่านคิดว่าท่านทราบวิธีการใช้งานของอุปกรณ์อย่างถูกต้องหรือไม่.....

18. ชนิดของเข็ม/ของมีคม

- () เข็มเจาะเลือด
 () เข็มฉีดยา
 () เข็มเย็บแผล
 () ใบมีด
 () IV catheter
 () อื่นๆ ระบุ.....

19. ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นผู้ที่ใช้วัสดุมีคมนั้นเองหรือไม่

- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่

19.1 ของมีคมนั้นมีการปนเปื้อนสารคัดหลั่งหรือไม่

- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่

20. ใช้ของมีคมนั้นในการทำหัตถการใด (ฉีดยา, เจาะเลือด ฯลฯ).....

21. การบาดเจ็บเกิดขึ้นขณะปฏิบัติอะไร (ก่อนใช้อุปกรณ์, หลังใช้อุปกรณ์, สวมปลอกเข็ม ฯลฯ).....

22. อุปกรณ์ชนิดใดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ (ระบุชนิดของอุปกรณ์).....

23. หากวัสดุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บนั้นเป็นเข็ม หรืออุปกรณ์การแพทย์ที่มีความคม อุปกรณ์เหล่านั้นได้รับการออกแบบให้ใช้อย่างปลอดภัย (Safety Design) หรือไม่

- () 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่

24. การบาดเจ็บนั้น

- () 1. เล็กน้อย () 2. ปานกลาง () 3. รุนแรง

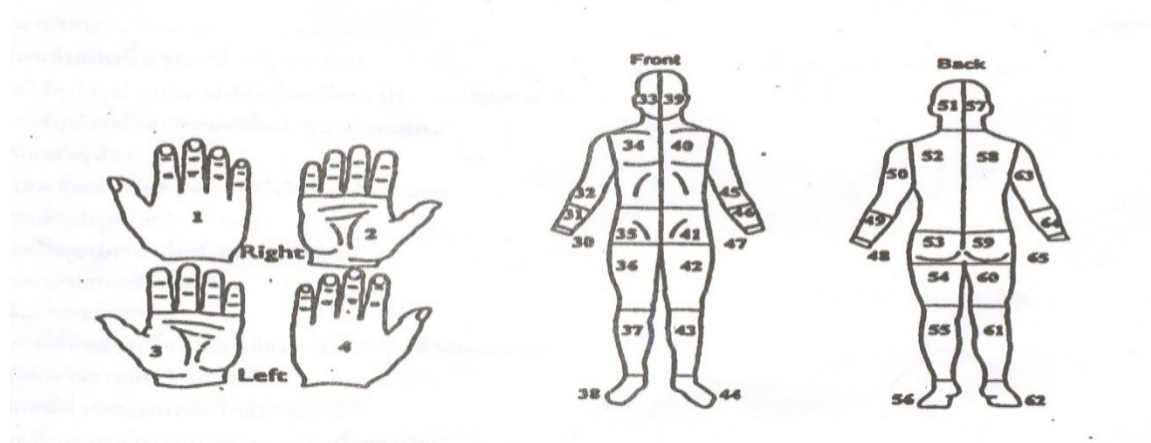
25. หากเกิดการบาดเจ็บที่มือ ของมีคมนั้นทะลุผ่าน

- () 1. ถูมือ 1 ชั้น () 2. ถูมือ 2 ชั้น () 3. ไม่ได้สวมถุงมือ

26. บุคลากรนั้นถนัดมือ

- () 1. ขวา () 2. ซ้าย

27. ทำเครื่องหมายตำแหน่งและบริเวณที่สัมผัส/ได้รับบาดเจ็บ



28. อธิบายเหตุการณ์ที่นำไปสู่การสัมผัสถูกเลือดหรือสารคัดหลั่ง/บาดเจ็บ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

29. การปฏิบัติตนหลังได้รับอุบัติเหตุ : การปฐมพยาบาลเบื้องต้น () ได้ทำ () ไม่ได้ทำ

() ได้รับประทานยา stat dose เมื่อ นาที่ หรือ ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ

ยาที่ได้รับ () TDF 300 mg + 3TC 150 mg

() อื่นๆ ได้แก่

() ไม่ได้รับประทานยา stat dose ภายใน 72 ชั่วโมง เนื่องจาก

.....

.....

.....

ผู้ประสบเหตุ.....

(.....)

พยาน.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 3 สำหรับ ICN

การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ () บุคลากรทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ () ทราบ () ไม่ทราบ () บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสียของการตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ () บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้ง S/E ที่อาจเกิดขึ้น () ทราบ () ไม่ทราบ () บุคลากรทราบถึงความสำคัญของการได้รับการติดตามภาวะสุขภาพ : () ทราบ () ไม่ทราบ	การรับรู้ของบุคลากร () รับรู้ () ไม่รับรู้ () ไม่แน่ใจ
---	---

ผลการตรวจเลือดหลังเกิดอุบัติเหตุทันที (Day 0)

Hemoglobinmg% Hematocrit ... mg% Neutrophil%	Anti-HIV () บวก
	() ลบ
Red cell morphology	HBsAg () บวก
	() ลบ
WBC count Per cu.mm. Eosinophil...%	Anti-HB () บวก
	() ลบ
SGOT SGPT BUN Cr UA	

การนัดตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

() นัดครั้งที่ 1* (สัปดาห์ที่ 2 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่/...../.....

() นัดครั้งที่ 2* (สัปดาห์ที่ 4 หลังรับประทานยาต่อเนื่อง) วันที่/...../.....

* หมายเหตุ เพื่อตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการทำงานของตับและไต ได้แก่ CBC, SGOT, SGPT, BUN, Cr, UA

() นัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) วันที่/...../.....

() นัดครั้งที่ 4 (เดือนที่ 3) วันที่/...../.....

() นัดครั้งที่ 5 (เดือนที่ 6) วันที่/...../.....

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

ผลการรับประทานยา

() ไม่ครบ รับประทานยาได้ วัน/สัปดาห์

เหตุผลที่หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ () ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ () อื่น ๆ ระบุ

() รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์

() ไม่มีผลข้างเคียงของยา

() มีผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ☐ คลื่นไส้อาเจียน ☐ ผอม ☐ เบื่ออาหาร

☐ ปวดศีรษะ ☐ น้ำหนักลด ☐ ตาเหลือง/ตัวเหลือง

☐ มึนงง/เวียนศีรษะ ☐ ผื่น ☐ อื่น ๆ

ผลการตรวจเลือดบุคลากร

สัปดาห์ที่ 2 WBC count per cu., mm. Hematocrit ... mg% Lymphocyte ...% Red cell morphology Monocyte% Basophil% Hemoglobin Mg% Hematocrit..... mg% Eosinophil...% Band form% SGOT SGPT BUN Cr UA	สัปดาห์ที่ 4 Anti-HIV () บวก () ลบ เดือนที่ 3 Anti-HIV () บวก () ลบ เดือนที่ 6 Anti-HIV () บวก () ลบ
สัปดาห์ที่ 4 WBC count per cu., mm. Hematocrit ... mg% Lymphocyte ...% Red cell morphology Monocyte% Basophil% Hemoglobin Mg% Hematocrit..... mg% Eosinophil...% Band form% SGOT SGPT BUN Cr UA	

ICN ผู้ให้คำปรึกษา / บันทึก

วันที่/...../.....

เอกสารอ้างอิง

1. *Guidelines for POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS TO PREVENT HIV INFECTION* Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection, World Health Organization, 2007 *Focusing on Occupational post - exposure prophylaxis : 4.3 Clinical management of occupational HIV exposure.* Page 38 - 47
2. *Guidelines for POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS TO PREVENT HIV INFECTION* Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection, World Health Organization, 2007 *Focusing on Occupational post -exposure prophylaxis : Patient information sheet 4: post-exposure prophylaxis medicine.* Page 80 - 81
3. *Guidelines for POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS TO PREVENT HIV INFECTION* Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection, World Health Organization, 2007 *Focusing on Occupational post -exposure prophylaxis : Annex 5 Sample checklists for the clinical management of HIV post -exposure prophylaxis.* Page 85 - 87
4. *Guidelines for POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS TO PREVENT HIV INFECTION* Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection, World Health Organization, 2007 *Focusing on Occupational post -exposure prophylaxis : Annex 7 Sample documentation templates.* Page 89 - 91
5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย; 2547 กระทรวงสาธารณสุข . แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย; 2549/2550.

ภาคผนวก

1. เครื่องป้องกันร่างกาย (Protective Equipment)
2. ค่ามาตรฐานแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ของสมาคมไฟฟ้าแสงสว่างแห่งประเทศไทย
3. ระเบียบ/ค่าชดเชย
4. กฎหมายในต่างประเทศ
5. คณะทำงาน/ผู้จัดทำ

1. เครื่องป้องกันร่างกาย (Protective Equipment)

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยใช้เครื่องป้องกันร่างกาย

หลักการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย

1. ใช้เมื่อจำเป็น ควรใช้เครื่องป้องกันร่างกายเฉพาะในกรณีที่มีข้อ บ่งชี้ให้ใช้เท่านั้น และเมื่อหมดกิจกรรมนั้นแล้วให้ถอดเครื่องป้องกันร่างกายนั้นออก
2. เลือกใช้เครื่องป้องกันให้เหมาะสมแก่งาน การเลือกใช้เครื่อง ป้องกันร่างกายแต่ละชนิดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ว่าต้องการป้องกัน ใครและอวัยวะส่วนใด ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ถึงกิจกรรมแต่ละ อย่างเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรคหรือสารพิษหรือไม่
3. เลือกใช้ขนาดที่พอดี ต้องใช้เครื่องป้องกัน ร่างกายที่มีขนาดเหมาะสมเพื่อให้ได้ผลดีในด้าน การป้องกัน และสะดวกต่อการปฏิบัติงาน
4. เลือกใช้ให้เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจ
5. การหมั่นเวียนและกำจัดอย่างเหมาะสม

การใช้เครื่องป้องกันร่างกาย

เครื่องป้องกันร่างกายที่ใช้ทางการแพทย์ประกอบด้วย

1. หมวก (cap)
2. แว่นป้องกันตา (eye - ware)
3. ผ้าปิดปาก - จมูก (mask)
4. ถุงมือ (glove)
5. เสื้อคลุม (gown)
6. ผ้ากันเปื้อน (apron)
7. รองเท้า (foot - ware)

เครื่องป้องกันร่างกาย

1. หมวก

- คุณสมบัติทำด้วยผ้าหรือกระดาษ ต้องมีขนาด พอดีที่จะคลุมผมได้หมด
- ประโยชน์ของหมวก ที่สำคัญคือป้องกันศีรษะ และเส้นผมของผู้สวม

บุคลากรควรสวมหมวกในกรณีต่อไปนี้

1. ผ่าตัดหรือช่วยผ่าตัด
2. ปฏิบัติงานอยู่ในสถานที่ที่ต้องการความสะอาด เช่น ห้องผ่าตัดและบริเวณใกล้เคียง
3. ขณะปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัสดุปราศจากเชื้อ เช่น เติรียมา สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด

2. แวนป้องกันตา ต้องเป็นแว่นที่ปกปิดเพื่อป้องกันสิ่งปนเปื้อน เชื้อโรคที่เป็นน้ำ หรือละอองไม่ให้กระเด็น หรือพุ่งเข้าตา

ข้อบ่งชี้ในการใส่แว่นป้องกันตา

1. หัตถการที่อาจจะมีเลือดกระเด็นเข้าตา เช่น การผ่าตัด การทำคลอด
2. หัตถการที่คาดว่าจะมีสารคัดหลั่งพุ่งเข้าตา เช่น การดูดเสมหะ ผู้ป่วย
3. หัตถการที่อาจจะมีละอองฝอยเข้าตา เช่น การกรอฟัน การกรอหรือ เลื่อยกระดูก การปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ ฯลฯ

วัสดุที่ใช้ป้องกันตา มี 4 ชนิด ดังนี้

1. แวนตาธรรมดา ไม่มีแผงป้องกัน สารน้ำหรือละอองจะเข้าตา ได้จากด้านข้างและด้านล่างไม่เหมาะสมสำหรับหัตถการที่มีความเสี่ยง
2. แวนตาที่มีแผงกั้น แผงด้านข้างและด้านล่างจะกระชับกับ ใบหน้า ช่วยป้องกันสารน้ำและละอองได้ดี
3. แวนตาสำหรับสวมใส่ขณะว่ายน้ำ จะกระชับแน่นกับใบหน้า ป้องกันไม่ให้ละอองเข้าตา
4. หน้ากาก (face shield) อาจจะเป็นแผงติดกับกรอบ ใช้สวม ศีรษะ ข้อดีคือน้ำหนักน้อย ใส่สะดวก แต่การป้องกันน้ำหรือละอองที่เข้าทางด้านข้างและด้านล่างไม่ค่อยดี

3. ผ้าปิดปาก-จมูก

ข้อบ่งชี้ในการผูกผ้าปิดปาก-จมูก

1. การทำหัตถการ เช่น ผ่าตัด ฟอกผิวหนังผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ฯลฯ
2. เมื่อบุคลากรหรือผู้เยี่ยมไข้เป็นโรคที่ติดต่อได้ทางลมหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรค ฯลฯ
3. การดูแลผู้ป่วยหรือการปฏิบัติงานในห้องทดลองที่อาจจะมีเลือด สารน้ำหรือละอองของสิ่งเหล่านี้กระเด็นเข้าปาก จมูก

การปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเข้าทางลมหายใจ

- ควรสวมหน้ากากกรองอากาศ (high efficiency particulate air - HEPA filter mask)

กรณีที่จะต้องใช้หน้ากากกรองอากาศ

1. หัตถการที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อจากผู้ป่วย ได้แก่ การส่องกล้องเข้าทางเดินหายใจ (bronchoscopy) การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยไอ เป็นต้น
2. การปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการสูดเชื้อโรคเข้าทางเดินหายใจ เช่น การเพาะเชื้อ จากเสมหะ เป็นต้น

ขั้นตอนการสวมหน้ากากกรองอากาศ

- เลือกขนาดที่เหมาะสมกับตนเอง
- สวมให้คลุมจมูก ปากและคาง
- กดแถบลวดให้แนบสนิทกับจมูก
- คล้องเชือกเหนือศีรษะ
- ขยับให้หน้ากากกระชับพอดี

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานบุคลากร

- ตรวจสอบความแน่น (fit check)
- หายใจเข้า – หน้าการควรยุบตัวลงเล็กน้อย
- หายใจออก – สังเกตลมรั่วตามแนวสันจมูก คาง

4. ถุงมือ

ประโยชน์ของถุงมือที่ใช้ทางการแพทย์ มี 2 ประการ คือ

1. ป้องกันมือที่อยู่ในถุงมือมิให้สัมผัสกับสิ่งสกปรก สารพิษ หรือเชื้อโรค
2. ป้องกันสิ่งที่จับต้องมิให้เปื้อนสิ่งสกปรกหรือเชื้อโรค ที่อยู่บนมือ

ประเภทของถุงมือ

ถุงมือที่ใช้ในสถานพยาบาล มี 2 ประเภท คือ

1. ถุงมือปราศจากเชื้อ (sterile glove) อาจจะเป็นถุงมือที่ใช้ครั้งเดียว (disposable) หรือถุงมือที่ใช้แล้วนำไปล้างแล้วอบไอน้ำฆ่าเชื้อ (reusable) โดยทั่วไปมี 2 ขนาด คือ
 - 1.1 ถุงมือปราศจากเชื้อขนาดสั้น ใช้งานทั่วไป
 - 1.2 ถุงมือปราศจากเชื้อขนาดยาว ใช้สำหรับการล้างรถหรือผ่าตัด อวัยวะที่อยู่ลึก
2. ถุงมือสะอาด (non-sterile glove) เป็นถุงมือที่ไม่ได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย
 - 2.1 ถุงมือที่สวมเพื่อใช้ในการตรวจ (examination glove) ใช้สวม มือก่อนสัมผัสสิ่งของที่สกปรก มีพิษ หรือมีเชื้อโรค
 - 2.2 ถุงมืออย่างชนิดหนา (heavy-duty glove) เป็นถุงมือที่ใช้ในงานชักล้าง หรือหยิบจับของหนัก ๆ ที่สกปรก

ข้อบ่งชี้ในการใช้ถุงมือปราศจากเชื้อ มีดังนี้

1. เมื่อหยิบจับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ
2. เมื่อทำหัตถการ เช่น การเจาะ การผ่าตัด ฯลฯ

วิธีการใช้

1. ถุงมือปราศจากเชื้อ
 - 1.1 ก่อนใส่ถุงมือให้ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและน้ำยาทำลายเชื้อนาน 3-5 นาที (surgical hand washing) เพื่อป้องกันเชื้อบนมือมิให้ไปปนเปื้อน วัสดุ หรือร่างกายของผู้ป่วยที่จับต้องในกรณีที่ถุงมือขาด เนื่องจากถุงมือ ที่ใช้อาจจะขาดก่อนใช้หรือหลังจากการใช้ก็ได้ ในกรณีเช่นนี้มือที่สะอาด จะมีอันตรายน้อยกว่ามือที่สกปรก
 - 1.2 เมื่อล้างมือแล้วเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าปราศจากเชื้อจนแห้ง แล้วจึงสวมถุงมืออย่างถูกต้องวิธี โดยระวังมิให้ผิวหนังนอกของ ถุงมือสัมผัสกับผิวหนัง
 - 1.3 ถ้าถุงมือรั่วหรือขาดเล็กน้อยขณะใช้ ให้สวมถุงมือ ปราศจากเชื้อคู่อีกหนึ่งทีบลงบนถุงมือเก่า แต่ถ้าขาดมาก เช่น นิ้วทะลุถุงมือออกมา ให้ถอดถุงมือทิ้งแล้วล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้นก่อนสวมถุงมือใหม่

- 1.4 เมื่อเสร็จภารกิจ ให้เช็ดหรือล้างเลือดหรือหนองออกจากถุงมือให้มากที่สุด แล้วจึงถอดถุงมือใส่ลงในถังที่เตรียมไว้ เพื่อนำไป ซักล้างและเข้ากระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อต่อไป ถ้าเป็นถุงมือใช้ครั้งเดียว ให้ถอดทิ้งในถุงขยะติดเชื้อหลังจากใช้ทันทีโดยไม่ต้องเช็ด หรือล้าง
- 1.5 เมื่อถอดถุงมือแล้ว ให้ล้างมือด้วยน้ำและน้ำยาทำลายเชื้อนาน ประมาณ 30 วินาที (hygienic hand washing) เพื่อทำลายเชื้อบน ผิวหนังที่อาจติดมาเนื่องจากถุงมือรั่วหรือขาดระหว่างใช้งาน

ข้อบ่งชี้ในการใช้ถุงมือสะอาด มีดังนี้

1. การหยิบจับสิ่งของสกปรก น่ารังเกียจ มีสารพิษ หรือมีเชื้อ โรค
2. การจับต้องผู้ป่วยหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของผู้ป่วย ที่มีหรือคาดว่าจะมีเชื้อโรคอันตราย
3. การหยิบจับ ล้าง วัสดุหรือสถานที่ที่สกปรก หรือมีเชื้อโรค (ใช้ถุงมืออย่างชนิดหนา)

วิธีการใช้

2. ถุงมือสะอาด

- 2.1 ถ้ามีแผลที่มือหรือนิ้วมือ ให้ปิดแผลด้วยพลาสติกให้มิดชิดก่อน สวมถุงมือ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรก เชื้อโรค หรือสารพิษไม่ให้เข้าทาง บาดแผลในกรณีที่ถุงมือรั่วหรือขาด
- 2.2 การจับต้องผู้ป่วยรายใหม่ให้เปลี่ยนถุงมือคู่มือก่อนจับต้องผู้ป่วย รายใหม่
- 2.3 เมื่อเสร็จภารกิจแล้ว ถอดถุงมือทิ้งลงในถังรองรับเพื่อแช่ในน้ำยา ทำลายเชื้อก่อนซักล้างแล้วนำมาใช้ใหม่ต่อไป ถ้าเป็นถุงมือใช้ครั้งเดียว ให้ถอดทิ้งลงในถุงขยะติดเชื้อ
- 2.4 ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่หลังจากถอดถุงมือแล้ว

การสวมถุงมือโดยไม่จำเป็นที่พบได้บ่อย ๆ มีดังนี้

1. การจับต้องผู้ป่วยที่ไม่มีบาดแผล ไม่เป็นโรคติดต่อ เช่น การจับ ซีฟเจอร์ การวัดความดันโลหิต การวัดอุณหภูมิร่างกาย ฯลฯ
2. การทำงานเอกสารทั้งที่ยังสวมถุงมือ เช่น การเขียนรายงานการกรอกรายงาน เชื้อที่ติดบนถุงมือจะติดกับเอกสารที่สัมผัส คน ที่จับต้องต่อมาจะติดเชื้อได้
3. การไม่ถอดถุงมือแม้จับหุ้โทรศัพท์เปิดปิดประตูโดยใช่มือบิด ลูกบิด ฯลฯ

5. เลือคลวม

ข้อบ่งชี้ของการใส่เลือคลวม

1. เมื่อจะสัมผัสกับสิ่งที่มีเชื้อโรค เช่น การอุ้มเด็กที่มีแผลพุพองตามตัว
2. เพื่อป้องกันเชื้อโรคแพร่สู่ผู้ป่วย เช่น การทำผ่าตัด ทำคลอด ฯลฯ

6. ผ้ากันเปื้อน

- ผู้ปฏิบัติงานควรใส่ผ้ากันเปื้อนทับเสื้อผ้าที่สวมอยู่เช่น ขณะ ผ่าตัด เลือดอาจจะซึมผ่านเสื้อคลุม ถูกผิวหนังได้เสื้อคลุมได้หรือขณะล้างของสกปรก
- ผ้ากันเปื้อนในปัจจุบันส่วนใหญ่ทำด้วยพลาสติก อาจจะเป็น ชนิดที่ใช้ครั้งเดียวทิ้งหรือชนิดที่ซักล้างนำมาใช้ใหม่ได้การเลือกจะใช้ชนิดใดก็ขึ้นกับบริบทหรือเศรษฐกิจฐานะ โดยทั่วไปชนิดที่ใช้ครั้งเดียว จะมีราคาสูงกว่า

7. รองเท้า

ชนิดและประโยชน์ของรองเท้า

1. รองเท้าแตะ ส่วนใหญ่เป็นรองเท้าฟองน้ำ มีประโยชน์ในการ ลดเสียงดังเวลาเดิน และถ้าล้างทำความสะอาดจะช่วยลด ความสกปรกของพื้นและเชื้อโรคที่พื้นเมื่อเทียบกับรองเท้า ที่ใส่ทั่วไป
2. รองเท้ายางหุ้มข้อ (รองเท้าบูท) ใช้ป้องกันเท้าจากสารน้ำที่สกปรก

สถานที่ที่ควรใช้รองเท้าพิเศษ

1. ห้องผ่าตัด ผู้ที่จะเข้าห้องผ่าตัดต้องสวมรองเท้าสะอาด ส่วนใหญ่เป็น รองเท้าฟองน้ำ
2. หน่วยอภิบาลที่ต้องการความสะอาด เช่น หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ผู้ป่วยเปลี่ยนอวัยวะ หน่วยไตเทียม หอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อ เนื่องจากห้องแยกโรคจะติดตั้งตัวกรอง การใส่รองเท้าปกติเข้าไปดูแลผู้ป่วย จะทำให้ตัวกรองตันเร็วขึ้น
3. ห้องคลอด ผู้ทำคลอดควรใส่รองเท้ายางหุ้มข้อเพื่อป้องกันเลือดเปื้อนเท้า ขณะทำคลอด
4. บริเวณพื้นที่เปียก สกปรก มีเชื้อโรค เช่น ห้องน้ำ เรือนพักขยะ ผู้ปฏิบัติงานควรใส่รองเท้ายางหุ้มข้อ

การดูแลรองเท้า

1. รองเท้าที่ใส่เข้าบริเวณสะอาด ได้แก่ รองเท้าแตะฟองน้ำและ รองเท้าที่ใส่เข้าห้องผ่าตัดส่วนตัว ควรล้างด้วยน้ำและ ผงซักฟอก และเช็ดทำความสะอาดเมื่อสกปรก ไม่ใส่รองเท้า เหล่านี้เมื่อเดินไปบริเวณที่สกปรก เช่น เข้าห้องน้ำ บนถนน
2. รองเท้ายางหุ้มข้อ เมื่อใช้แล้ว ให้น้ำราดหรือฉีดกำจัดสิ่ง สกปรกที่เปื้อนอยู่ออกแล้วขัดล้างด้วยน้ำและ ผงซักฟอก นำไปผึ่งให้แห้ง

ขั้นตอนการใส่และถอดเครื่องป้องกันร่างกาย

ขั้นตอนการใส่เครื่องป้องกันร่างกาย

- 1) กาวน์Gown
- 2) Mask
- 3) แว่น Goggles/กระจังหน้าface shield
- 4) หมวก
- 5) ถุงมือGloves
- 6) รองเท้าบูท(Booth)/Apron ใส่เมื่อจำเป็น

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานบุคลากร

ขั้นตอนการถอดเครื่องป้องกันร่างกาย

- 1) ถุงมือ
- 2) หมวก
- 3) แว่นตา (Face shield or goggles)
- 4) เสื้อ (Gown) และรองเท้าน้ำ
- 5) Mask

ภาพแสดงการใส่เครื่องป้องกันร่างกาย



1. สวมใส่เสื้อกาวน์



2. สวมหน้ากากปิดจมูก



3. ใส่แว่นตา



4. ใส่หมวก



5. ใส่ถุงมือ

ภาพแสดงการถอดเครื่องป้องกันร่างกาย



1. ถอดถุงมือ



2. ถอดหมวก

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่ง
จากการปฏิบัติงานบุคลากร



3. ถอดแว่นตา



4. ถอดเสื้อกาวน์





5. ถอดหน้ากาก

ที่สำคัญ คือ การล้างมือทุกครั้งของการถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายแต่ละชนิด

ตารางที่ 4 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในกิจกรรมที่มีการปฏิบัติ**บ่อย**

กิจกรรม	อุปกรณ์							
	ถุงมือปราศจากเชื้อ	ถุงมือสะอาด	ถุงมือยางหนา	เสื้อคลุม	ผ้าปิดปากปิดจมูก	ผ้ากันเปื้อน	แว่นป้องกันตา	รองเท้าบูท
1. ฉีดยา	-	-/+	-	-	-	-	-	-
2. เจาะเลือด	-	+	-	-	-	-	-	-
3. ให้สารน้ำ - เลือด	-	+	-	-	-	-	-	-
4. ดูดเสมหะ	+	-	-	-	+	-	+	-
5. ดูแลผู้ป่วยเป็นเลือด หนอง สิ่งคัดหลั่ง ฯลฯ	-	+	-	-	-	+	-	-
6. ทำแผล ตักแต่งแผล	+	-	-	-	+	-	-	-
7. ทำความสะอาดเตียง	-	-	+	-	-	-	-	-
8. ล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว	-	-	+	-	+	+	+	-

ตารางที่ 5 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในกิจกรรมที่มีการปฏิบัติ**ไม่บ่อย**

กิจกรรม	อุปกรณ์							
	ถุงมือปราศจากเชื้อ	ถุงมือสะอาด	ถุงมือยางหนา	เสื้อคลุม	ผ้าปิดปากปิดจมูก	ผ้ากันเปื้อน	แว่นป้องกันตา	รองเท้าบูท
1. การตรวจพิเศษ เช่น เจาะเข่า ฯลฯ	+	-	-	-	+	-	-	-
2. เย็บแผลที่มีเลือดออกมาก	+	-	-	-	+	+	+	+
3. เย็บแผลที่มีเลือดออกไม่มาก	+	-	-	-	-	+	-	-
4. ใส่ท่อช่วยหายใจ	+	-	-	+	+	+	+	-
5. เจาะคอ	+	-	-	+	+	+	+	-
6. Cut Down	+	-	-	+	+	-	+	-
7. ช่วยหายใจด้วย Ambu bag	-	+	-	+	+	+	+	-
8. กู้ชีพ (CPR)	-	+	-	-	+	+	+	-
9. เตรียมผิวหนังเพื่อผ่าตัด	-	+	-	-	-	-	-	-
10. ทำความสะอาดแผล อุบัติเหตุ	+	-	-	-	+	+	+	-
11. ทำความสะอาดแผล ไฟไหม้น้ำร้อนลวก	+	-	-	-	+	+	-	-
12. ล้างท้อง	-	+	-	-	+	+	+	-
13. Blood Exchange	+	-	-	+	+	+	+	+
14. Hemodialysis	+	-	-	-	+	+	+	-
15. ตรวจภายในสตรี	-	+	-	-	+	+	-	-
16. ทำความสะอาด เตรียมคลอด	-	+	-	-	+	+	+	-
17. ทำคลอด	+	-	-	+	+	+	+	+
18. เช็ดตัวทารกแรกเกิด	+	-	-	-	+	+	-	-
19. ชูตมดลูก	+	-	-	+	+	+	+	-/+
20. แต่งศพ	-	+	-	-	+	+	-	-

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มที่ตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่ง
จากการปฏิบัติงานบุคลากร

ตารางที่ 6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในหน่วยงานพิเศษ

กิจกรรม	อุปกรณ์							
	ถุงมือ ปราศจากเชื้อ	ถุงมือ สะอาด	ถุงมือ ยางหนา	เสื้อคลุม	ผ้าปิดปาก ปิดจมูก	ผ้ากัน เปื้อน	แว่น ป้องกันตา	รองเท้าบูท
1. ทันตกรรม	-	+	-	+	+	-	+	-
2. ขึ้นสูตรสิ่งส่งตรวจ	-	+	-	+	-/+	-/+	-/+	-
3. ตรวจและเตรียมเลือด	-	+	-	+	-/+	-/+	-/+	-
4. ผ่าตัดเล็ก	+	-	-	-	+	-	+	-

การทำความสะอาดมือ

1. ข้อบ่งชี้ในการทำมือสะอาดมือ

เหตุผล มือของบุคลากรสุขภาพอาจปนเปื้อนจุลินทรีย์ขณะปฏิบัติงาน การทำความสะอาดมือจะช่วยขจัดสิ่งสกปรกและเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

ข้อปฏิบัติ บุคลากรสุขภาพควรทำความสะอาดมือเมื่อทำกิจกรรมดังนี้

1. ก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย
2. ก่อนทำกิจกรรมสะอาดหรือปราศจากเชื้อ
3. หลังสัมผัสกับ Body fluids หรือ สิ่งสกปรก
4. หลังสัมผัสผู้ป่วย
5. หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย

2. วิธีการทำความสะอาดมือ

เหตุผล เชื้อจุลินทรีย์อาจปนเปื้อนได้ทุกส่วนของมือ บุคลากรสุขภาพจึงควรทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่และน้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม

ข้อปฏิบัติ บุคลากรสุขภาพควรทำความสะอาดมือด้วยวิธีดังนี้

- 2.1 ถอดแหวนหรือเครื่องประดับอื่นที่ใส่ในนิ้วมือและแขนออก
- 2.2 เลือกวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

ก. ล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ธรรมดา เมื่อมือเปื้อนสิ่งสกปรก หลังถอดถุงมือ ก่อนและหลังสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยปกติที่ไม่มีการปนเปื้อนสารที่มีเชื้อจุลินทรีย์ เช่น เลือด หนอง ก่อนปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปที่ไม่ต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อ และ หลังสัมผัส non-infectious material ที่มองเห็น เช่น น้ำดื่ม อาหาร สะอาด

หรือ ข. ล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ฆ่าเชื้อ เมื่อมือเปื้อนสิ่งสกปรกที่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ และก่อนการทำกิจกรรมที่ต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อ

หรือ ค. ใช้น้ำเจลล้างมือแอลกอฮอล์ หากมือปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ แต่มองไม่เห็นสิ่งสกปรก เลือด หรือสารคัดหลั่งบนมืออย่างเห็นได้ชัด

2.3 ภูมิด้วยสบู่หรือสบู่น้ำยาฆ่าเชื้อหรือแอลกอฮอล์ในปริมาณ 3-5 มิลลิตรให้ทั่วทุกส่วนของมือใช้เวลาอย่างน้อย 20 วินาทีหรือจนกระทั่งแอลกอฮอล์ระเหยจนแห้ง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 วินาที

ยกเว้นกรณี หลังการสัมผัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Clostridium difficile* หรือ เชื้อไวรัสชนิด nonenveloped virus ไม่ควรใช้ แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือเพราะแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำลายสปอร์ของเชื้อหรือไวรัสชนิดนี้ได้ควรใช้วิธีการล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ

3. การทำความสะอาดมือเพื่อการผ่าตัด

เหตุผล การผ่าตัดต้องการสภาพของการปลอดเชื้อจุลชีพ บุคลากรสุขภาพต้องทำความสะอาดที่ขจัดเชื้อจุลชีพออกจากมือมากที่สุด

ข้อปฏิบัติ บุคลากรสุขภาพในห้องผ่าตัดควรทำความสะอาดมือด้วยวิธีดังนี้

3.1 ถอดแหวนหรือเครื่องประดับอื่นที่ใส่ในนิ้วมือและแขนออก

3.2 ฟอกมือด้วยน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อจนถึงข้อศอกทั้ง 2 ข้างจนทั่วถึงทุกส่วนของมือ นาน 2-5 นาที แล้วเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือที่ปราศจากเชื้อ

3.3 กรณีใช้ แอลกอฮอล์ ให้ล้างมือด้วยน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อเพื่อชะล้างสิ่งสกปรกออกจากมือก่อน เช็ดมือและแขนให้แห้ง แล้วจึงใช้แอลกอฮอล์ที่ผสมกับน้ำยาฆ่าเชื้อชนิดอื่น เช่น Chlorhexidinegluconate เพื่อให้มีฤทธิ์คงค้างอยู่โดยใช้ในปริมาณไม่น้อยกว่า 6 มิลลิตรหรือตามที่บริษัทผู้ผลิตกำหนดใส่ฝ่ามือ ลูบ แอลกอฮอล์ให้ทั่วมือ และแขน 2 ข้างถึงข้อศอก จนกระทั่งแอลกอฮอล์ระเหยจนแห้ง

4. ข้อปฏิบัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ

เหตุผล การใส่ถุงมือ ใส่แหวนทำเล็บแฟชั่นและการใช้โลชั่น มีผลต่อการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพบนมือและประสิทธิภาพของการทำความสะอาดมือ

ข้อปฏิบัติ บุคลากรสุขภาพควรปฏิบัติดังนี้

4.1 ทำความสะอาดมือก่อนและหลังการถอดถุงมือ

4.2 ถอดถุงมือเมื่อสิ้นสุดการทำการกิจกรรมในผู้ป่วยแต่ละราย ห้ามใช้ถุงมือคู่เดียวกับผู้ป่วยหลายคน

4.3 เปลี่ยนถุงมือระหว่างการทำการกิจกรรม หากเปลี่ยนจากการสัมผัสกับสิ่งสกปรกไปส่วนที่สะอาดในผู้ป่วยรายเดียวกัน

4.4 ไม่สวมแหวนและเล็บปลอมขณะปฏิบัติงาน

4.5 ไม่ควรไว้เล็บยาวเกิน ¼ นิ้ว

4.6 ไม่ใช้แอลกอฮอล์ถูบนถุงมือแทนการทำความสะอาดมือ

ตารางที่ 7 ค่ามาตรฐานแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ของสมาคมไฟฟ้าแสงสว่างแห่งประเทศไทย

ประเภทของพื้นที่และกิจกรรม	E_m Lux
โรงพยาบาล	
ที่รอรับการรักษา	200
ทางเดินทั่วไปเวลากลางวัน	200
ทางเดินทั่วไปเวลากลางคืน	50
ห้องพักรักษาผู้ป่วยนอก	200
ห้องทำงานแพทย์	500
ห้องพักแพทย์	300
พื้นที่ห้องพักรักษาผู้ป่วยใน	
พื้นที่ทั่วไป	100
แสงสว่างสำหรับการอ่านหนังสือ	300
พื้นที่ตรวจทั่วไปในห้องพักรักษาผู้ป่วย	300
พื้นที่ตรวจโรคและรักษาโรค	1000
ความสว่างในเวลากลางคืน	5
ห้องนำผู้ป่วย	200
พื้นที่ตรวจโรคทั่วไป	500
ห้องตรวจหูและตา	1000
ตรวจสอบสายตาโดยการอ่านและแผ่นภาพทางสายตา	500
ห้องดูภาพจากจอภาพของเครื่อง Scanners	50
ห้องถ่ายภาพเลือด/เครื่องรักษาไตเทียม	500
ตรวจรักษาโรคผิวหนัง	500
ห้องส่องกล้องตรวจอวัยวะภายในร่างกาย	300
ห้องเข้าฝือก	500
ห้องจ่ายยา	300
ห้องสำหรับรับรักษาโดยการนวดและฝังเข็ม	300
ห้องพักฟื้นก่อนและหลังการผ่าตัด	500
ห้องผ่าตัด	1000
พื้นที่สำหรับห้องดูแลพิเศษ ICU	
พื้นที่ทั่วไป	100
สำหรับการตรวจทั่วไป	300
สำหรับการตรวจรักษา	1000
ความสว่างสำหรับใช้ในการเข้าใช้ตอนกลางคืน	20
พื้นที่ห้องทันตแพทย์แสงสว่างในพื้นที่ทั่วไป	500
แสงสว่าง ณ ตัวผู้ป่วย	1000
ดวงโคมผ่าตัด	5000
แสงสว่างสำหรับเปรียบเทียบสีฟัน	5000
ที่ทดสอบและตรวจสอบสี	1000
ห้องฆ่าเชื้อ	300
ห้องปลอดเชื้อ	300
ห้องเก็บศพ	750
ห้องชันสูตรพลิกศพ	5000

หมายเหตุ : E_m Lux : ความสว่าง (ลูเมนแนตซ์) หมายถึง ปริมาณแสงที่ตกกระทบลงบนวัตถุต่อพื้นที่ มีหน่วยเป็นลูเมนต่อตารางเมตร หรือลักซ์

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานบุคลากร

ตารางที่ 8 ค่ามาตรฐานด้านแสงสว่างที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลตามมาตรฐาน CIE
(International Commission on Illumination) สำหรับโรงพยาบาล

ชนิดของงานหรืออาคาร	ระดับความสว่างต่ำสุด (Lux)
แผนกรักษาโรค:	
แสงสว่างทั่วไป	100
ส่วนซักถาม	300
ที่อ่านหนังสือ	200
บริเวณโดยรอบที่มีด	5
ห้องตรวจโรค:	
แสงสว่างทั่วไป	500
ตรวจเฉพาะที่	1000
อายุรศาสตร์ผู้ป่วยหนัก:	
ไฟหัวเตียง	50
ส่วนสังเกตการณ์	750
ห้องพักรักษาพยาบาล	300
ห้องผ่าตัด:	
แสงสว่างทั่วไป	750
เฉพาะแห่ง	30000
ห้องชันสูตรศพ:	
แสงสว่างทั่วไป	750
เฉพาะแห่ง	10000
ห้องปฏิบัติการและห้องจ่ายยา:	
แสงสว่างทั่วไป	500
เฉพาะแห่ง	750
ห้องพักที่ปรึกษาแพทย์:	
แสงสว่างทั่วไป	500
เฉพาะแห่ง	750

ตารางที่ 9 มาตรฐานเทียบเคียงความเข้มของแสงสว่าง ณ ที่ที่ให้ลูกจ้างคนใดคนหนึ่งทำงาน ตามแนวปฏิบัติกฎกระทรวงแรงงานกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2549

การใช้สายตามตามลักษณะงาน	ความเข้มของแสงสว่าง (ลักซ์)	ตัวอย่าง
งานละเอียดสูงมากเป็นพิเศษ	๒,๕๐๐ หรือมากกว่า	- การตรวจสอบชิ้นงานที่มีขนาดเล็ก (เช่น เครื่องมือที่มีขนาดเล็กมาก) - การทำเครื่องประดับและทำนาฬิกาในกระบวนการที่มีขนาดเล็ก - การถักถุงเท้า เสื้อผ้าที่มีสีเข้ม รวมทั้งการซ่อมแซมสินค้าที่มีสีเข้ม
งานละเอียดสูงมาก	๑,๖๐๐	- งานละเอียดที่ต้องทำบนโต๊ะหรือเครื่องจักร เช่น ทำเครื่องมือและแม่พิมพ์ (ขนาดเล็กกว่า ๒๕ ไมโครเมตร) ตรวจวัด และตรวจสอบชิ้นส่วนที่มีขนาดเล็กและชิ้นงานที่มีส่วนประกอบขนาดเล็ก - การซ่อมแซมสินค้าสิ่งทอ สิ่งถักที่มีสีอ่อน - การตรวจสอบและตกแต่งชิ้นส่วนของสินค้า สิ่งทอ สิ่งถักที่มีสีเข้ม - การวัดระยะความยาวชิ้นสุดท้าย
งานละเอียดสูง	๑,๒๐๐	- การตรวจสอบการตัดเย็บเสื้อผ้าด้วยมือ - การตรวจสอบและการตกแต่งชิ้นส่วนสินค้าสิ่งทอ สิ่งถักหรือเสื้อผ้าที่มีสีอ่อนชิ้นสุดท้ายด้วยมือ - การแบ่งเกรดและเทียบสีของหนังที่มีสีเข้ม - การเทียบสีในงานย้อมผ้า
	๘๐๐	- การระบายสี ฟันสี และตกแต่งชิ้นงานที่ละเอียดมากเป็นพิเศษ - การเทียบสีที่ระบายชิ้นงาน - งานย้อมสี - งานละเอียดที่ทำบนโต๊ะและที่เครื่องจักร (ขนาดเล็กถึง ๒๕ ไมโครเมตร) การตรวจสอบงานละเอียด (เช่น ตรวจ ปรับ ความถูกต้องของสเกล กลไก และเครื่องมือที่ต้องการความถูกต้องเที่ยงตรง)

ระเบียบ/ค่าชดเชย

ด่วนที่สุด

ที่ กค 0526.5/ ว.12576



กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม 6 กท 10400

3 เมษายน 2540

เรื่อง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 และวิธีการเบิกจ่าย

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ปลัดกระทรวง ปลัดทบวง อธิบดี อธิการบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ
 สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สำเนาระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540
 2. แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (แบบ 7500)
 3. แบบขอรับเงินสงเคราะห์ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และหรือทายาท (แบบ 7500)

ด้วยกระทรวงการคลังได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1.

ฉะนั้น เพื่อปฏิบัติตามข้อ 13 แห่งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 จึงกำหนดวิธีการเบิกจ่ายไว้ดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้มีสิทธิ ยื่นขอรับการสงเคราะห์ พร้อมทั้งเอกสารที่จำเป็นต่อหัวหน้าส่วนราชการ ตามแบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (แบบ 7500) และหรือแบบขอรับเงินสงเคราะห์ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และหรือทายาท (แบบ 7501) ที่ส่งมาด้วย 2 และ 3

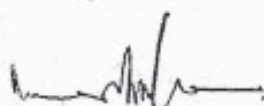
2. การวางฎีกาเบิกจ่ายสงเคราะห์จากกรมบัญชีกลาง สำนักงานคลังจังหวัด หรือสำนักงานคลังจังหวัด ณ อำเภอ ไม่ต้องมีเอกสารประกอบฎีกา เพียงแต่แสดงรายการในช่อง “ประเภท” หลังฎีกาว่าเป็นเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ รายใด จำนวนเงินเท่าใด และให้ผู้เบิกลงลายมือชื่อรับรองหลังฎีกาว่า การเบิกจ่ายเงินตามฎีกานี้ได้ปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 แล้ว

/3. ให้ส่วนราชการ

3. ให้ส่วนราชการผู้เบิกรวบรวมหลักฐาน ได้แก่ แบบขอรับการสงเคราะห์ คำสั่ง
ตั้งตั้งคณะกรรมการ และผลการพิจารณาเกี่ยวกับสิทธิและจำนวนเงินสงเคราะห์ของคณะกรรมการ
ไว้ให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินหรือสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภูมิภาคตรวจสอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายคมล จันทิมา)

รองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน

ปลัดกระทรวงการคลัง

กรมบัญชีกลาง

สำนักงานการเงินการคลัง

ส่วนกฎหมายและระเบียบการคลัง

โทร. 2739573

แบบ 7500

แบบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

ที่ทำการ.....(1).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....(2)

ข้าพเจ้า.....(3).....ตำแหน่ง.....

สังกัด/สถานศึกษา.....จังหวัด.....ขอขึ้นรายงานต่อ

.....(4).....ว่าสงสัยจะได้รับเชื้อโรคเอดส์เนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่.....(5).....

.....

.....

ลายมือชื่อ.....(6).....

เสนอ.....(7).....

ได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ.....วันที่.....เวลา.....

ทำอนุมัติ

อนุมัติให้ดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ.....(8).....วันที่.....เวลา.....

แบบ 7501

แบบขอรับเงินสงเคราะห์ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และหรือหายาก

เขียนที่.....(1).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินสงเคราะห์

เรียน(2).....

1. ข้าพเจ้าชื่อ.....คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่.....(3).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ขอรับเงินสงเคราะห์ เนื่องจากเป็น.....(4).....

2.1 ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ กรณีดังต่อไปนี้

2.1.1 ☐ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ โดยข้าพเจ้าเป็น☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว☐ ลูกจ้างประจำ ☐ นิสิตนักศึกษา

ตำแหน่ง.....สังกัด/สถานศึกษา.....

2.1.2 ☐ คู่สมรสของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติและติดเชื้อโรคเอดส์

จากคู่สมรสชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น

☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว☐ ลูกจ้างประจำ ☐ นิสิตนักศึกษา

ตำแหน่ง.....สังกัด/สถานศึกษา.....

สมรสเมื่อ...../...../.....

2.1.3 ☐ บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ และติดเชื้อโรคเอดส์จาก☐ บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....☐ มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....

ซึ่งเป็น

☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว☐ ลูกจ้างประจำ ☐ นิสิตนักศึกษา

ตำแหน่ง.....สังกัด/สถานศึกษา.....

ข้าพเจ้าเกิดเมื่อ...../...../.....

2.2 หากพบของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อื่นเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ๑ ดังกล่าว
ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....สังกัด/สถานศึกษา.....
ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เมื่อ...../...../.....

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์ เนื่องจาก.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์แล้ว เมื่อ...../...../.....

ข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น

2.2.1 ☐ บุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลำดับที่.....เกิดเมื่อ...../...../..... เป็น ☐ ผู้อุปการะ ☐ ผู้ที่อยู่ในอุปการะ

.....เกิดเมื่อ...../...../..... เป็น ☐ ผู้อุปการะ ☐ ผู้ที่อยู่ในอุปการะ

.....เกิดเมื่อ...../...../..... เป็น ☐ ผู้อุปการะ ☐ ผู้ที่อยู่ในอุปการะ

.....เกิดเมื่อ...../...../..... เป็น ☐ ผู้อุปการะ ☐ ผู้ที่อยู่ในอุปการะ

.....เกิดเมื่อ...../...../..... เป็น ☐ ผู้อุปการะ ☐ ผู้ที่อยู่ในอุปการะ

2.2.2 ☐ คู่สมรส โดยเป็น ☐ สามี ☐ ภรรยา

สมรส เมื่อ...../...../.....

2.2.3 ☐ บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....

☐ มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องเป็นความจริง โดยได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
จำนวน.....ฉบับ มาด้วยแล้ว (5)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาการจ่ายเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ
โรคเอดส์อื่นเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ด้วย

ลงชื่อ.....(6).....ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์/ผู้แทน
(.....)

ระเบียบกระทรวงการคลัง
ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์
อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่
พ.ศ. 2540

โดยที่ปัจจุบันเป็น โรคเอดส์เป็น โรคติดต่อซึ่งผู้ติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์จะต้องถึงแก่ความตาย โดยยังไม่มีทางรักษาให้หายได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจเจ้าหน้าที่ หรือนิสิตนักศึกษาซึ่งปฏิบัติงานตามหน้าที่หรือเข้ารับการศึกษาอบรมตามหลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีลักษณะที่เป็น การเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเอดส์ สมควรกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน สงเคราะห์แก่เจ้าหน้าที่หรือนิสิตนักศึกษา ซึ่งติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานตามหน้าที่ หรือเข้ารับการศึกษาอบรมดังกล่าว กระทรวงการคลัง โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงวาง ระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ อันเนื่อง มาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ 3 ในระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการพลเรือนตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการ พลเรือน ข้าราชการตำรวจตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการตำรวจ ข้าราชการทหารตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบ ข้าราชการทหาร ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัยตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย และลูกจ้างของทางราชการซึ่ง ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย เว้นแต่ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ซึ่งมีสัญญาจ้าง

“นิสิตนักศึกษา” หมายความว่า นิสิตนักศึกษาซึ่งเข้ารับการศึกษาอบรมตามหลักสูตรทางการแพทย์ และสาธารณสุขของสถาบันการศึกษาของทางราชการ

กำรับรองของผู้บังคับบัญชา (7) คำอนุมัติ (8)
 เสนอ.....
 ข้าพเจ้า..... พิจารณาผลพิจารณาของคณะกรรมการตาม
 ตำแหน่ง..... ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ
 ได้รับคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ ฯ ฉบับนี้ไว้แล้ว โรคเอดส์ ฯ แล้ว
 และได้ดำเนินการตามที่ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย อนุมัติให้เบิกจ่ายได้เป็นเงิน.....
 การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติ บาท (.....)
 หน้าที่ เรียบร้อยแล้ว
 เพื่อโปรดพิจารณา ลงชื่อ.....
 ลงชื่อ..... วันที่.....
 (.....)

 ใบรับเงิน (9)
 ได้รับเงินสงเคราะห์ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่
 จำนวน..... บาท (.....) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว
 ลงชื่อ..... ผู้รับเงินผู้แทน
 (.....)
 วันที่.....

กฏอริบววิธีจัดทำและการลงรายการในแบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ๑

แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ ๑ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบรายงานการติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่
2. แบบขอรับเงินสงเคราะห์ของผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์และหรือทายาท

กรณีผู้มิสิทธิอื่น เป็นผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ ให้ทำทั้ง 2 ส่วน แต่จะยื่นส่วนที่ 1 ก่อนก็ได้ สำหรับผู้มิสิทธิ กรณีอื่น ให้ทำเฉพาะส่วนที่ 2 เท่านั้น

การลงรายการในแบบรายงานการติดเชื้อ โรคเอดส์ ๑

“ที่ทำการ”	ให้ลงที่ทำการ/สำนักงาน/สถานศึกษา/ของผู้ยื่นรายงาน
“วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา”	ให้ลงวัน เดือน ปี และเวลาที่ทำการรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์
“ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด/สถานศึกษา จังหวัด”	ให้ลงชื่อตำแหน่งหรือสถานะทางการศึกษา สังกัด หรือสถานศึกษา และจังหวัด
“ยื่นรายงานต่อ”	ให้ยื่นรายงานต่อผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุมแล้วแต่กรณี ภายใน 24 ชั่วโมงนับแต่สงสัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์
“ได้รับเชื้อโรคเอดส์เนื่อง จากการปฏิบัติหน้าที่”	ให้รายงานเหตุการณ์อันเป็นเหตุสงสัยว่าจะได้รับเชื้อ โรคเอดส์ จากการปฏิบัติหน้าที่โดยสังเขป
“ลายมือชื่อ”	ให้ผู้ยื่นรายงานลงลายมือชื่อ
“เสนอ”	ให้ผู้บังคับบัญชาที่ได้รับรายงานตาม (4) รายงานตามลำดับชั้น ถึง หัวหน้าหน่วยบริการ ซึ่งได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานของทางราชการที่ ดำเนินงานทางแพทย์และสาธารณสุข คัดสังกัด หรือสถานศึกษา แล้วแต่กรณี เพื่อดำเนินการตรวจเฝ้าติดตามระเบียบ แล้วลงลายมือชื่อ วัน เดือน ปี และเวลา ที่เสนอไว้เป็นหลักฐาน
“ลงชื่อผู้อนุมัติ วันที่ เวลา”	ให้หัวหน้าหน่วยบริการหรือผู้ได้รับมอบหมาย เป็นผู้ลงลายมือชื่ออนุมัติ ดำเนินการตรวจเลือกผู้ยื่นรายงานในทันทีหรืออย่างช้า ภายใน 72 ชั่วโมง นับแต่วันที่ได้รับรายงาน

หมายเหตุ กำหนดเวลาตั้งแต่เข้าหน้าที่หรือนิสิตนักศึกษาผู้สงสัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ ๑ ยื่นแบบรายงาน จนถึง
เวลาดำเนินการตรวจเลือก จะต้องดำเนินการภายใน 72 ชั่วโมง นับแต่วันที่ได้รับรายงานดังกล่าว

การลงรายการในแบบขอรับเงินสงเคราะห์ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และหรือหายา

1. "เขียนที่" ให้ลงที่ทำการ/สำนักงาน/สถานศึกษา ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้รับแบบขอรับเงิน ฯ
2. "เรียน" ให้ยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์ต่อหัวหน้าส่วนราชการเจ้าสังกัด ซึ่งได้แก่ ผู้ดำรงตำแหน่งอธิบดี อธิการบดี หรือตำแหน่งซึ่งเรียกชื่อ อย่างอื่นที่เทียบเท่า ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการ ปฏิบัติหน้าที่
3. "ข้าพเจ้า.....โทรศัพท์" รายละเอียดของผู้มีสิทธิ ได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบ ฯ ที่สามารถติดต่อได้ สำหรับผู้มีสิทธิ ฯ ซึ่งเป็นผู้เยาว์ ให้ยื่นแบบ ขอรับเงินสงเคราะห์มาในฉบับเดียวกันได้
4. "ขอรับเงินสงเคราะห์ เนื่องจากเป็น....." ให้ลงรายการเฉพาะที่เกี่ยวข้อง
5. "ข้าพเจ้าขอรับรองว่า.....จำนวน.....ฉบับมาแล้วแล้ว" ให้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องประกอบการขอรับเงิน สงเคราะห์ เช่น สำเนาใบทะเบียนสมรส สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/ นักศึกษา สำเนาทะเบียนบ้าน สูติบัตร ฯ
6. "ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน สงเคราะห์/ผู้แทน" ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ หรือ ผู้แทนของผู้เยาว์เป็นผู้ลงลายมือชื่อ กรณีเป็นผู้แทนให้แสดงหลักฐานพร้อมแนบสำเนาหลักฐานดังกล่าวด้วย
7. "คำรับรองของผู้บังคับ บัญชา" ให้หัวหน้าหน่วยบริการรับรองแบบขอรับเงินสงเคราะห์ เสนอต่อหัวหน้าส่วนราชการ
8. "คำอนุมัติ" หัวหน้าส่วนราชการ ผู้มีอำนาจอนุมัติการจ่ายเงินตามระเบียบฯ เป็นผู้ลงลายมือชื่ออนุมัติ
9. "ใบรับเงิน" ให้ผู้มีสิทธิ ได้รับเงินสงเคราะห์ยื่นแบบขอรับเงิน ฯ ลงชื่อคือเมื่อ ได้รับเงินแล้วเท่านั้น

“โรคเอดส์” หมายความว่า โรคติดต่อซึ่งผู้ป่วยมีอาการของผู้ซึ่งมีอาการของผู้ซึ่งมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอันเป็นเหตุให้ติดเชื้อโรคนิโคตยโกลาได้ง่าย โดยแสดงออกทางระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินอาหาร เป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลียมาก อาการจะค่อยเป็นค่อยไปแล้วกระจายลุกลามอย่างกว้างขวาง และเป็นซ้ำบ่อย ๆ รวมทั้งอาจเป็นมะเร็งบางชนิดด้วย

“ติดเชื้อโรคเอดส์” หมายความว่า ได้รับเชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกายซึ่งสามารถตรวจสอบได้ตามหลักวิชาการแพทย์

“การปฏิบัติหน้าที่” หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการกำจัดโรค ตลอดจนการชันสูตร การศึกษา ทดสอบ วิจัย และวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการอื่นที่เกี่ยวข้อง และได้หมายความรวมถึงการเข้ารับการศึกษอบรมตามหลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุขของสถานบันการศึกษาของทางราชการ ทั้งนี้ โดยมีลักษณะที่เป็นการเนื่องต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยงานของทางกระทรวงราชการที่ดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุข

“หัวหน้าส่วนราชการ” หมายความว่า ผู้ดำรงตำแหน่งอธิบดี อธิบดีกรม หรือตำแหน่งซึ่งเรียกชื่ออย่างอื่นที่เทียบเท่า

ข้อ 4 ให้ปลัดกระทรวงการคลังรักษาการตามระเบียบนี้

หมวด I

ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์

ข้อ 5 ให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ดังต่อไปนี้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบนี้

(1) ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หรือนิสิตนักศึกษาซึ่งติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ ให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนไม่เกิน 1.5 ล้านบาท

(2) คู่สมรสของบุคคลตาม (1) ซึ่งติดเชื้อ โรคเอดส์จากบุคคลดังกล่าว ให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนไม่เกิน 5 แสนบาท

(3) บุตร โดยชอบด้วยกฎหมายของบุคคลตาม (1) ซึ่งติดเชื้อ โรคเอดส์จากบุคคลดังกล่าว ให้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนไม่เกินคนละ 3 แสนบาท

ข้อ 6 ในกรณีที่มีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตามข้อ 5 (1) เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ให้ทายาทของบุคคลดังกล่าว ดังต่อไปนี้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนไม่เกิน 1 ล้านบาท

- (1) บุตร โดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งเป็นผู้อุปการะหรือผู้อยู่ในอุปการะ
- (2) คู่สมรส
- (3) บิดามารดา

ในกรณีที่มีทายาทตามวรรคหนึ่ง (1) (2) และ (3) ให้ทายาทตามวรรคหนึ่ง (1) ได้รับส่วนแบ่ง 2 ส่วน ให้ทายาทตามวรรคหนึ่ง (2) ได้รับส่วนแบ่ง 1 ส่วน และให้ทายาทตามวรรคหนึ่ง (3) ได้รับส่วนแบ่ง 1 ส่วน

ในกรณีที่มีทายาทตามวรรค(1) และ (2) หรือ (3) ให้ทายาทตามวรรคหนึ่ง (1)ได้รับส่วนแบ่ง 2 ส่วน ให้ทายาทตามวรรคหนึ่ง (2) หรือ หนึ่ง (3) ได้รับส่วนแบ่ง 1 ส่วน

ในกรณีที่ไม่มีทายาทตามวรรคหนึ่ง(1)ให้ทายาทตามวรรคหนึ่ง (2) และ(3) ได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

ในกรณีที่ไม่มีทายาทตามวรรคหนึ่ง(1) หรือ (2) หรือ(3) ให้ทายาทดังกล่าวได้รับเงินสงเคราะห์ทั้งหมด ทายาทในลำดับเดียวกัน ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

หมวด 2

การจ่ายเงินสงเคราะห์

ข้อ 7 เจ้าหน้าที่หรือนิสิตนักศึกษาผู้ใดสงสัยว่าตนติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจาก การปฏิบัติหน้าที่ ให้รายงานต่อผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ผู้ควบคุม แล้วแต่กรณี ภายใน 24 ชั่วโมง นับแต่สงสัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ และให้ผู้รับรายงานดังกล่าวรายงานตามลำดับชั้นจนถึงหัวหน้าหน่วยบริการในพื้นที่ หรืออย่างช้าภายใน 24 ชั่วโมง นับแต่ได้รับรายงานจากผู้ซึ่งสงสัยว่าตนติดเชื้อ โรคเอดส์

เมื่อได้รับรายงานตามวรรคหนึ่งแล้วให้หัวหน้าหน่วยบริการหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากหัวหน้า หน่วยบริการจัดให้มีการตรวจเลือดเจ้าหน้าที่หรือนิสิตนักศึกษาผู้สงสัยว่าตนติดเชื้อ โรคเอดส์ในพื้นที่ หรืออย่างช้า ภายใน 72 ชั่วโมงนับแต่วันที่ ได้รับรายงาน

ข้อ 8 ให้หัวหน้าหน่วยงานบริการรายงานผลการตรวจเลือกตามข้อ 7 และข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์ตามสมควรเกี่ยวกับการติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งแนบหนังสือขอรับการสงเคราะห์ของเจ้าหน้าที่หรือนิสิตนักศึกษาดังกล่าว และเสนอความเห็นต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นจนถึงหัวหน้าส่วนราชการด้วย

ข้อ 9 ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตามข้อ 5 (1) สงสัยว่าคู่สมรสหรือบุตร โดยชอบด้วยกฎหมายของตนติดเชื้อโรคเอดส์จากตน หรือในกรณีที่คู่สมรสหรือบุตร โดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตามข้อ 5 (1) สงสัยว่าตนติดเชื้อโรคเอดส์จากผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตามข้อ 5 (1) ให้ยื่นคำร้องต่อหัวหน้าส่วนราชการเพื่อขอรับการสงเคราะห์ตามระเบียบนี้

ข้อ 10 เมื่อหัวหน้าส่วนราชการได้รับรายงานตามข้อ 8 หรือคำร้องตามข้อ 9 แล้ว ให้หัวหน้าส่วนราชการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง มีจำนวนไม่น้อยกว่าสามคน โดยกรรมการไม่น้อยกว่าหนึ่งคนต้องเป็นแพทย์ผู้ชำนาญการทางด้านโรคเอดส์ เพื่อพิจารณาสอบสวนและเสนอความเห็นเกี่ยวกับสิทธิและจำนวนเงินสงเคราะห์ที่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะได้รับต่อหัวหน้าส่วนราชการ

ข้อ 11 ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตามข้อ 5 (1) เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ให้หัวหน้าส่วนราชการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง มีจำนวนไม่น้อยกว่าสามคน เพื่อพิจารณาเสนอความเห็นเกี่ยวกับสิทธิและจำนวนเงินสงเคราะห์ที่ทายาทของบุคคลดังกล่าวจะได้รับต่อหัวหน้าส่วนราชการ

ข้อ 12 ให้หัวหน้าส่วนราชการเป็นผู้มีอำนาจสั่งจ่ายเงินสงเคราะห์ระเบียบนี้ และมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดเกี่ยวกับสิทธิและจำนวนเงินสงเคราะห์ตามข้อ 10 และข้อ 11

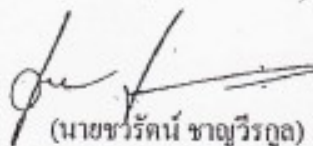
ถ้าวินิจฉัยของหัวหน้าส่วนราชการให้เป็นที่สุด

ข้อ 13 เงินสงเคราะห์ตามระเบียบนี้ ให้เบิกจ่ายออกรายจ่ายงบกลางหรืองบอื่นใดตามที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงบประมาณ

วิธีการเบิกจ่าย ให้เป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

ข้อ 14 หากข้อเท็จจริงปรากฏว่าโรคเอดส์เป็นโรคซึ่งสามารถรักษาให้หายได้หรือมีวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อได้แล้ว ให้กระทรวงการคลังร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณายกเลิกระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2540



(นายวรรัตน์ ขาววิตรุล)

รัฐมนตรีช่วยว่าการฯ ปฏิบัติราชการแทน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง



ที่ กค 0526.5/ว.68

กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม 6 กท 10400

2 กันยายน 2542

เรื่อง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2542

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ปลัดกระทรวง ปลัดทบวง อธิบดี อธิการบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการ

อ้างถึง หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0526.5/7 12576 ลงวันที่ 3 เมษายน 2540

สิ่งที่ส่งมาด้วย ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2542

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงการคลังได้แจ้งเวียนระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 และ วิธีการเบิกจ่ายเพื่อทราบและถือปฏิบัติ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงการคลังเห็นสมควรปรับปรุงระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 ประกาศรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุภชัย พิชินฐานิช)

ปลัดกระทรวงการคลัง

กรมบัญชีกลาง

สำนักการเงินการคลัง 3

ส่วนกฎหมายและระเบียบการคลัง

โทร. 2739573



ระเบียบกระทรวงการคลัง
ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 2)
พ.ศ. 2542

โดยที่การสมควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น กระทรวงการคลังโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงวางระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2542”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิกนิยามคำว่า “เจ้าหน้าที่” ในข้อ 3 ของระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการพลเรือนตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน ข้าราชการตำรวจตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการตำรวจ ข้าราชการทหารตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการทหาร ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัยตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ข้าราชการฝ่ายตุลาการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการ และข้าราชการอื่นตามที่กระทรวงการคลังกำหนด และให้หมายความรวมถึงลูกจ้างซึ่งส่วนราชการที่ข้าราชการดังกล่าวสังกัด ให้ปฏิบัติหน้าที่ตามระเบียบนี้ และได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายด้วย เว้นแต่ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีสัญญาจ้าง

ประกาศ ณ วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2542

(นายธานี นิมมานเหมินท์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

ที่ กค 0409.6/24



กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม 6 ถนน 10400

17 มกราคม 2551

เรื่อง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2550

เรียน

อ้างถึง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ด้วยกระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางได้ปรับปรุงแก้ไขระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยกำหนดระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2550 เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ครอบคลุม ถึงเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลหรือควบคุมผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยงานอื่นของทางราชการ นอกเหนือจากหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งระเบียบดังกล่าวได้นำประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศและงานทั่วไป เล่ม 124 ตอนพิเศษ 199 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2550 ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

กรมบัญชีกลางเห็นสมควรแจ้งเวียนให้ส่วนราชการได้ทราบและถือปฏิบัติต่อไป โดยได้นำลงเว็บไซต์ www.cgd.go.th เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปิตุพันธุ์ นิยมานเหมินท์)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

สำนักมาตรฐานด้านกฎหมายและระเบียบการคลัง
กลุ่มกฎหมายและระเบียบด้านค่าใช้จ่ายในการบริหาร
โทร. 0-2273-9984
www.cgd.go.th

เล่ม ๑๒๔ ตอนพิเศษ ๑๕๕ ง

หน้า ๖
ราชกิจจานุเบกษา

๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๐

ระเบียบกระทรวงการคลัง

ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ ๓)

พ.ศ. ๒๕๕๐

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ครอบคลุมถึงบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่อื่น ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์และบุคลากรในครอบครัวที่ได้รับเชื้อ โรคเอดส์ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่และนิสิตนักศึกษาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลทางด้านการแพทย์ ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงการคลังโดยความเห็นชอบของ คณะรัฐมนตรีจึงวางระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกบทนิยามคำว่า “การปฏิบัติหน้าที่” และ “หน่วยบริการ” ในข้อ ๓ ของระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๕๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“การปฏิบัติหน้าที่” หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการกำจัดโรค ตลอดจนการชันสูตร ศึกษา ค้นคว้า ทดลอง วิจัย และวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การเข้ารับการศึกษอบรมตามหลักสูตรทางการแพทย์ และสาธารณสุขของสถาบันการศึกษาของทางราชการ และให้ความหมายรวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลหรือควบคุมผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยงานอื่นของทางราชการ นอกเหนือจากหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีลักษณะที่เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเอดส์

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยงานของทางราชการที่ดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุข และให้รวมถึงหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยงานอื่นของทางราชการที่ต้องให้การดูแลหรือควบคุมผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์”

หน้า ๗

เล่ม ๑๒๔ ตอนพิเศษ ๑๕๕ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๐

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกบทนิยามคำว่า “เจ้าหน้าที่” ในข้อ ๓ ของระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้เป็นแทน

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการแต่ละประเภท ลูกจ้างตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายค่าจ้างลูกจ้างของส่วนราชการ ซึ่งได้รับเงินเดือนค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายของส่วนราชการที่สังกัดและ ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามระเบียบนี้ เว้นแต่ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ซึ่งมีสัญญาจ้าง”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

ฉลองภพ สุสังกร์กาญจน์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....

ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ตั้งอยู่เลขที่

.....โทรศัพท์.....

ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่

ณ สถานที่.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

.....

.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษายาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ด้านหลัง กท.44

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

หมายเหตุ

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง

☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ.....โทร.....



แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

กท. 16

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เลขที่บัญชี.....	
เลขรหัส.....	
เลขที่ประสบอันตราย.....	
วันที่รับ.....	

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

- ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี
สำนักงานเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน.....
- ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรประกันสังคม
- วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
- เวลาทำงานปกติเริ่ม..... น. เลิก..... น. ทำงานสัปดาห์ละ..... วัน
- ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่น ๆ.....) ละ..... บาท
- รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....
- การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
- วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย..... เวลา..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ.....
- วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน.....
- สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร).....
- ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุวิธีหรืออาการ เช่น แขนขาชาขาด).....
- ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์.....
- โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ	ลงชื่อ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....	

- คำเตือน**
- ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 - ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
 - พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
 - ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่ง
จากการปฏิบัติงานบุคลากร



สำนักงานประกันสังคม

กท. 16/1

หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 สถานที่ตรวจรักษา.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
 H.N.A.N.
2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.
☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน
3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
 (Pertinent Physical Exam).....
6. ผลการตรวจพิเศษ.....
 (Investigation).....
7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD₁₀) 1.
 2.
 3.
 (Diagnosis).....
 โรคแทรก.....
8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....
 (Treatment)
 ถ้ามีการผ่าตัด 1.
 วันที่.....
 2.
 วันที่.....
9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
 วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1.ร้อยละ.....
 (Result) 2.ร้อยละ.....
 3.ร้อยละ.....
☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
11. ความเห็นอื่น.....
 (Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่ง
จากการปฏิบัติงานบุคลากร

กฎหมายในต่างประเทศ

สำหรับกฎหมายในต่างประเทศเกี่ยวกับเรื่องนี้ พบว่ามีการให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยหน่วยงานของรัฐบาลกลางประเทศสหรัฐอเมริกา Occupational Safety and Health Administration (OSHA) ในสังกัดกระทรวงแรงงาน มีการออกกฎหมายฉบับแรก ๆ ในช่วงพฤษภาคม ปี ค.ศ. 1971 ถึงพฤษภาคม ปี ค.ศ. 1972 ซึ่งทาง OSHA จะนำเอามาตรฐานที่เป็น "national consensus" ที่มีอยู่ในขณะนั้นมาใช้เป็นกฎหมาย (Federal Standards) และได้มีการกำหนดค่ามาตรฐานการสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงานหลายมาตรฐานของ OSHA ขึ้น โดยในปี ค.ศ. 1991 ได้กำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับเชื้อก่อโรคที่มากับการสัมผัสเลือด (blood-borne pathogens) อันประกอบไปด้วยเชื้อ HIV ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบดีอีกทั้งในปี ค.ศ. 2001 OSHA ได้ปรับปรุงข้อกำหนดเพิ่มเติมอีก เพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือด ใน CFR1910.1030 ซึ่งมาตรฐานนี้ได้มีข้อกำหนดสำหรับนายจ้างพึงทำต่อลูกจ้างดังต่อไปนี้ คือ มีการเขียนประกาศแผนการควบคุมการสัมผัสและปรับแผนทุกปี มีการใช้ standard precautions รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขทางด้านวิศวกรรม อันหมายรวมถึง การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เช่น การงานที่เหมาะสมสำหรับการกำจัดผ้าเปื้อน และทำความสะอาดพื้นผิวที่ปนเปื้อน มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้พร้อม มีการจัดหาวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีให้แก่พนักงาน มีการจัดการกับผู้รับสัมผัสสิ่งปนเปื้อนอย่างถูกต้องตาม CDC guideline โดยที่พนักงานไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสัมผัสเลือดให้กับพนักงานผ่านการฝึกอบรม ป้ายและติดป้ายเตือน ที่สำคัญคือการบันทึกการบาดเจ็บใน OSHA 300 Log และต้องเก็บรักษาเวชระเบียนหรือประวัติของพนักงานที่ได้รับบาดเจ็บไว้ด้วย หลังจากมีการบังคับใช้ก็ได้รับการตอบรับที่ดีจากทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องเพื่อผลในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคจากการปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดี

ในทิศทางเดียวกันกับประเทศในยุโรป ที่มีการออกกฎหมายเพื่อปกป้องผู้ประกอบการทางการแพทย์ เนื่องจากการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการถูกของมีคมและสัมผัสเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์นั้นเป็นหนึ่งในภัยคุกคามที่รุนแรงมากที่สุดในสถานที่ทำงานในยุโรป โดยมีการบาดเจ็บมากถึงหนึ่งล้านครั้งในแต่ละปี (EU Commission for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2010) นำไปสู่การออกเป็นข้อตกลงของสหภาพยุโรปเกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บจากของมีคม (Council of the EU, 2010) และจะกลายเป็นกฎหมายในทุกประเทศในสหภาพยุโรป ในปี ค.ศ. 2013 โดยมีข้อบังคับให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข มีการใช้มาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากเข็มตำ (Needle stick injuries) ในบุคลากร ซึ่งมาตรการที่สำคัญประการหนึ่งคือ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์วิศวกรรมความปลอดภัย (safety-engineered medical devices ; SEMDs) เช่น เข็ม อุปกรณ์การเจาะเลือด และสายสวนทางหลอดเลือดดำ ซึ่งควรมีระบบการป้องกันการเข็มตำ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขนี้จะมีหน้าที่ที่จะใช้มาตรการป้องกันในทุกสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่สำคัญของการบาดเจ็บและการติดเชื้อ

แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มตำ ของมีคม และการสัมผัสหรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานบุคลากร

คณะกรรมการ/ผู้จัดทำ

คณะที่ปรึกษา

๑. ดร.นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์	กรมควบคุมโรค
๒. นพ.อาจินต์ ชลพันธุ์	กรมควบคุมโรค
๒. พญ.จริยา แสง สัจจา	สถาบันบำราศนราดูร
๓. นพ.สุเมธ องค์กรวรรณดี	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๔. ร.ศ.ดร.วันที พันธุ์ประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล

ประธาน

๔.ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
-----------------------	---

รองประธาน

๕.นพ.พิบูล อิศสระพันธุ์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
-------------------------	---

คณะกรรมการ/ผู้จัดทำ

๖.นางวิณา ภักดีศิริวิชัย	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๗.นางจุไรวรรณ ศิริรัตน์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๘.นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	สถาบันบำราศนราดูร
๙.พญ.ปฐมา สุทธา	สถาบันบำราศนราดูร
๑๐.นพ.สุรศักดิ์ วิบูลชติกุล	สถาบันบำราศนราดูร
๑๑.นางวราภรณ์ เทียนทอง	สถาบันบำราศนราดูร
๑๒.นพ.สุเมธ องค์กรวรรณดี	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๓.พญ.ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๔.นพ.ธนรัตน์ อิมสุวรรณศรี	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๕.นางสาวพรทิพย์ ยุกตานนท์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๖.นางนิตยา พูลสวัสดิ์	สถาบันราชประชาสมาสัย
๑๗.นางสาวเดือนเพ็ญ บุญเปรม	สถาบันราชประชาสมาสัย
๑๘.พญ.ชุลีกร ธนธิติกร	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๑๙.นางสาวอารีพิศ พรหมรัตน์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๒๐.นางสาวลัคครินทร์ ภูมิปรัชญา	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๒๒ นายปิยชน ธรรมชาติ	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

เลขานุการ/คณะกรรมการ

๒๓. ร.อ.หญิงวิชุดา โลงนันทน์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
------------------------------	---

ผู้ช่วยเลขานุการ/คณะกรรมการ

๒๔. นางสาวชไมพร ชารี	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
----------------------	---

