

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทาง
การแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า



นาวาตรีหญิงสุภรณ์ โปธิสา

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**RISK MANAGEMENT SYSTEM OF BLOOD AND /OR SECRETION EXPOSURES OF HEALTH
CARE WORKERS IN SOMDEJPRAPINKLAO HOSPITAL**



LCDR. Supornraanee Potisa

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Occupational Medicine
Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด
และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

โดย

นาวาตรีหญิงสุภรณ์ โพธิ์สา

สาขาวิชา

อาชีวเวชศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรันยา เสงพระพรหม

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

นาวาเอก นายแพทย์ อานัน นิมมवल

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติสร ภัทรารัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรันยา เสงพระพรหม)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักร่วม
(นาวาเอก นายแพทย์ อานัน นิมมवल)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นาวาโทหญิง ดร.วัชรพร เชยสุวรรณ)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุภรณ์ โพธิ์สา : ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ
บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.
สรันยา เสงพะพรหม, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: น.อ.นพ.อนัน นิ่มนวล, 174 หน้า.

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการดำเนินงาน ความสำเร็จ ความ
สอดคล้อง และความแตกต่าง รวมถึงโอกาสในการพัฒนาด้านระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /
หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 500 คน, คณะกรรมการบริหารที่เกี่ยวข้องจำนวน 40 คน และผู้บริหาร ที่เป็นตัวแทนจาก
หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 คน โดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลระหว่างเดือน
กันยายน ถึง ธันวาคม 2550 อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 87.6 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่
เกี่ยวข้องควบคู่ไปด้วย วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนา และใช้สถิติร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามีการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการ
สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯโดยมีการกำหนดนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติ
ก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ ตามแนวทางมาตรฐานระดับชาติและ/หรือสากล มีการกำหนด
โครงสร้างในการบริหารจัดการ และมีการวางแผนการดำเนินงานด้านนี้ โดยกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลยุทธ์ในการ
ดำเนินงาน

ด้านการปฏิบัติของบุคลากร พบว่า บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ
ทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติตามอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 34.5), ด้านการใช้อุปกรณ์
ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติตามอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 46.3) และด้านสุขอนามัยและ
สุขาภิบาล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติตามอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 69.6) ส่วนแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัด
หลั่งฯ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติตามอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 48.5)

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด
และ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯกับการปฏิบัติของบุคลากร พบว่า บุคลากรปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มาก
ที่สุดคือ เมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯล้างมือทันทีที่สัมผัส (ร้อยละ 98.1) รองลงมาคือ การทิ้งใบมีด หรือหัว
เข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็ง และเมื่อถุงมือรั่วเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันที (ร้อยละ 96.3 และ 96.1 ตามลำดับ) และพบว่า บุคลากร
ปฏิบัติแตกต่างกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การไม่ได้รักษาต่อหลังจากการสัมผัสเลือดและ/ หรือสิ่งคัด
หลั่งฯ (ร้อยละ 80.2) รองลงมาคือ การไม่ได้รักษาต่อเมื่อผลการตรวจเลือด ไวรัสตับอักเสบบีหรือซีของผู้ป่วย ได้ผลบวกและ
ไม่ได้ขอรับยาต้าน ไวรัสเอดส์เมื่อผลตรวจเลือด ไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วย ได้ผลบวก (ร้อยละ 73.1 และ 68.3 ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาทางด้านระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการ
สัมผัสเลือดและ หรือสิ่งคัดหลั่งฯของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าต่อไป

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์

ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อนิติศ..... น.อ.นพ. อนัน นิ่มนวล

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... สรันยา เสงพะพรหม

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม..... สุภรณ์ โพธิ์สา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4974793130: MAJOR OCCUPATIONAL MEDICINE

KEY WORD: BLOOD /SECRETION EXPOSURES, RISK MANAGEMENT SYSTEM, HEALTH CARE WORKERS.

SUPORNRALEE POTISA: RISK MANAGEMENT SYSTEM OF BLOOD AND /OR SECRETION EXPOSURES OF HEALTH CARE WORKERS IN SOMDEJPRAPINKLAO HOSPITAL.
 THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASST.PROF. SARUNYA HENGPRAPROM, PhD, THESIS COADVISOR: ANAN NIMNURN, M.D., 174 pp.

This research was designed as cross-sectional descriptive study. The objectives aimed to study the implementation, successes, consistency, discrepancy, and opportunities of improvement of the risk management system of blood and /or secretion exposures among health care workers (HCWs) in Somdejprapinklao hospital (SPH). Data were collected by self-administered questionnaires from 500 HCWs and 40 administrative committees and in-depth interview from 4 administrators from September 1 to December 31, 2007. The response rate was 87.6 percent. Key relevant documents were also reviewed. Data were analyzed and reported as percentage and description.

The results showed that SPH has implemented the risk management system of blood and /or secretion exposures among HCWs and realized obviously by the risk management policy and the pre and post exposure of blood and body fluid precaution guidelines. The guidelines were applied from the National and /or the Universal Precaution. The organization chart, goal, key performance indicators, strategies, and annual action plans were also setup.

Considering personnel practice in line with the pre-exposure practice guidelines, the results found that performance of HCWs was good level with respect to accidental prevention (34.5%) and sanitation and hygiene (69.6%) and was in low level with respect to use of personal protective equipments (46.3%). For the post-exposure guidelines, the majority of HCWs performance failed in low level.

Study finding on consistency and discrepancy between risk management system of blood and /or secretion exposures and performance of HCWs indicated that most of HCWs performed consistent with the guidelines of hand-wash right after contacted patient's blood and /or body excreta (98.1 %), dispose of used needles and blades in safety box (96.3 %), and substitute of glove after perforation (96.1 %) respectively. However, the guidelines against HCWs performance were no medication after contacting patient's blood and /or body excreta (80.2 %), when HBV positive (73.1%), and when HIV positive (68.3%) respectively.

The finding result can be served as useful information for the responsible groups to adjust and improve the risk management system of blood and /or secretion exposures and implementation of HCWs in SPH.

Department Preventive and Social Medicine

Student's signature: *P. Supornralee*

Field of study Occupational Medicine Principal

Advisor's signature: *Sarunya Hengpraprom*

Academic year 2008

Co- advisor's signature: *Anan Nimnurn*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผศ.ดร.สรันยา เสงพระพรหม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไข ปรับปรุงและให้ความรู้ รวมถึงข้อคิดอันเป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ รวมทั้งเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ. โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศ.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ น.อ.นพ. อานัน นิ่มนวล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ และน.ท.หญิง.ดร.วัชรพร เชยสุวรรณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้แนวคิด คำแนะนำและชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ. โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผู้บริหารหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อ ผู้บริหารหน่วยงานความเสี่ยง ผู้บริหารหน่วยงานอาชีวอนามัย หัวหน้าคลินิกให้คำปรึกษาคณะกรรมการบริหารที่เกี่ยวข้องทุกท่าน บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าทุกท่าน และพี่ๆ น้องๆ ห้องตรวจโรคฉุกเฉินทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้สัมภาษณ์เชิงลึก และให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณพี่ที่น่ารักคือ น.ต.หญิง.ดร.ปิยมาภรณ์ โชคอวยชัย รวมทั้งน้องๆที่น่ารักคือ ร.อ.หญิง วรวรรณ ผู้มีโชคชัย และร.อ.หญิง วิภาณันท์ ม่วงสกุล ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท สาขาอาชีวเวชศาสตร์และสาขาเวชศาสตร์ชุมชนทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่ให้การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและให้การสนับสนุนด้านการศึกษาด้วยดีมาโดยตลอด รวมถึงบุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้องทุกท่านที่เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
1.4 สมมุติฐานของการวิจัย.....	3
1.5 การสังเกตและการวัด.....	4
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
1.7 คำสำคัญ.....	5
1.8 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
1.9 คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.10 ปัญหาทางจริยธรรม.....	6
1.11 ข้อจำกัดปัญหา และอุปสรรคของงานวิจัยและวิธีการแก้ไข.....	7
1.12 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 หลักการบริหารจัดการ.....	9
2.2 ระบบการจัดการ.....	16
2.3 การบริหารจัดการความเสี่ยง.....	16
2.4 การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย.....	17
2.5 ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ มาตรฐานระดับชาติและระดับสากล.....	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.6 ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า.....	31
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	42
3.2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	42
3.3 การสังเกตและการวัดตัวแปรในการวิจัย.....	44
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการวิจัย.....	45
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
4.1 วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 1.....	50
4.1.1 การศึกษาเชิงปริมาณ.....	50
1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา.....	51
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลนโยบาย และแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง ด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทาง การแพทย์.....	53
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือ สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์.....	61
4. ส่วนที่ 4 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่ง คัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์.....	65
4.1.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ.....	70
1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลนโยบายและโครงสร้างการบริหารจัดการความ เสี่ยง ด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ บุคลากรทางการแพทย์.....	70
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง ด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากร ทางการแพทย์.....	72

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ).....	74
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลกลยุทธ์การดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์.....	74
4. ส่วนที่ 4 ข้อมูล มุมมองของผู้บริหาร, ปัญหาอุปสรรค, ผลการดำเนินงานและการสนับสนุน.....	75
4.1.3 การศึกษาโดยการทบทวนเอกสาร.....	77
1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากเอกสารการประชุม.....	77
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากเอกสารแผนการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์.....	78
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลเอกสารกิจกรรม/โครงการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์.....	79
4.2 วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 2.....	80
1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา.....	80
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์...	82
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์.....	89
4.3 วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 3.....	99
1. ส่วนที่ 1 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์.....	99

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ).....	101
2. ส่วนที่ 2 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์.....	101
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	102
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	103
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	106
5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	125
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	125
5.5 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	127
รายการอ้างอิง.....	128
ภาคผนวก.....	133
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	134
ภาคผนวก ข แบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์.....	136
ภาคผนวก ค แบบสอบถามคณะกรรมการบริหาร.....	145
ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร.....	158
ภาคผนวก จ แบบสำรวจเอกสาร.....	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	173

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	21
ตารางที่ 2.2	22
ตารางที่ 3.1	43
ตารางที่ 4.1	52
ตารางที่ 4.2	56
ตารางที่ 4.3	62
ตารางที่ 4.4	66
ตารางที่ 4.5	81
ตารางที่ 4.6	84
ตารางที่ 4.7	85
ตารางที่ 4.8	86

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามระดับคะแนน โดยรวม.....	87
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จำแนกตามตำแหน่งงาน.....	88
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จำแนกตามตำแหน่งงาน.....	88
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล จำแนกตามตำแหน่งงาน.....	89
ตารางที่ 4.13 จำนวนร้อยละและความถี่ต่อการสัมผัสเลือดและ/ หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่ พ.ศ .2546 – ปัจจุบัน โดยภาพรวม.....	90
ตารางที่ 4.14 จำนวนร้อยละของการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่ พ.ศ .2546 – ปัจจุบัน จำแนกตามตำแหน่งงาน.....	90
ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/ หรือสิ่งคัดหลั่งฯ โดยรวม.....	92
ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามระดับคะแนน โดยรวม.....	98
ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามตำแหน่งงาน โดยรวม.....	98

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.18 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัส เลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งฯ กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดย บุคลากรทางการแพทย์	100
ตารางที่ 4.19 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัส เลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งฯ กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดย บุคลากรทางการแพทย์.....	101



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 2.1	แสดงโครงสร้างการดำเนินงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า..... 34
แผนภูมิที่ 2.2	โครงสร้างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่ง คัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่น เกล้า..... 35



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background & rationale)

ปัจจุบัน อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มทวีเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นปัญหาต่อการจัดการเพิ่มมากขึ้นในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ต้องอาศัยระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและไม่ขัดกับความรู้สึกและทัศนคติของบุคลากรในสถาบัน

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพथทหารเรือ เป็นโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือตั้งอยู่ที่แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร มีบุคลากรของโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 1,600 คน ในปัจจุบันให้บริการตรวจรักษาพยาบาลข้าราชการทหาร ลูกจ้างและครอบครัวสังกัดกองทัพเรือ รวมทั้งประชาชนทั่วไป โดยเปิดบริการทุกแผนกในเวลาราชการและในแผนกฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของกองทัพเรือที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 9001: 2000 ทั้งระบบจากบริษัท URS ประเทศไทยจำกัด (United Registrars of Systems Thailand Limited) ซึ่งเป็นเครือข่ายของบริษัทที่ให้การรับรองมาตรฐานระดับโลกจากประเทศอังกฤษและได้ผ่านการรับรอง HA แล้วในปี พ.ศ.2549 เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ จึงประกอบด้วยกิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลายด้าน การบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยว่าด้วยการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้านอกจากจะเป็นสถานที่บริการสุขภาพแล้ว ยังเป็นสถานที่ประกอบอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านต่างๆ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะงานที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรค เลือดและสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือจากเครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานส่งผลกระทบสุขภาพและก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคลากร ผู้ร่วมงาน ครอบครัว ชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน ซึ่งทำให้แต่ละปีโรงพยาบาลต้องเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ประกอบกับในปัจจุบันทุกหน่วยงานในภาครัฐและภาคเอกชนต่างมีความตื่นตัวในเรื่องของการป้องกันโรคจากการทำงาน ดังนั้นทางโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จึงได้มีการวางแผนงานการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระปิ่นเกล้าตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ โดยมีการเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมป้องกัน ดูแล สุขภาพอนามัยรวมทั้งแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานให้กับบุคลากรใน หน่วยงาน โดยมอบหมายให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าดูแล รับผิดชอบ จัดให้มีกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งการป้องกัน ควบคุมการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานเพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยและมี อายุการทำงานที่ยืนยาว รวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและยัง สอดคล้องกับนโยบายของการพัฒนาคุณภาพในเรื่องการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัยของบุคลากรและเข้าสู่การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการเรื่องดังกล่าวมาบ้างแล้ว แต่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ เกิดจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยยังคงเกิดขึ้นในบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วง 4 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2546-2549) พบว่ารายงานการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในบุคลากรทาง การแพทย์มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี นั่นคือมีจำนวนผู้ที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ บุคลากรทางการแพทย์ทั้งสิ้น 25 คน, 20 คน, 24 คนและ 30 คน ตามลำดับ และยังพบว่ามีการรายงาน การสัมผัสที่ต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ปัญหาของมีคมที่มิดำยังเป็นความเสี่ยงที่ปรากฏต่อเนื่องอยู่ ทุกปี แสดงให้เห็นว่าระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวทางด้าน การจัดการความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งยังมีข้อจำกัด

ดังนั้น จึงเป็นประเด็นที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาสถานการณ์ของระบบการบริหารจัดการ ความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า ในด้านนโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และการปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางการ ปฏิบัติของโรงพยาบาลของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยการทบทวนและเรียนรู้สิ่งที่ป็นนโยบายหรือ ข้อเสนอทางวิชาการและสิ่งที่ต้องปฏิบัติเกิดขึ้นจริงภายใต้ระบบบริหารจัดการของ โรงพยาบาล การ ถอดประสบการณ์ เหตุผลของความแตกต่างและสิ่งที่จะดำเนินการต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้เกิด กระบวนการเรียนรู้และพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัด หลั่งจากผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับบุคลากรผู้ปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาด้ว นระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าเองและเพื่อเป็นต้นแบบ (Role model) ให้กับ สถานพยาบาลอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในโอกาสต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นอย่างไร
2. การปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นอย่างไร
3. ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาทบทวนการดำเนินงาน ความสำเร็จความสอดคล้อง และความแตกต่าง รวมถึงโอกาสในการพัฒนาด้านระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อถอดประสบการณ์การดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
2. เพื่อถอดประสบการณ์การปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
3. เพื่อศึกษาความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

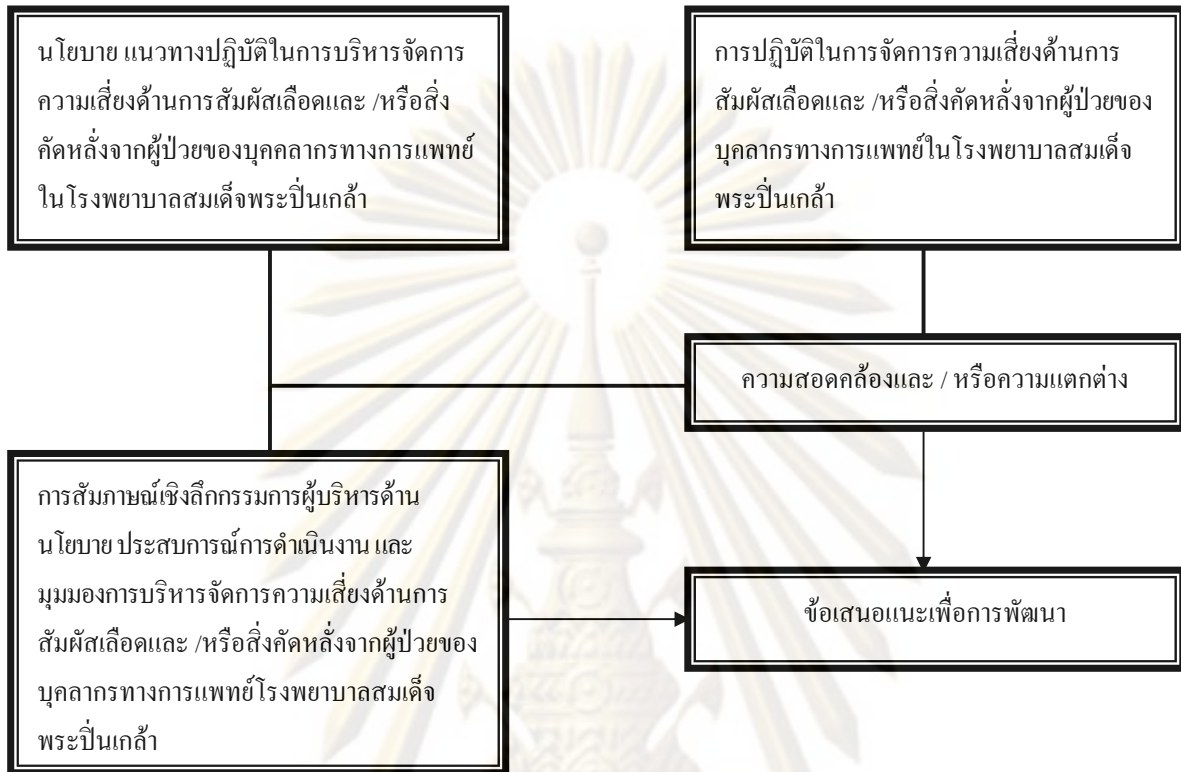
ไม่มี

การสังเกตและการวัด (Observation and measurement)

ตัวแปรที่ศึกษา (Variables) ได้แก่

1. นโยบายและ/หรือแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
2. การปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
3. ประสิทธิภาพการดำเนินงานและมุมมองการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
4. ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
5. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กรอบแนวคิดของงานวิจัย (Conceptual Framework)



คำสำคัญ (Key words)

Blood / Secretion Exposures, Risk Management System, Health Care Workers

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในด้านนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ และการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นที่การค้นหาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมในด้านบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ และประมวลผลลัพธ์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปและข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร อันจะนำไปสู่การพัฒนา ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง หมายถึง ระบบภายในองค์กรซึ่งประกอบด้วย บุคลากร ทรัพยากร นโยบายและขั้นตอนการดำเนินงาน โดยทำงานประสานกันอย่างมีระเบียบแบบแผน เพื่อจัดการกับความเสี่ยง ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นซึ่งจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดกับบุคลากร ทั้งการเจ็บป่วย การตาย การสูญเสียค่าใช้จ่ายของบุคลากร

การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หมายถึง การสัมผัสเลือดและ/หรือของเหลวที่ถูกสร้างขึ้นจากอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งจากร่างกายของผู้ป่วย เช่น น้ำไขสันหลัง น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำ ในช่องท้อง อุจจาระ เหงื่อ ปัสสาวะ เหงื่อ น้ำนม น้ำลาย เสมหะ น้ำตา น้ำคร่ำ น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น หรือของเหลวที่ถูกขับออกจากร่างกายผู้ป่วย เช่น น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด เป็นต้น

คณะกรรมการบริหาร หมายถึง คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบบริหารจัดการด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 หน่วยงานหลัก คือ หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, หน่วยงานการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล, หน่วยงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล และคลินิกให้คำปรึกษา

นโยบาย หมายถึง ข้อความหรือเจตนารมณ์ที่ผู้บริหารหน่วยงานประกาศว่าจะทำอะไรบ้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง บุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล และห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาล, ทันตแพทย์, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ, พนักงานช่วยการพยาบาล, เจ้าหน้าที่ห้องฝากศพ, เเวรเปล, พนักงานซักฟอก และแม่บ้าน

พนักงานช่วยการพยาบาล หมายถึง พนักงานของแต่ละแผนก ประกอบด้วยลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว มีหน้าที่ ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์, การเก็บและทำความสะอาดอุปกรณ์ทางการแพทย์และการช่วยทำหัตถการต่างๆในการรักษาผู้ป่วย

พนักงานทั่วไป หมายถึง พนักงานของแต่ละแผนก ประกอบด้วยลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว มีหน้าที่ให้บริการทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย หรือการช่วยทำหัตถการต่างๆในการรักษาผู้ป่วย เช่น เเวรเปล, พนักงานซักฟอกและแม่บ้าน

ความสอดคล้อง หมายถึง บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ถึง ระดับดี โดย มีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 50.1 ถึง 75.0 และ/หรือมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 75.1 ถึง 100.0

ความแตกต่าง หมายถึง บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในเกณฑ์ระดับปรับปรุง โดยมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50.0

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical consideration)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา โดยให้กลุ่มที่ทำการศึกษาตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจ และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม จึงคาดว่าไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

ข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรคของงานวิจัยและวิธีการแก้ไข (Limitations and Solutions)

1. ความต่อเนื่องของผู้รับผิดชอบหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว รวมถึงเตรียมการแก้ไขโดยศึกษาจากเอกสารรายงานประกอบกับการสอบถามจากการสัมภาษณ์
2. ความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆและความพร้อมของเอกสารอาจไม่ต่อเนื่องเตรียมการแก้ไขโดย เชิญหัวหน้าแผนกของแต่ละแผนกประชุม เพื่ออธิบายถึงผลประโยชน์ของงานวิจัยและขอความร่วมมือ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefits and applications)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสะท้อนความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และเป็นการศึกษาประสบการณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร ดังนั้นข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าในอนาคต ดังนี้

1. ประโยชน์เชิงวิชาการ

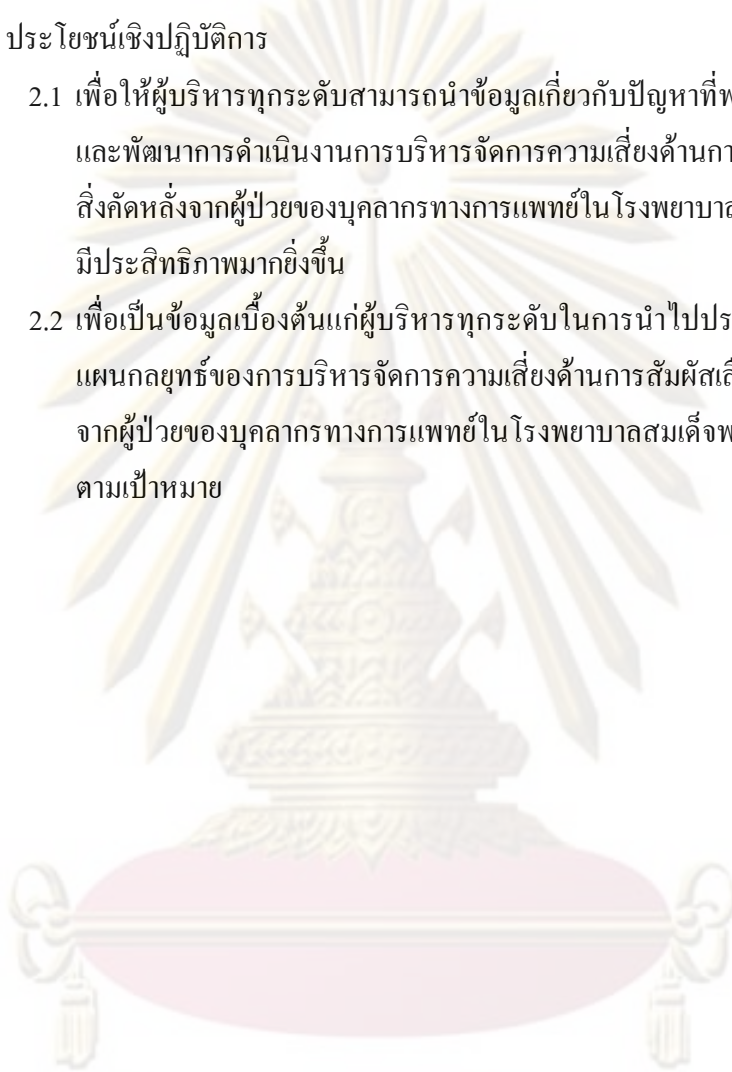
- 1.1 มีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาวางแผนการพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1.2 เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

2. ประโยชน์เชิงปฏิบัติการ

2.1 เพื่อให้ผู้บริหารทุกระดับสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่พบไปปรับปรุง วางแผน และพัฒนาการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้บริหารทุกระดับในการนำไปประยุกต์เป็นนโยบายและแผนกลยุทธ์ของการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าให้บรรลุผลตามเป้าหมาย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมทฤษฎี แนวคิด จากตำรา เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอเป็น 7 ส่วน ดังนี้

- 2.1 หลักการบริหารจัดการ
- 2.2 ระบบการจัดการ
- 2.3 การจัดการความเสี่ยง
- 2.4 การสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
- 2.5 ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มาตรฐานระดับชาติและระดับสากล
- 2.6 ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 หลักการบริหารจัดการ

แนวคิดและทฤษฎีการบริหารจัดการ

ในการบริหารจัดการได้มีนักวิชาการหลายท่านได้นำเสนอแนวคิดและทฤษฎีการบริหารไว้มากมายที่พอจะรวบรวมได้ดังนี้คือ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์^[1] ได้รวบรวมความหมายของคำว่า การบริหารจัดการไว้ดังนี้

การบริหารจัดการ หมายถึง ธุรกิจหรือองค์กร แสดงให้เห็นจากกลุ่มของบุคคลที่มาร่วมกันทำงานด้วยโครงสร้างและการประสานงานเป็นหลักการชัดเจนแน่ชัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรจากสภาพแวดล้อมทางธุรกิจ ประกอบด้วย คน(Man) เงิน (Money) วัสดุดิบ (Material) เครื่องจักร (Machine) วิธีการ (Method) และการบริหาร (Management) หรือที่นิยมเรียกกันว่า 6M's

คำว่า “การบริหาร” (Administration) จะใช้ในการบริหารระดับสูง โดยเน้นที่การกำหนดนโยบายที่สำคัญและการกำหนดแผนของผู้บริหารระดับสูงเป็นค่านิยมใช้ในการบริหารรัฐกิจ (Public Administration) หรือใช้ในหน่วยราชการ

การบริหาร หมายถึง กลุ่มของกิจกรรมประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การสั่งการ (Director) หรือการอำนวยการ (Superintendence) และการควบคุม (Controlling) ซึ่งจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทรัพยากรขององค์กร เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์และบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลครบถ้วน

คำว่า “การจัดการ” (Management) จะใช้ประเมินการปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบาย ซึ่งนิยมใช้ในการจัดการธุรกิจ (Business Management)

การบริหารจัดการ (Management) หมายถึง ชุดของหน้าที่ต่างๆที่กำหนดทิศทางในการใช้ทรัพยากรทั้งหลายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

ในอีกแนวหนึ่ง “การบริหารจัดการ” หมายถึง กระบวนการของการมุ่งสู่เป้าหมายขององค์กรจากการทำงานร่วมกัน โดยใช้บุคคลและทรัพยากรอื่นๆ หรือเป็นกระบวนการออกแบบและรักษาสภาพแวดล้อมที่บุคคลทำงานร่วมกันในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำว่า “การบริหาร” (Administration) และ “การจัดการ” (Management) มีความหมายแตกต่างกันเล็กน้อย โดยการบริหารจะสนใจและสัมพันธ์กับการกำหนดนโยบายลงไปปฏิบัติ การบริหารใช้ในภาครัฐ ส่วนการจัดการใช้ในภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม คำนี้มีความหมายไม่แตกต่างกัน สามารถใช้แทนกันได้และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

ดังนั้น การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการของกิจกรรมที่ต่อเนื่องและประสานงานกัน ซึ่งผู้บริหารต้องเข้ามาช่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร ประเด็นสำคัญของการบริหารจัดการมีดังนี้

1. การบริหารจัดการ สามารถประยุกต์ใช้กับองค์กรใดองค์กรหนึ่งได้
2. เป้าหมายของผู้บริหารทุกคนคือ การสร้างกำไร
3. การบริหารจัดการเกี่ยวข้องกับการเพิ่มผลผลิต (Productivity) โดยมุ่งสู่ประสิทธิภาพ (Efficiency) (การใช้ทรัพยากรโดยประหยัดที่สุด) และประสิทธิผล (Effectiveness) (บรรลุเป้าหมายคือประโยชน์สูงสุด)
4. การบริหารจัดการสามารถนำมาใช้สำหรับผู้บริหารในทุกระดับชั้นขององค์กร

กระบวนการบริหารจัดการ (Management Process) หมายถึง กระบวนการเพื่อให้บรรลุ จุดมุ่งหมายขององค์กร ซึ่งกระบวนการการบริหารจัดการนี้สามารถแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องกันได้อย่างมี ปฏิสัมพันธ์สอดคล้องและต่อเนื่อง

การบริหารประกอบด้วยกิจกรรมพื้นฐาน 4 ประการ (POLC) ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นสิ่งที่องค์กรต้องการเปลี่ยนแปลงในอนาคต การวางแผนเป็นสะพานเชื่อมระหว่างเหตุการณ์ปัจจุบันและอนาคตซึ่งทำได้โดยการให้บรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่ต้องการ การวางแผน จึงต้องอาศัยการกำหนดกลยุทธ์ที่ ประสิทธิภาพ แม้ว่าพื้นฐานของการจัดการโดยทั่วไปเป็นงานของผู้บริหาร การวางแผนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปฏิบัติตามกลยุทธ์ให้ประสบความสำเร็จ เพราะว่า การจัดการองค์กร การจูงใจ การจัดบุคคลเข้าทำงาน และกิจกรรมควบคุม ขึ้นกับการวางแผน กระบวนการวางแผนจะต้องประกอบด้วยผู้บริหารและพนักงานภายใน องค์กรการวางแผนจะช่วยให้องค์กรกำหนดข้อดีจากโอกาสภายนอกและทำให้เกิดผลกระทบจากอุปสรรคภายนอกต่ำสุด โดยต้องมองเหตุการณ์ในอดีตและ ปัจจุบันเพื่อคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การวางแผน ประกอบด้วย การพัฒนาภารกิจ (Mission) การคาดคะเนเหตุการณ์ปัจจุบัน เหตุการณ์ อนาคต และ แนวโน้ม การกำหนดวัตถุประสงค์ การเลือกกลยุทธ์ที่ใช้การวางแผนจะช่วยให้ ธุรกิจปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงของตลาดและสามารถกำหนดเป้าหมายได้ การบริหารเชิงกลยุทธ์นั้นต้องการให้องค์กรติดตามในลักษณะเชิงรุก (Proactive) มากกว่าที่จะเป็นเชิงรับ (Reactive) องค์กรที่ประสบความสำเร็จจะต้องควบคุม อนาคตขององค์กรมากกว่าที่จะรอรับผลจากอิทธิพลสภาพแวดล้อมภายนอกและ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การตัดสินใจ (Decision Making) ถือเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผน การปรับตัวเป็นสิ่งจำเป็นเพราะว่ามีการเปลี่ยนแปลงของตลาด เศรษฐกิจ และคู่แข่งกันทั่วโลก จุดเริ่มต้นของความสำเร็จที่ดีของธุรกิจคือการวางแผนที่ เหมาะสม เห็นผลได้จริง ยืดหยุ่น มีประสิทธิผล และทรงประสิทธิภาพ
2. การจัดการองค์กร (Organizing) จุดมุ่งหมายของการจัดการองค์กรคือ การใช้ความ พยายามทุกกรณีโดยการกำหนดงานและความสำคัญของอำนาจหน้าที่ การจัดการ องค์กร หมายถึง การพิจารณาถึงสิ่งที่ต้องการทำและผู้ที่จะทำ มีตัวอย่างใน ประวัติศาสตร์ของธุรกิจที่มีการจัดองค์กรที่ดี สามารถประสบความสำเร็จในการ แข่งขันและสามารถเอาชนะคู่แข่งกันได้ ธุรกิจที่มีการจัดองค์กรที่ดีสามารถจูงใจ

ผู้บริหารและพนักงานให้มองเห็นความสำคัญของความสำเร็จขององค์กร การกำหนดลักษณะเฉพาะของงาน (Work Specialization) โดยการแบ่งงานประกอบด้วยงานที่กำหนดออกมาเป็นแผนก การจัดแผนก และการมอบอำนาจหน้าที่ (Delegating Authority) การแยกงานออกเป็นงานย่อยตามการพัฒนารายละเอียดของงาน (Job Description) และคุณสมบัติของงาน (Job Specification) เครื่องมือเหล่านี้มีความชัดเจนสำหรับผู้บริหารและพนักงาน ซึ่งต้องการทราบ ลักษณะของงาน การกำหนด แผนกใน โครงสร้างขององค์กร (Organization Structure) ขนาดของการควบคุม (Span of Control) และสายการบังคับบัญชา (Chain of Command) การเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ต้องการการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง เพราะตำแหน่งใหม่ๆ ที่สร้างขึ้นหรือลดลงหรือรวมกัน

3. การนำหรือการสั่งการ (Leading/Directing) เป็นการใช้อิทธิพลเพื่อจูงใจพนักงานให้ปฏิบัติงานและนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ระบุไว้ หรือเป็นกระบวนการจัดการให้สมาชิกในองค์กรทำงานร่วมกันได้ด้วยวิธีการต่างๆ เพราะทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งที่ซับซ้อนและเข้าใจถ่องแท้ได้ยาก การนำหรือการสั่งการจึงต้องใช้ความสามารถหลายเรื่องควบคู่กันไป อาทิ ภาวะความเป็นผู้นำของผู้บริหาร การจูงใจ การติดต่อสื่อสารในองค์กร และการทำงานเป็นทีม เป็นต้น หน้าที่ในการนำหรือสั่งการนี้ มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าหน้าที่อื่น เพราะผู้บริหารต้องแสดงบทบาทของผู้สั่งการอย่างมีคุณภาพ ถ้าไม่เช่นนั้น แผนงานที่วางไว้ตลอดจนทรัพยากรที่จัดเตรียมไว้อาจไม่เกิดประสิทธิผล ถ้าผู้บริหารดำเนินกิจกรรมด้านการสั่งการไม่ดีพอ ดังนั้น การสั่งการจึงเป็นเรื่องของความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์ และความสามารถที่จะชักจูงให้พนักงานร่วมกันปฏิบัติงานไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในห้องค์กรประสบความสำเร็จตามต้องการ
4. การควบคุม (Controlling) การใช้ทรัพยากรต่างๆ ขององค์กร ถือว่าเป็นกระบวนการตรวจสอบ หรือติดตามผลและประเมินการปฏิบัติงานในกิจกรรมต่างๆ ของพนักงาน เพื่อรักษาให้ห้องค์กรดำเนินไปในทิศทางสู่เป้าหมายอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์หลักขององค์กร ในเวลาที่กำหนดไว้ องค์กรหรือธุรกิจที่ประสบความสำเร็จล้มเหลวอาจเกิดจากการขาดการควบคุม หรือมีการควบคุมที่ไร้ประสิทธิภาพ และหลายแห่งเกิดจากความไม่ใส่ใจในเรื่องของการควบคุม ละเลยเพิกเฉย หรือในทางกลับกันคือมีการควบคุมมากเกินไปจนเกิดความผิดพลาดขององค์กรเอง การควบคุมจึงเป็น

หน้าที่หลักทางการบริหารที่มีความสำคัญ ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบกระบวนการทางการบริหารการควบคุมเป็นการตรวจตราและตรวจสอบผลการปฏิบัติงานโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายและดำเนินการปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่า จะบรรลุผลลัพธ์ตามต้องการ นอกจากนี้การควบคุมยังเป็นกระบวนการรวบรวมและแสดงถึงข้อมูลย้อนกลับเรื่องของการดำเนินงานในฐานะที่เป็นพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอีกด้วย อาจกล่าวถึงบทบาทสำคัญของการควบคุมได้ว่า อยู่ที่คำ 4 คำ ได้แก่ มาตรฐาน (Standard) การวัดผล (Measurement) การเปรียบเทียบ (Comparison) และการปฏิบัติ (Take Action) โดยการควบคุมจะครอบคลุมดูแล 4 เรื่องใหญ่ ของการบริหาร คือ พฤติกรรมบุคคลในองค์กร การเงิน การปฏิบัติการ และข้อมูลข่าวสาร

สมยศ นาวิการ^[2] กล่าวว่า การบริหารงานมีจุดมุ่งหมายที่ต้องการให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการวางแผน การจัดการและการควบคุมกำกับความพยายามของสมาชิกองค์กร และใช้ทรัพยากรอื่นๆ เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร

สมาน รังสิโยภยกุล และคณะ^[3] กล่าวว่า การบริหาร หมายถึง การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยอาศัยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ คน เงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการปฏิบัติงาน เป็นอุปกรณ์ในการดำเนินงาน อีกนัยหนึ่งการบริหาร คือ การทำงานให้เสร็จโดยอาศัยบุคคลอื่น

สมพงษ์ เกษมสิน^[4] ได้ให้ความหมายของ การบริหาร หมายถึง การใช้ศาสตร์ และศิลป์ เพื่อนำทรัพยากรการบริหารมาประกอบการตามกระบวนการ โดยอาศัยปัจจัย ได้แก่ คน เงิน วัสดุสิ่งของ ในการปฏิบัติงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากจะใช้ทรัพยากรทั้ง 3 ได้แก่ คน เงิน วัสดุสิ่งของอุปกรณ์ที่สมบูรณ์ในการบริหารแล้ว สิ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการบริหารคือ กระบวนการบริหารที่ดี ซึ่งจะช่วยให้งานทุกอย่างดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรทุกองค์กรไม่ว่าจะเป็นองค์กรรัฐ หรือเอกชนก็ตาม จะต้องมีการบริหาร (Administration)

การบริหารจะต้องมีความเกี่ยวเนื่องกันของกิจกรรมหลายอย่างและเป็นกระบวนการ (Administrative Process) ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดตามทัศนะของนักวิชาการเกี่ยวกับกระบวนการบริหารไว้ดังนี้

Harold Koontz and Cyril O' Donnell^[5] กล่าวถึง กระบวนการบริหารในรูปแบบของ POSDCoRB จัดว่ามี 7 ขั้นตอน คือ

1. P = Planning หมายถึง การวางแผนงาน ซึ่งนับเป็นกระบวนการที่สำคัญ อันดับแรก การวางแผนว่าจะต้องมีการดำเนินงานด้านใดบ้าง และจะต้องปฏิบัติงานตามลำดับชั้นอย่างไร พร้อมบอกวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติการณ์นั้นๆ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงนโยบายหลักเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกิจการ
2. O = Organization หมายถึง การจัดองค์กรวางรูปแบบของกรบริหารโดยกำหนดหน้าที่หน่วยงานย่อยให้ชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดลักษณะ และวิธีการติดต่อกันระหว่างหน่วยงานย่อยในระดับต่างๆ
3. S = Staffing หมายถึง การดำเนินงานเกี่ยวกับบุคคลในองค์กรหรือหน่วยงานอาจเรียกว่า การบริหารงานบุคคล คือ เริ่มตั้งแต่การสรรหามาปฏิบัติงาน การบรรจุแต่งตั้ง การบำรุงรักษาขวัญกำลังใจ การพัฒนาคน การประเมินผลการปฏิบัติงาน และระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับบุคคล
4. D = Directing หมายถึง การอำนวยการในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ การวินิจฉัยสั่งการ การควบคุมดูแล การปฏิบัติงาน การนิเทศงาน และการติดตามการปฏิบัติงาน เพื่อให้การบริหารงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยหลักมนุษยสัมพันธ์ และการจูงใจเป็นเครื่องมือสำคัญ
5. Co = Coordination หมายถึง การประสานงาน โดยการจัดวางระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เพื่อไม่ให้งานซ้ำซ้อน ขัดแย้ง หรือเลื่อมล้ำกัน งานจะได้ดำเนินไปอย่างราบรื่นบรรลุวัตถุประสงค์ กระบวนการนี้ใช้เครื่องมือสื่อสารเป็นสำคัญ
6. R = Reporting หมายถึง การบันทึกรายงานไว้เป็นหลักฐาน เพื่อนำเสนอผู้บังคับบัญชาและแจ้งให้หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทราบ รวมตลอดถึงการประชาสัมพันธ์
7. B = Budgeting หมายถึง การจัดงบประมาณ การวางแผนโครงการ การใช้จ่ายเงิน การบัญชี และการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้รอบครอบรัดกุม แม้จะไม่ต้องทำด้วยตนเอง แต่ผู้บริหารต้องศึกษาระเบียบและแนวทางการปฏิบัติให้เข้าใจ

ปิยธิดา ตรีเดชและศักดิ์สิทธิ์ ตรีเดช^[6] ได้ให้ความหมายของการบริหารงานหรือการจัดการ คือ กระบวนการร่วมกันระหว่างหัวหน้า (ผู้บริหาร) และผู้ปฏิบัติงานในอันที่จะทำให้งานสำเร็จ บรรลุวัตถุประสงค์ โดยที่ผู้บริหารมีหน้าที่กระทำการใดๆ ให้มีความร่วมมือกันอย่างเต็มที่ เต็มความสามารถ โดยใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ ยังมีความเห็นเกี่ยวกับกระบวนการบริหารว่า น่าจะเพิ่มนโยบาย (Policy) และอำนาจหน้าที่ (Authority) เข้าไป

ด้วยโดยเรียกย่อๆว่า PAPOSDCoRB โดยรวมนโยบายไว้กับแผนงาน และอำนาจหน้าที่นั้นน่าจะรวมไว้กับเรื่องการจัดองค์กรเพราะเห็นว่าอำนาจหน้าที่เป็นปัจจัยสำคัญในการบริหาร

สรุปได้ว่า การบริหาร หมายถึง การดำเนินงานร่วมกันของบุคคลทุกคนในหน่วยงาน โดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้ภารกิจของหน่วยงาน ได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

การบริหารด้านสุขภาพ⁷¹ ควรมีนโยบายการดูแลสุขภาพบุคลากรที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร และมีความเป็นไปได้ในทิศทางเดียวกัน นโยบายควรครอบคลุมกิจกรรมการดูแลสุขภาพทุกๆด้าน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการให้ภูมิคุ้มกัน ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรเห็นความสำคัญและมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพบุคลากรเพื่อที่จะดำเนินการดูแลสุขภาพบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม มีการประชุมติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ควรมีข้อบังคับในการตรวจสอบสุขภาพทั้งการตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน การตรวจสอบสุขภาพประจำปี และการตรวจสอบสุขภาพเมื่อสัมผัสความเสี่ยง บุคลากรที่ทำงานในหอผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนควรได้รับวัคซีนเฉพาะโรคนั้นๆ ตามความเหมาะสม ควรจัดทำเอกสารสื่อ หรือสร้างคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพบุคลากร เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพบุคลากรและสำหรับบุคลากร

ปัจจุบัน การดำเนินงานยังคงมีหลายหน่วยงานที่แยกกันรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพบุคลากร บางครั้งอาจเกิดความยุ่งยากในการใช้ข้อมูลเพื่อแก้ปัญหา จึงควรต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพบุคลากร เพื่อให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือการป้องกันเป็นไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ควรจัดให้มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยขณะปฏิบัติงานของบุคลากรหรือเพิ่มประวัติสุขภาพบุคลากรแยกต่างหากจาก Out Patient Department Card

ในงานวิจัยนี้ กำหนดให้ความหมายของการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการร่วมมือระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โดยคณะกรรมการผู้บริหาร คือ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, คณะกรรมการโครงสร้างสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยโรงพยาบาล, คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลและคลินิกให้คำปรึกษา มีหน้าที่กำหนดแผนนโยบายหรือแนวทางการป้องกันการสัมผัส แนวทางปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัส ตลอดจนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้การบริหารงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ระบบการจัดการ

ระบบการจัดการ หมายถึง ระบบภายในองค์กรซึ่งประกอบด้วยบุคลากร ทรัพยากร นโยบาย และขั้นตอนการดำเนินงาน โดยทำงานประสานกันอย่างมีระเบียบแบบแผนเพื่อปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ หรือเพื่อให้บรรลุหรือรักษาเป้าหมายที่กำหนดไว้^[8]

แนวความคิดด้านระบบ เป็นการจัดการที่เน้นด้านกลยุทธ์ ศึกษาส่วนต่างๆของระบบ ภายในระบบจะมีความเกี่ยวข้องกัน มีความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เชิงระบบเป็นความพยายามที่กำหนดธรรมชาติของความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆที่อยู่ในระบบ ถึงแม้ระบบอาจจะเป็นการแบ่งแยกออกเป็นกลุ่มย่อยๆ แต่ก็ยังมีความเกี่ยวข้องขององค์ประกอบต่างๆ สิ่งเหล่านี้ มีความสัมพันธ์ในการนำมาพิจารณาวัตถุประสงค์ล่วงหน้า^[9]

ด้านผู้รับผิดชอบ^[8] มีหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะ ผู้รับผิดชอบงานควรมีตำแหน่งและหน้าที่ชัดเจน เพื่อทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะและเพียงพอ มีคณะกรรมการรับผิดชอบโดยตรง มีระบบติดตาม และมีนักวิชาการที่จะดำเนินการในด้านนี้

2.3 การบริหารจัดการความเสี่ยง

การบริหารจัดการความเสี่ยง^[8] หมายถึง การดำเนินงานในการกำหนดมาตรการความปลอดภัยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงจากอันตรายที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือหรืออุปกรณ์ และบุคลากรที่เหมาะสม เพื่อดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติในมาตรการความปลอดภัยเพื่อป้องกัน ควบคุม บรรเทา หรือลดความเสี่ยงจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบกิจกรรมนั้นๆ

การจัดการความเสี่ยง เป็นวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นซึ่งจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากร ทั้งการเจ็บป่วย การตาย การสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของบุคลากรและของโรงพยาบาล การจัดการความเสี่ยงทำได้โดย การกำจัดสิ่งคุกคามให้หมดไป, การทำให้สิ่งคุกคามลดน้อยลงจนถึงจุดที่ไม่มีอันตราย, มีนโยบายและมาตรการในการควบคุมและป้องกันบุคลากร, บุคลากรควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน, บุคลากรได้รับการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและบุคลากรได้รับทราบถึงความสำคัญของการมีสุขนิสัยที่ดี^[10]

การจัดการความเสี่ยง ทำได้โดย^[11]

1. กำจัดสิ่งคุกคามให้หมดไป เช่น ทำร้ายเชื้อจุลชีพที่ก่อให้เกิดโรคให้หมดไปด้วยวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อ เลิกใช้สารเคมีบางตัวที่อาจมีผลต่อการเป็นมะเร็งในคน

2. การทำให้สิ่งคุกคามลดน้อยลงจนถึงจุดที่ไม่เป็นอันตราย เช่น การหาอุปกรณ์ หรือ เครื่องมือสำหรับยกผู้ป่วยเพื่อลดการบาดเจ็บที่หลังจัดลักษณะงานให้เหมาะสมกับ ความสามารถของแต่ละบุคคลเพื่อลดความเครียด เป็นต้น
3. มีนโยบายและมาตรการในการควบคุมและป้องกันแก่บุคลากร กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพบุคลากร เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีแนวทางหรือทิศทางการ ทำงานในทางเดียวกัน กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง โดย จัดทำเป็นแผนปฏิบัติงาน
4. บุคลากรควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จัดอบรมและ ให้ความรู้จัดหาเอกสารเกี่ยวกับความปลอดภัยรวมทั้งแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งคุกคาม ต่างๆ เพื่อกระตุ้นเตือนและให้ระมัดระวังในการทำงาน
5. บุคลากรควรได้รับการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
6. บุคลากรควรได้รับทราบถึงความสำคัญของการมีสุขนิสัยที่ดี

2.4 การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

สิ่งคัดหลั่งจากร่างกาย^[12] หมายถึง ของเหลวที่ถูกสร้างขึ้นจากอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง ของร่างกายโดยที่ของเหลวนั้นอาจจะอยู่ในร่างกาย เช่น น้ำไขสันหลัง น้ำในข้อ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องท้อง น้ำคร่ำ น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น หรือของเหลวที่ถูกขับออกจากร่างกาย เช่น เหงื่อ อุจจาระ ปัสสาวะ หนอง น้ำนม น้ำลาย เสมหะ น้ำตา น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด เป็นต้น

การสัมผัสเลือด (Blood exposure)^[13] หมายถึง การสัมผัสเลือดกับตา, ปาก, เยื่อเมือกของร่างกาย รวมถึงทางเส้นเลือด (parenteral) และผิวหนังที่ไม่ปกติ (non-intact skin) เช่น ผิวหนังที่มีการอักเสบ, บาดแผลถลอก และบาดแผลฉีกขาด เป็นต้น

2.4.1 ลักษณะการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

เลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย สามารถเข้าสู่ร่างกายของบุคลากรทางการแพทย์^[14]

มี 3 ทาง คือ

1. การถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มแทง (Percutaneous exposure)
2. การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยทางเยื่อเมือก(Mucous membrane exposure)
3. การมีบาดแผลแล้วไปสัมผัสเลือด (Non-intact skin exposure)

2.4.2 โรคติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่ง^[15]

ได้แก่ โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี เป็นโรคที่แพร่กระจายทางกระแสเลือดที่พบบ่อย พบว่าความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัส HIV จากการถูกเข็มที่มด้าเท่ากับ ร้อยละ 0.3 แม้ว่าความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัส HIV ในบุคลากรจะน้อย แต่การติดเชื้อไวรัส HIV ทำให้มีอันตรายถึงแก่ชีวิต บุคลากรจึงต้องมีความระมัดระวังอย่างมากเมื่อต้องสัมผัสกับเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา^[16] พบว่า พยาบาลเป็นกลุ่มที่เสี่ยงมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น จากการศึกษาการติดเชื้อไวรัส HIV ในบุคลากรของโรงพยาบาลที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าบุคลากรที่ติดเชื้อไวรัส HIV สูงสุด คือ พยาบาล 21 ราย รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 16 ราย สาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อมากที่สุด คือ การถูกของมีคมที่มีการปนเปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยบาดหรือตำ สำหรับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในประเทศสหรัฐอเมริกา 1-1.25 ล้านคน และ 3.9 ล้านคน ตามลำดับ ในประเทศไทยจากการศึกษาในโรงพยาบาลชัชฎุมิ พบว่าเจ้าหน้าที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5.14^[17]

2.4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้แก่

1. ปัจจัยด้านบุคลากร เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
2. ปัจจัยด้านอุปกรณ์ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม ผิดประเภท ไม่มีคุณภาพ ไม่ทันสมัยและมีจำนวนไม่เพียงพอ
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ ได้แก่ โครงสร้างอาคารไม่ได้มาตรฐาน การจัดเก็บอุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบและไม่ปลอดภัย
4. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เช่น ขาดการเสริมความรู้ ขาดการวางแผนในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน ขาดการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
5. ปัจจัยด้านผู้รับบริการ จากพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2.4.4 การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย^[50]

ศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกาได้แนะนำให้ใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions) เป็นหลักปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้มารับบริการ จากการติดเชื้อที่ติดต่อผ่านเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายของผู้รับบริการทุกคนเหมือนกัน โดยไม่ต้องมี

การตรวจเลือดผู้รับบริการว่ามีการติดเชื้อหรือไม่โดยศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มมีการนำ Universal precaution เนื่องจากมีการแพร่กระจายของโรคเอดส์อย่างรวดเร็วทั่วโลก

หลักการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เน้นหลักปฏิบัติ 3 ประการ ดังนี้^[19]

1. การป้องกันอุบัติเหตุ (Accidental prevention) และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคม

1.1 ผู้บริหารกำหนดมาตรการหรือแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตาม จัดอบรมฟื้นฟูให้บุคลากรเป็นระยะ และมีการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ผู้บริหารควรจัดอุปกรณ์สำหรับการป้องกันอุบัติเหตุอย่างเพียงพอ และมีคุณภาพซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตราย

1.2 บุคลากรผู้ปฏิบัติจะต้องให้ความระมัดระวังขณะปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา เพราะสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้มากที่สุดคือ การถูกเข็มตำ และมีสาเหตุจากการสวมปลอกเข็มกลับคืนหลังจากใช้เข็มฉีดยาหรือเจาะเลือดแล้วโดยใช้มือจับปลอกเข็ม ดังนั้นเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุบุคลากรควรปฏิบัติขณะใช้อุปกรณ์มีคม ดังนี้

- 1) ไม่สวมปลอกเข็มกลับคืน ให้ทิ้งเข็มและปลอกลงในภาชนะรองรับ ถ้าจำเป็นต้องสวมปลอกเข็มกลับ ให้ใช้มือเดียวโดยการวางปลอกเข็มในถาดเพื่อช่วยตรึงเข็ม
- 2) ภาชนะที่รองรับเข็มที่ใช้แล้ว เป็นวัสดุที่แข็งแรงสามารถป้องกันการแทงทะลุของเข็ม จัดวางไว้ให้สะดวกต่อการใช้งาน
- 3) ใช้คีมจับเข็ม หรือคีมจับเข็มเย็บแผลแทนการจับด้วยมือ
- 4) ส่งเข็มหรือเครื่องมือที่เป็นของมีคม โดยการวางบนภาชนะแทนการส่งด้วยมือโดยตรง
- 5) ใช้สำลีหรือก๊อสรองในการหักหลอดยา

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม (Use of personnel protective barriers)

การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับแต่ละกิจกรรมจะช่วยป้องกันบุคลากรไม่ให้สัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยได้ การเลือกใช้อุปกรณ์จะต้องพิจารณาถึงความจำเป็นและความเหมาะสมของอุปกรณ์ป้องกันแต่ละชนิด การใช้อุปกรณ์ป้องกันที่มากเกินไปจะทำให้ปฏิบัติงานไม่สะดวก เสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัสดุ บุคลากรต้องศึกษาวิธีการใช้เครื่องป้องกันอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่มีเชื้อโรคนาน้อยต่างกัน อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ ผ้าปิดปาก, ปิดจมูก, แว่นตา, หมวก, ถุงมือ, เสื้อคลุม และรองเท้าบูท เป็นต้น

การพิจารณาว่าควรจะใช้อุปกรณ์ป้องกันชนิดใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานะการเกิดเลือดออกของผู้ป่วยและลักษณะของกิจกรรมที่จะปฏิบัติว่ามีแนวโน้มจะทำให้เกิดการฟุ้งกระเด็นของเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่ (ตารางที่ 2.1 และ 2.2) ซึ่งสถานะการเกิดเลือดออกของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

- 1) เลือดออกแบบ Profuse bleeding หมายถึง การมีเลือดออกมามากจนเปียกชุ่มผ้าปิดแผล เลือดไหลลงที่นอนหรือพื้น หรือมีเลือดไหลพุ่งออกจากหลอดเลือด
- 2) เลือดออกแบบ Active bleeding หมายถึง การมีเลือดออกน้อยหรือปานกลางโดยไม่มีเลือดฟุ้งกระเด็นออกมา
- 3) ไม่มีเลือดออก

ลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) กิจกรรมที่เสี่ยงมาก คือ กิจกรรมที่มีการสอดเครื่องมือเข้าร่างกายของผู้ป่วยซึ่งอาจมีผลทำให้ฟุ้งกระเด็นของเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้แก่ การดูดเสมหะ การล้างท้อง การใส่ Endotracheal tube การทำ Cut down การใส่ Nasogastric tube หรือ Orogastric tube การทำคลอด เป็นต้น
- 2) กิจกรรมที่เสี่ยงปานกลาง คือ กิจกรรมที่มีโอกาสที่จะเกิดการฟุ้งกระเด็นของเลือด ได้แก่ การเจาะเลือด การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนปัสสาวะ การจับต้องหลอดเลือด เป็นต้น

- 3) กิจกรรมที่เสี่ยงน้อย คือ กิจกรรมที่ทำเพียงสัมผัสกับตัวผู้ป่วยหรืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยหรือสิ่งส่งตรวจ เช่น การตรวจร่างกายผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจับต้องเสื้อผ้าของผู้ป่วย การทำความสะอาดผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียงหรือพื้น เป็นต้น

ตารางที่ 2.1 การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Use of personnel protective barriers) ในการปฏิบัติงานจำแนกตามสถานะการเกิดเลือดออกของผู้ป่วยและกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	สถานะการเกิดเลือดออกของผู้ป่วย		
	ไม่มีเลือดออก	Active bleeding	Profuse bleeding
กิจกรรมที่เสี่ยงมาก	ทุกชนิด *	ทุกชนิด *	ทุกชนิด *
กิจกรรมที่เสี่ยงปานกลาง	ถุงมือ	ถุงมือ	ทุกชนิด *
กิจกรรมที่เสี่ยงน้อย	-	ถุงมือ	ทุกชนิด *

ที่มา : สมหวัง ด้านชัยจิตร และคณะ^[19] 2538: 32-34

หมายเหตุ : ทุกชนิด หมายถึง สวมถุงมือ เลือคลวม แวนตา และผ้าปิดปาก-ปิดจมูก

ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างการเลือกใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personnel Protective Barriers) ตามกิจกรรมการปฏิบัติ

กิจกรรม	สวมถุงมือ	เสื้อคลุม	ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก	แว่นตา
-การทำคลอดฉุกเฉิน	+	+	+	+
-การทำแผลที่มี Profuse bleeding	+	+	+	+
-การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มี Profuse bleeding	+	+	+	+
-การทำผ่าตัด	+	+	+	+
-การเจาะเลือด	+	-	-	-
-การใส่ท่อหายใจ	+	-	+	+
-การทำแผลที่มี Active bleeding	+	-	+	+
-การล้างเครื่องมือ	+	(+)	-	(+)
-การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มี Active bleeding	+	-	-	-
-การทำความสะอาดเตียงหรือพื้นที่เป็นเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	+	-	-	-

ที่มา : สมหวัง คำนชัยจิตร และคณะ^[19] 2538: 32-34

หมายเหตุ :
 + หมายถึง ใส่เครื่องป้องกัน
 - หมายถึง ไม่ใส่เครื่องป้องกัน
 (+) หมายถึง อาจใส่หรือไม่ใส่ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ถ้าคาดว่ามีเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เบื้องหรือพุ่งกระเด็นควรใส่เครื่องป้องกัน

3. การมีสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี (Sanitation and hygiene)

แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ คือ

- 3.1 ฝีกนิสัยการล้างมือ บุคลากรต้องล้างมือและผิวหนังอย่างถูกต้องทันทีเมื่อสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือภายหลังการถอดถุงมือ ควรล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกราย จับต้องผ้า สิ่งสกปรก หรือขยะที่มีเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย นอกจากเทคนิคการล้างมือที่ถูกต้องแล้วยังต้องขึ้นอยู่กับการเลือกสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อรวมทั้งอุปกรณ์ในการทำ ให้มือแห้งให้เหมาะสมด้วยจึงจะทำให้การล้างมือถูกสุขลักษณะ
- 3.2 เครื่องมือ เครื่องใช้ต้องมีความสะอาดเพียงพอ หรือมีการทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นอย่างดี เมื่อเสร็จการให้บริการบุคลากรจะต้องทำความสะอาดทำลายเชื้อ

และทำให้อุปกรณ์เหล่านั้นปราศจากเชื้อตามชนิดและหลักการใช้งานของ
อุปกรณ์แต่ละชนิด

2.4.5 แนวทางการปฏิบัติต่อบุคลากรหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ควร ปฏิบัติดังนี้

1. การปฏิบัติขณะเกิดอุบัติเหตุ

- 1.1 เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดหรือสารน้ำ
ของผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนัง ให้ชำระบาดแผลด้วยน้ำและสบู่ หรือ
chlorhexidine หรือ iodophore หรือ alcohol
- 1.2 ถ้าเลือดหรือสารน้ำของผู้ป่วยกระเด็นถูกผิวหนัง ไม่ว่าจะมึนบาดแผล
หรือไม่ก็ตาม ให้ล้างบริเวณนั้นด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด หากพบว่ามี
บาดแผลอาจใช้ chlorhexidine หรือ iodophore หรือ alcohol เช็ดหรือฟอก
ทำความสะอาดอีกครั้ง
- 1.3 ถ้าเลือดหรือสารน้ำของผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายออกแล้วล้าง
ปากกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆครั้ง ถ้าเลือดหรือสารน้ำของผู้ป่วย
กระเด็นเข้าตาหรือสัมผัสเยื่อเมือกต่างๆ ให้ล้างออกด้วยน้ำสะอาดหลายๆ
ครั้ง กรณีกระเด็นเข้าตา อาจใช้น้ำยาล้างตาล้างอีกครั้งก็ได้

2. การปฏิบัติหลังเกิดอุบัติเหตุ

- 2.1 ให้แจ้งผู้บังคับบัญชาทราบตามระเบียบของสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆทุก
ครั้งขอรับบริการปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแลหรือแพทย์ผู้ให้บริการปรึกษาถึง
กรณีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นว่าจะต้องได้รับการดูแลต่อไปอย่างไร จึงจำเป็นต้อง
เจาะเลือดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือเจาะเลือดติดตามผลหรือไม่และควร
ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่
- 2.2 กรณีพิจารณาแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องเจาะเลือดเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ
การติดเชื้อ HIV ให้เจาะเลือดบุคลากรเพื่อตรวจ HIV antibody เป็นข้อมูล
พื้นฐาน โดยไม่ควรเปิดเผยชื่อแต่ใช้รหัสแทน หากไม่พบการติดเชื้อไวรัส
เอดส์ ให้เจาะเลือดตรวจซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 3, 6, 12 หลังเกิด
อุบัติเหตุ

- 2.3 ในกรณีที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแต่ยังสามารถปฏิบัติงานได้ เช่น ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อควรจะต้องใส่ถุงมือ 2 ชั้น ขณะทำการหัตถการโดยตรงต่อผู้ป่วย
- 2.4 โรคติดเชื้อบางโรคสามารถให้ยาเพื่อป้องกันไม่ให้โรคดำเนินไปรวดเร็ว ทางโรงพยาบาลจึงควรกำหนดแนวทางการให้ยาแก่บุคลากรที่สัมผัสโรคติดเชื้อ เช่น การให้ isoniazid แก่บุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคและมีผลลบต่อการทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง การให้ยา zidovudine แก่บุคลากรที่ถูกเข็มที่มุดำหรือสัมผัสกับเลือดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ หรือสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี หรือการให้ immunoglobulin แก่บุคลากรที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2.5 ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มาตรฐานระดับชาติและระดับสากล

2.5.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา^[20]

แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงในการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับหน่วยงานทางสาธารณสุข เพื่อการป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือด (ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัส HIV) อันเนื่องมาจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในการปฏิบัติงาน โดยศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา คือ

1. การมีนโยบายในการป้องกันการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือด

- 1.1 โรงพยาบาลควรมีการจัดทำนโยบาย หรือขั้นตอนในการบริหารจัดการเมื่อมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน
- 1.2 นโยบาย หรือขั้นตอนในการบริหารจัดการเมื่อมีอุบัติการณ์การสัมผัสกับเลือด และ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ควรจัดทำตามแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานบริการสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา
- 1.3 นโยบายหรือขั้นตอนในการบริหารจัดการเมื่อมีอุบัติการณ์สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยนั้นควรมีการทบทวนเป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของหน่วยบริการสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา

2. การนำนโยบายไปปฏิบัติ
 - 2.1 หน่วยงานดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการเมื่อมีอุบัติการณ์สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อกับบุคลากรทุกคน
 - 2.2 หน่วยงานควรมีโปรแกรมการฝึกอบรมการจัดการจัดการความเสี่ยงการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย สำหรับบุคลากร
 - 2.3 หน่วยงานควรมีแนวทางการปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
 - 2.4 หน่วยงานควรระบุผู้รับผิดชอบในการให้การรักษาป้องกันเมื่อมีอุบัติการณ์สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา
 - 2.5 หน่วยงานควรมีแนวทางการในการป้องกันหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย แก่บุคลากรที่สัมผัสตามความเหมาะสม
3. การมีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจหาเชื้อที่ติดต่อทางเลือด
 - 3.1 หน่วยงานควรมีกระบวนการในการตรวจเลือดหาเชื้อ ทั้งในบุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และผู้ที่เป็นแหล่งของการติดเชื้อ
 - 3.2 การตรวจทั้งหลายต้องมีการให้คำปรึกษา และได้รับความยินยอม
4. การใช้หลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
 - 4.1 หน่วยงานควรมีหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานในการป้องกันหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เชื้อไวรัส HIV, เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี
 - 4.2 หน่วยงานควรมีวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ HBIG สำรองไว้
 - 4.3 หน่วยงานควรมีแนวทางการในการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญแก่บุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่เหมาะสม
5. การให้คำปรึกษา
 - 5.1 หน่วยงานควรให้คำปรึกษาแก่บุคลากรผู้สัมผัสเชื้อ ซึ่งอาจต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดที่ต้องเผชิญ

5.2 หน่วยงานควรให้คำปรึกษาเพื่อที่จะให้บุคลากรผู้สัมผัสเชื้อได้รับการป้องกันตามแนวทางที่มีไว้อย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นการได้รับวัคซีนหรือยาต้านเชื้อไวรัส โดยเฉพาะการป้องกันเชื้อไวรัส HIV

6. การเฝ้าติดตามผลข้างเคียงจากการให้ภูมิคุ้มกันหลังจากการสัมผัสเชื้อ
ควรมีการเฝ้าติดตามผลข้างเคียงการให้ยาต้านไวรัสเป็นระยะๆ เพื่อการป้องกันหลังสัมผัสเชื้อไวรัส HIV

7. การเฝ้าติดตามการติดเชื้อ

7.1 หน่วยงานควรมีการจัดทำแนวทางที่สามารถโน้มน้าวให้บุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยมาตรวจติดตามการติดเชื้อ

7.2 บุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยมาตรวจติดตามการติดเชื้อไวรัส HIV, ไวรัสตับอักเสบบี และซี

8. การเฝ้าติดตามระบบ การป้องกันการติดเชื้อ

8.1 หน่วยงานควรมีการพัฒนากระบวนการเฝ้าติดตามระบบการรายงานการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และการจัดการเพื่อป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่าการดำเนินงานนั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมและทันที่ที่จำเป็น

8.1.1 การประเมิน

- การประเมินความครบถ้วน และความถูกต้องของแบบรายงานการเกิดอุบัติการณ์
- การประเมินเวลาในการดำเนินการต่างๆว่าเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ เช่นเวลาที่ใช้ตั้งแต่เกิดอุบัติการณ์จนถึงเวลาที่ได้รับการประเมินว่าควรได้รับภูมิคุ้มกันอย่างไร, เวลาที่ใช้ในการตรวจเลือด

8.1.2 การทบทวน

เมื่อไม่มีความจำเป็นต้องได้รับภูมิคุ้มกันหรือการให้ยาต้านไวรัสต่อ ควรมีการทบทวนเพื่อจบการได้รับภูมิคุ้มกันหรือการให้ยาต้านไวรัส เช่นเมื่อตรวจพบว่าผู้ที่เป็นแหล่งการติดเชื้อนั้นไม่มีเชื้อ HIV การให้ยาต้านไวรัสก็ไม่มีความจำเป็น

8.1.3 การเฝ้าติดตาม

- การติดตามอัตราผู้ที่ได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบ 3 เข็ม และผู้ที่รับยาต้านเชื้อไวรัส HIV ครบถ้วน
- การเฝ้าติดตามผู้สัมผัสเชื้อมาตรวจตามนัดอย่างครบถ้วน

2.5.2 กระทรวงสาธารณสุข^[21]

นโยบายการป้องกันการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ยึดหลักปฏิบัติตาม Universal Precautions ในระหว่างการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไป โดยถือว่าผู้มารับบริการสุขภาพอนามัยทุกคนมีการติดเชื้อไวรัส HIV

นโยบายสำหรับบุคลากรที่สัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อ^[22] โรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายการส่งเสริมภูมิคุ้มกัน การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานและแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานให้ชัดเจนและแจ้งให้บุคลากรทราบ

การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions)^[23] เป็นการระมัดระวังป้องกันบุคลากรในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรและผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อที่อาจติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกาย (blood and body fluid) มีดังนี้

1. การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน (Use of Personnel Protective Barriers)

1.1 ถุงมือ (Gloves) ถุงมือเป็นอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไม่ให้สัมผัสกับเลือด และสารคัดหลั่งต่างๆที่มีการใช้มากที่สุด และถ้ามีการใช้ที่ไม่ถูกต้องตามหลักการจะเป็นอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อมากที่สุดด้วย ซึ่งถุงมือที่ใช้ในโรงพยาบาลสามารถจำแนกตามกิจกรรมได้ ดังนี้คือ

1.1.1 ถุงมือปราศจากเชื้อ (Steriled gloves) ได้แก่

- Surgical gloves ขนาดสั้น ใช้สำหรับหัตถการ
- Surgical gloves ขนาดยาว ใช้สำหรับการล้างรถ และการผ่าตัดที่มีเลือดออกมาก

1.1.2 ถุงมือสะอาด (Cleaned gloves) ได้แก่

- Examination gloves ใช้สำหรับการตรวจทั่วไปที่ต้องการความสะอาด และใช้ปฏิบัติในกิจกรรมทั่วไป เช่น การเจาะเลือด, การทำความสะอาดเครื่องมือ
- Heavy duty gloves ถุงมืออย่างหนา ใช้สำหรับการก๊อพื้น การทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม การเก็บขยะและผ้าเปื้อน

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- 1) ให้ใส่ถุงมือทุกครั้งที่มีมือมีบาดแผล (แม้จะเป็นเพียงแผลจากหนังหุ้มเล็บฉีกก็ตาม) หรือเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าจะสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่ง
 - 2) เมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน ถุงมือที่ใช้แล้วให้ทำลายเชื้อโรคที่ปนเปื้อนถุงมือโดย
 - ล้างถุงมือที่เปื้อนเลือดหรือสิ่งสกปรกที่อ่างล้างมือโดยระมัดระวังการกระเด็นของน้ำระหว่างการล้างมือ ก่อนถอดถุงมือออกใส่ลงถังที่เตรียมไว้
 - ถ้าเป็นถุงมือ Disposable ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ให้ทิ้งในขยะติดเชื้อ
 - ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หลังถอดถุงมือทุกครั้ง
 - ต้องเปลี่ยนถุงมือและล้างมือทุกครั้งเมื่อปฏิบัติกิจกรรมใหม่
- ดูแลผู้ป่วยรายใหม่ จับต้องผู้ป่วยที่เปื้อนเลือดหรือสารน้ำคัดหลั่งหรือทุกครั้งที่ใช้ถุงมือปราศจากเชื้อแล้วเกิดการปนเปื้อน

- 1.2 หมวก (Cap) หมวกคลุมผมใช้ป้องกันบุคลากรไม่ให้สัมผัสกับเลือดและ/หรือสารคัดหลั่ง และป้องกันเชื้อโรคจากตัวบุคลากรไปยังผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- 1) ป้องกันการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งและป้องกันเชื้อโรคจากตัวบุคลากรไปยังผู้ป่วย เช่น การทำผ่าตัด การทำคลอด เป็นต้น
- 2) ใช้ป้องกันการสัมผัสกับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น การซักผ้าเปื้อน/ การล้างอุปกรณ์ ต่างๆ

- 1.3 ผ้าปิดปาก-จมูก (Face Mask) ใช้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ น้ำมูก น้ำลายจากปากและจมูกของผู้สวม ไปยังบุคคลข้างเคียง และสามารถช่วยลด

ละอองน้ำ / เลือดที่กระเด็นไม่ให้มาสัมผัสกับปากและจมูกในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆได้

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- 1) ทำกิจกรรมที่มีการกระเด็นของเลือดและสารคัดหลั่ง
- 2) เมื่อบุคลากรหรือญาติที่มาเยี่ยมเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่จำเป็นต้องเข้าไปใกล้ผู้ป่วย
- 3) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเมื่อไอ จาม หรือเคลื่อนย้ายออกนอกหอผู้ป่วย

1.4 แว่นป้องกันตา (Protective eye ware) แว่นตาควรมีลักษณะพิเศษในการป้องกันสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรคที่กระเด็นมากับสารน้ำคัดหลั่ง หรือเลือดต่างๆ

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- 1) กิจกรรมที่มีการกระเด็นของเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ
- 2) หัตถการที่อาจมีละอองฝอยกระเด็นเข้าตา เช่น การกรอฟัน

1.5 เสื้อคลุม (Gowns) ใช้ป้องกันเสื้อผ้าของบุคลากรจากการปนเปื้อนสิ่งที่มีเชื้อโรคที่อาจมาจากร่างกายผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่อยู่บนเสื้อผ้าของบุคลากรไปยังผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและการทำหัตถการบางประเภท การใช้เสื้อคลุมเมื่อเสร็จกิจกรรมหนึ่งๆ ต้องถอดออกเสมอ

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- 1) เมื่อคาดว่าจะสัมผัสกับเชื้อโรคจากการสัมผัสหรือการกระเด็นของเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ
- 2) เมื่อต้องการป้องกันเชื้อโรคจากตัวบุคลากรไปยังผู้ป่วย เช่น การทำผ่าตัด การทำคลอด เป็นต้น

1.6 ผ้ายางกันเปื้อน (Aprons) ใช้ป้องกันร่างกายและเสื้อผ้าของบุคลากรไม่ให้สัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่งที่กระเด็นมาเป็นจำนวนมาก

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- 1) การทำหัตถการเล็ก/ใหญ่ การทำคลอดที่คาดว่าจะมีเลือดและสารคัดหลั่งที่กระเด็นปริมาณมาก
- 2) การซักล้างอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

1.7 รองเท้าบูต หรือรองเท้ายางหุ้มข้อ (บูต) ใช้ป้องกันเท้าจากเชื้อโรคที่ปนเปื้อนมากับน้ำ เลือด และสารคัดหลั่งต่างๆ

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- 1) ในการล้างห้องน้ำ ห้องส้วม ชักผ้าayang ชักผ้าในโรงซักฟอก และเก็บขยะ
- 2) การป้องกันอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน

2. วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

- 2.1 การใช้เข็มฉีดยา/เจาะเลือด ชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง กรณีต้องสวมปลอกเข็มให้สวมปลอกเข็มด้วยมือข้างเดียว ถ้าจะใช้สองมือต้องใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือคีม (Clamp) ช่วยจับปลอกเข็มแล้วจึงค่อยสวมปลอกเข็ม ไม่จำเป็นไม่ต้องสวมปลอกเข็ม ให้ทิ้งเข็มลงในภาชนะที่สามารถกันการทะลุฝาปิด ปิดผนึกภาชนะที่บรรจุเข็มที่เต็มแล้วให้มิดชิด ก่อนทิ้งในถังขยะสีแดง (ขยะติดเชื้อ)
- 2.2 การใช้เข็มฉีดยาชนิดใช้ซ้ำ (Reused) หลังใช้ให้ดูดน้ำเปล่าผ่านรูเข็มแล้วถอดหัวเข็มออกด้วยคีม (Clamp) ใส่งในตะกร้าโปร่งที่เช่อยู่ในอ่างน้ำ ขณะนำเข็มขึ้นห้ามใช้มือหยิบเข็มโดยตรงให้ยกทั้งตะกร้า
- 2.3 การใช้เข็มเย็บแผล ต้องใช้คีมจับ (needle holder) จับเข็มเสมอ ไม่จับเข็มหรือปรับเข็มเย็บแผลด้วยมือโดยตรง ถ้าต้องการปรับต้องใช้คีม (Clamp) ช่วยขณะพักการใช้เข็มต้องซ่อนปลายเข็มให้คว่ำลงเสมอ เพื่อป้องกันการทิ่มตำตนเองและผู้อื่น
- 2.4 การส่งเครื่องมือมีคม ห้ามส่งจากมือคนหนึ่ง ไปสู่มืออีกคนหนึ่งโดยตรง ให้ส่งโดยการวางในภาชนะรองรับ แล้วจึงหยิบ ห้ามวางของมีคมให้ส่วนแหลมคมยื่นออกนอกภาชนะรองรับ ให้วางราบขนานกับภาชนะ เพื่อป้องกันส่วนแหลมคมเกี่ยวมือผู้อื่น
- 2.5 การถอดไบมัดออกจากด้ามให้ใช้คีมจับ (Clamp) จับไบมัดดึงออกทั้งไบมัดลงภาชนะบรรจุเข็ม (ใช้ครั้งเดียวทิ้ง)
- 2.6 การหักหลอดยา (Ampule) ให้ใช้สำลีหรือผ้าสะอาดรองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเศษแก้วที่ตำหรือบาดมือ หลอดยา (Ampule) ใช้แล้วทิ้งในภาชนะที่แก้วแทงไม่ทะลุ (กล่องใส่หัวเข็มใช้แล้ว) และนำไปทิ้งตามกรรมวิธีปฏิบัติ

2.7 การนำสิ่งส่งตรวจ ให้บรรจุสิ่งส่งตรวจในภาชนะที่ปิดฝาชนิด ปิดภาชนะบรรจุ สิ่งส่งตรวจในตะกร้า หรือตะแกรง ให้ภาชนะนั้นตั้งตรงตลอดเวลา

แนวทางการปฏิบัติหลังจากสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย^[24]

1. ทำความสะอาดแผลบริเวณที่มีการปนเปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยทันทีด้วยน้ำเกลือหรือน้ำสะอาด
2. พบแพทย์เพื่อพิจารณาถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซี ควร
มีข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซี และขอเจาะ
เลือดจากผู้ป่วยและบุคลากรผู้สัมผัสเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และติดตามเป็นระยะๆ ใน
บุคลากร
3. ถ้าแพทย์พิจารณาว่าควร ได้รับความป้องกัน ต้องอธิบายถึงวิธีการ ได้รับความและผลข้างเคียงที่
จะเกิดขึ้น
4. กรณีที่บุคลากรสัมผัสต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ให้เจาะเลือดผู้ป่วยและบุคลากรตรวจหา
HCV และหา SGPT ในบุคลากรเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และตรวจเลือดอีกครั้งประมาณ
4-6 เดือน
5. รายงานการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่ง
จากผู้ป่วย ควรรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบ โดยบันทึกรายงานการเกิดอุบัติเหตุลงใน
แบบรายงานการได้รับอุบัติเหตุ สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และอุปกรณ์เครื่องมือที่ทำให้
เกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับใช้เป็นแนวทาง ในการวาง
มาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน

2.6 ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทาง การแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้าน
สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อาชีวอนามัย โดยมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ
ของบุคลากรด้านการจัดการความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ซึ่งหนึ่งในนโยบายที่สำคัญคือ การบริหาร
จัดการประเมินผลความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้
บุคลากรในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์น้อยที่สุด รวมทั้งลด
การสูญเสียทรัพยากรมากที่สุด โรงพยาบาลได้มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่บุคลากร
ทางการแพทย์ ต้องยึดปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันเมื่อสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่ง

นโยบายและแนวทางการปฏิบัติจะต้องได้รับการสนับสนุน พัฒนาและติดตามอย่างต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อาชีวอนามัย ได้มอบหมายให้ 4 หน่วยงานหลัก คือ หน่วยควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หน่วยการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล หน่วยงาน อาชีวอนามัยในโรงพยาบาล และคลินิกให้คำปรึกษา ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติของ บุคลากรเมื่อได้รับการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยแนวทางมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการถูกเข็ม/ของมีคม ทิ่ม ต่ำ จากการปฏิบัติงานของบุคลากรไว้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง/ บุคลากร 1,000 คน /ปี ดังนี้

1. แนวทางการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจากการปฏิบัติงาน
2. แนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ประสบอุบัติเหตุสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน

ในปี 2546 คณะอนุกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อาชีวอนามัยได้ทำการสำรวจพื้นที่เพื่อค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อาชีวอนามัย ของแต่ละหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาลเพื่อนำไปจัดลำดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่พบ จากการสำรวจพบว่าการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ได้แก่ ถูกเข็มตำ, ถูก ampule บาดมือ, ถูกของมีคมแทง ต่ำ หรือสัมผัสเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง หรือสัมผัสบริเวณผิวหนังที่เป็นแผลหรือเยื่อจากผู้ป่วย จัดเป็นปัญหา ความเสี่ยงที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามถ้าปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงก็มีแนวโน้มจะทำให้เกิดปัญหาหระยาเยียว ซึ่งทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ที่เกิดกับ บุคลากรและโรงพยาบาล

แนวทางการปฏิบัติเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ประสบอุบัติเหตุสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า^[23]

ในเวลาราชการ

1. ถูกเข็มตำ ให้ฟอกด้วยน้ำสบู่ หรือเช็ดด้วย Alcohol 70% ห้ามเปิดปากแผลให้กว้างหรือ บีบเค้นจนบอบช้ำ
2. เลือดหรือสารคัดหลั่งเข้าตาให้ล้างด้วยน้ำประปาหรือสารคัดหลั่งเข้าปากให้ล้างปากด้วย น้ำประปาทันที ถ้าสัมผัสบริเวณแผลให้ฟอกด้วยสบู่แล้วล้างด้วยน้ำประปาให้สะอาด
3. ขออนุญาตเจาะเลือดผู้ป่วยเก็บไว้ 5 ซีซี (ใส่ tube sterile) ส่งคลินิกให้คำปรึกษาด้วยตนเอง เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ไรรัสต์บออักเสบบี และ ซี (ตาม RF-IC-05) รอทราบผลได้ ภายใน 30 นาที ถ้าพบว่าเลือดผู้ป่วย Anti-HIV = Reactive ให้ปฏิบัติดังนี้

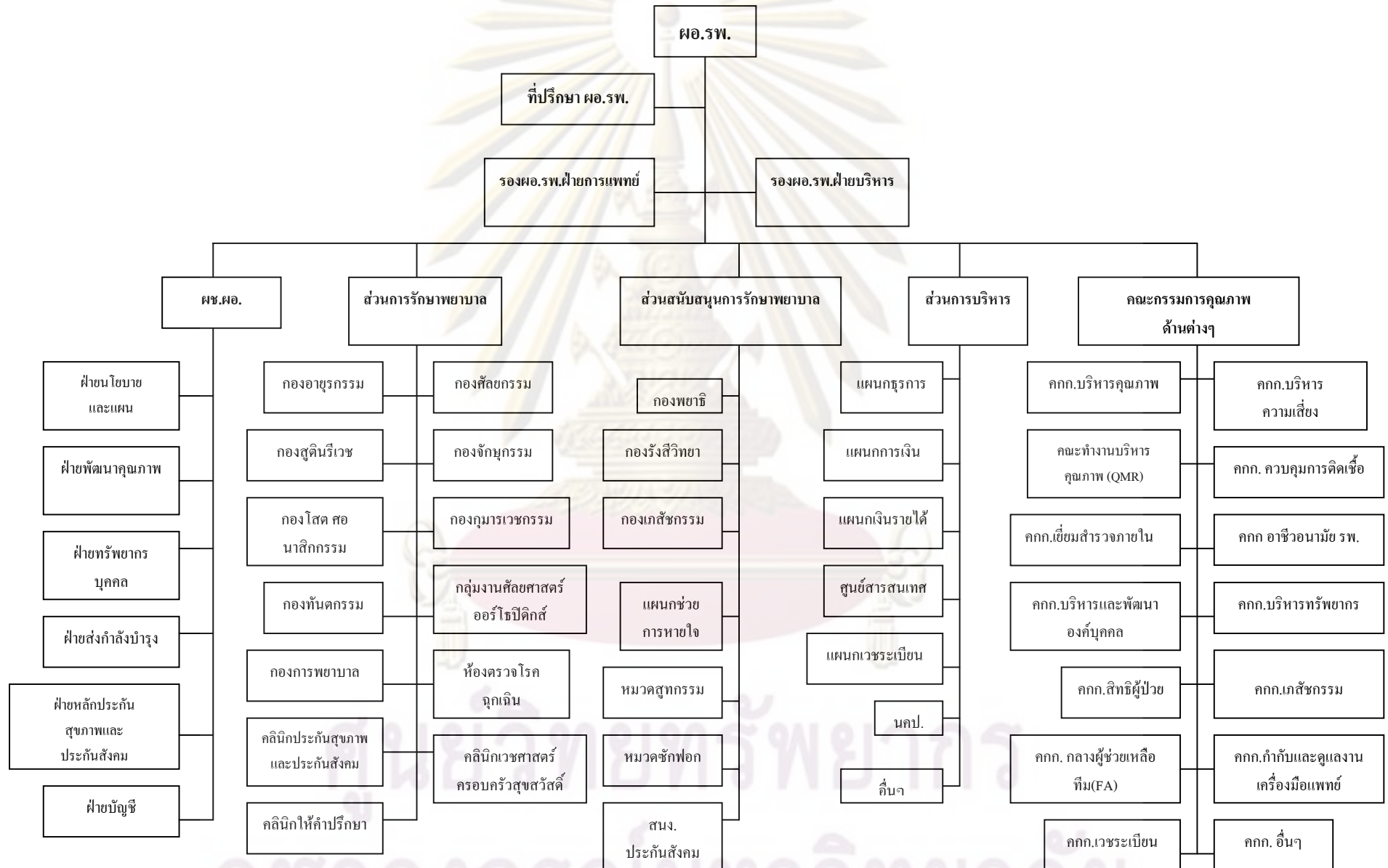
- 3.1 ขอรับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ที่คลินิกให้คำปรึกษา
- 3.2 ทำบันทึกอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นไว้เป็นหลักฐาน โดยนำ OPD Card ของตนเองและของผู้ป่วยมาด้วย
- 3.3 บุคลากรเจาะเลือดหา Anti-HIV, HbsAg, Anti-HCV โดยใช้รหัสได้ที่คลินิกให้คำปรึกษา

นอกเวลาราชการ

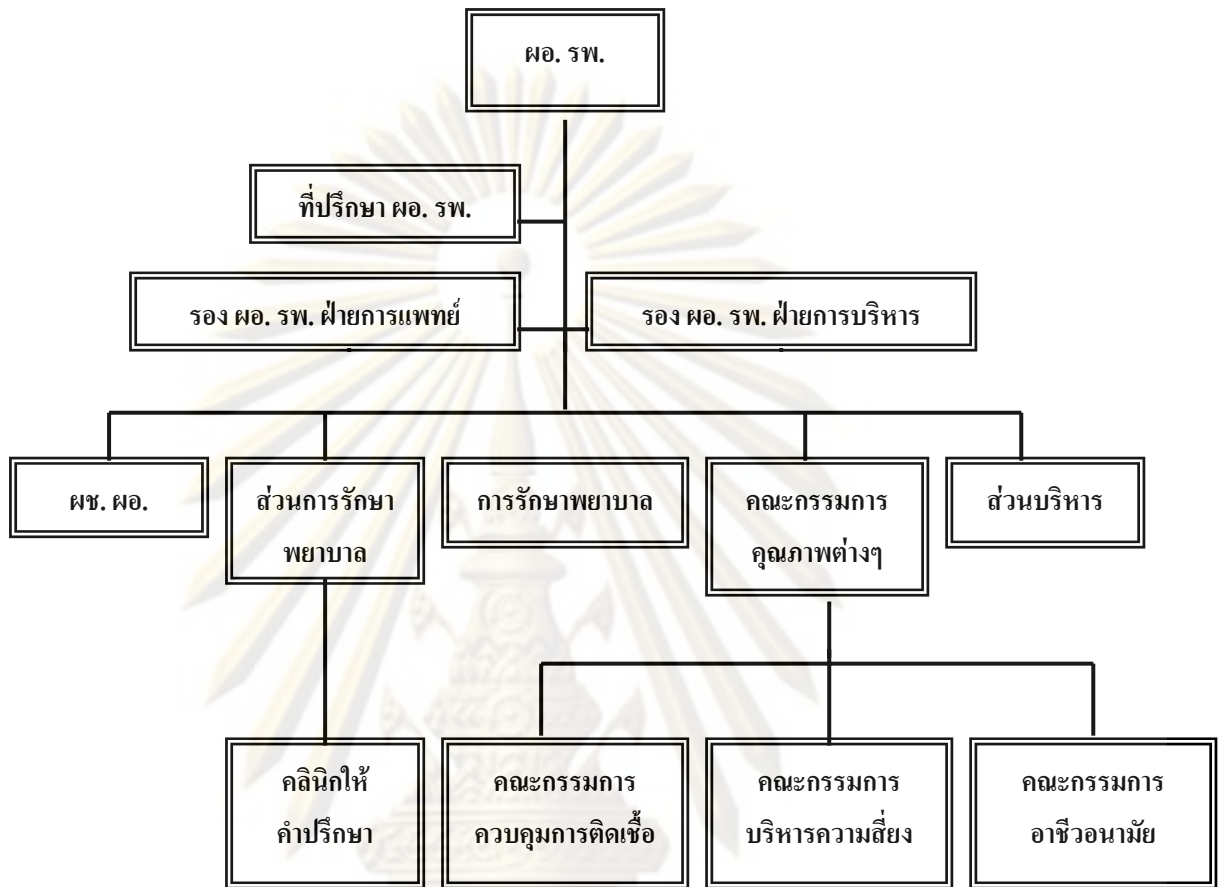
1. ขออนุญาตเจาะเลือดผู้ป่วยเก็บไว้ 5 ซีซี (ใส่ tube sterile) ส่งตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ที่คลังเลือดและรอรับผล ส่วนที่เหลือขอคืนเพื่อส่งตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี (ตาม RF-IC-05 เรื่องไวรัสตับอักเสบบี) ต่อไป ถ้าพบว่าผลเลือดผู้ป่วย Anti-HIV = Reactive ให้ปฏิบัติดังนี้
 - 1.1 ขอรับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ที่ตึกอายุรกรรมชาย
 - 1.2 เขียนใบขอยืมยาจากหัวหน้าเวรตึกอายุรกรรมชาย (ทราบผลเลือดผู้ป่วยแล้ว)
2. ติดต่อคลินิกให้คำปรึกษาในเวลาราชการ เพื่อทำบันทึกอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นไว้เป็นหลักฐาน โดยนำ OPD Card ของตนเองและของผู้ป่วยมาด้วย และเจาะเลือดบุคลากรเพื่อตรวจ Anti-HIV, HbsAg, Anti-HCV โดยใช้รหัสได้ที่คลินิกให้คำปรึกษาในเวลาราชการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.1 แสดงโครงสร้างการดำเนินงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า



แผนภูมิที่ 2.2 โครงสร้างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า



2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา^[20] ในปี ค.ศ. 2002 ศึกษาเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์ 23,951 คน พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงานร้อยละ 0.2 โดยมีสาเหตุจากการถูกของมีคมที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งที่มด้า และพัฒนามาเป็นโรคเอดส์ร้อยละ 0.1

ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา^[24] ในปี ค.ศ. 2001 รายงานว่า บุคลากรทางการแพทย์มีการติดเชื้อเอชไอวี 56 รายจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย บุคลากรเหล่านี้ไม่มีประวัติเสี่ยงอื่นๆต่อการติดเชื้อ พบว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.3 แต่ถ้าบุคลากรถูกเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่เยื่อเมือกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.9 นอกจากนี้ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการปนเปื้อนของเลือดที่สัมผัสกับอุปกรณ์หรือ

ของมีคมที่บาดหรือตำ ความลึกของบาดแผลที่เกิดขึ้น และอุปกรณ์มีคมนั้นสัมผัสกับผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้าย

การศึกษาของ Richard ^[25] ในปี ค.ศ. 2001 พบว่ามีการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการถูกเข็มที่ใช่แล้วกับผู้ป่วยที่มด้าในบุคลากรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอินเดีย ทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการถูกเข็มตำของบุคลากรจากร้อยละ 69.2 ในปี ค.ศ. 1995 ลดลงเป็นร้อยละ 38.5 ในปี ค.ศ. 1996

การศึกษาของ Thompson & Norris ^[26] ในปี ค.ศ. 1999 เกี่ยวกับการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากรในโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลแต่ละแห่งควรมีนโยบายการดูแลสุขภาพบุคลากร การให้วัคซีนแก่บุคลากรควรให้เป็นสวัสดิการแก่บุคลากรที่ทำงานเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อตามลักษณะงาน รวมทั้งควรให้วัคซีนที่จำเป็นแก่บุคลากรทุกคน การให้วัคซีนป้องกันโรค เช่น ไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากร ควรมีการคัดกรองภาวะภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบีก่อนให้วัคซีน เช่นเดียวกับการตรวจหาภูมิคุ้มกันภายหลังการได้รับวัคซีนเป็นสิ่งจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องปฏิบัติ และต้องเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของวัคซีนให้มากขึ้น เพื่อให้บุคลากรตระหนักและยอมรับถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารทราบว่า การได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบียังไม่ครอบคลุมบุคลากรผู้ปฏิบัติทุกคน

การศึกษาของ Pournaras และคณะ ^[27] ในปี ค.ศ. 1999 พบว่า จากบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 284 คน มีอุบัติการณ์การได้รับบาดเจ็บจากการโดนเข็มตำและของมีคมบาดโดยเฉพาะทางผิวหนังโดยเฉลี่ย 0.024 ครั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ 100 คน/ปี

การศึกษาของ Powell และคณะ ^[28] ในปี ค.ศ. 1997 เรื่องการใช้โปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแก่บุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของมลรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรงพยาบาล มีการจัดทำเอกสารความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อบุคลากรมีการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพบุคลากรที่เจ็บป่วยลดลง

การศึกษาของ Petrosillo และคณะ ^[29] พบว่า พฤติกรรมการสวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือหนึ่งจับเข็ม แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งจับปลอกเข็มสวมเข้าหากันเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงอย่างยิ่งต่อการติดเชื้อที่ผ่านทางเลือด/ สารคัดหลั่ง เนื่องจากสาเหตุสำคัญของการได้รับเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากรที่พบบ่อยที่สุด คือ การถูกเข็มหรือของมีคมที่มด้า ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง กระตุ้นให้เห็นอันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว เสริมแรงจูงใจให้เห็นประโยชน์ และความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้รับ บริการทุกราย และปฏิบัติกับเข็มหรือของมีคมอย่างถูกต้อง

การศึกษาของ Devita ^[30] ในปี ค.ศ.1995 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวทางด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางในด้านอื่น เนื่องจาก ไม่มีเวลา การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย ทำให้ปฏิบัติงานไม่สะดวก ไม่คุ้นเคยกับนโยบาย

จากการศึกษาของ Adeqboye และคณะ ^[31] ในปี ค.ศ. 1994 ที่ทำการสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและคลินิกในประเทศไนจีเรียจากการสุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 454 คน พบว่าเคยได้รับบาดเจ็บจากของมีคมร้อยละ 27 และมีอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม โดยเฉลี่ย 0.6 ครั้งต่อคน/ปี

การศึกษาของ McComick และคณะ ^[32] ในปี ค.ศ.1994 เพื่อประเมินสถานการณ์ และคุณแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 14 ปี ที่ผ่านมา (ในช่วงปี ค.ศ. 1980- 1991) พบว่าในระยะหลัง แม้จะมีการป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคมแต่ก็ยังพบอุบัติเหตุเพิ่ม 3 เท่า (60.4 -187.0 ครั้ง/บุคลากรที่ปฏิบัติงาน100 คน) สาเหตุที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการรายงานที่เพิ่มขึ้นและการเกิดอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้น กลุ่มที่พบว่ามีอาการเพิ่มขึ้นถึง 9 เท่า คือ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ พยาบาล (196.5 คน/ 1,000 คน) และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการหรือชันสูตรพบ 169.9 คน/1,000 คน

การศึกษาของ Krisensen และคณะ ^[33] ในปี ค.ศ. 1992 เรื่องความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วยของบุคลากรด้านสุขภาพและผลการปฏิบัติงานตามหลักการ Universal Precautions พบว่า บุคลากรกลุ่มที่ไม่มีความรู้และไม่ปฏิบัติตามหลักการ Universal Precautions มีอัตราการสัมผัสเลือดจากผู้ป่วย ร้อยละ 15.9 ส่วนกลุ่มที่มีความรู้และปฏิบัติตามหลักการ Universal Precautions มีอัตราการสัมผัสเลือดจากผู้ป่วย ร้อยละ 8.1

การศึกษาของ Stotka และคณะ ^[34] ในปี ค.ศ. 1991 ทำการศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมในศูนย์การแพทย์เทอเรนส์ และโรงพยาบาลเวอร์จิเนียประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีการสัมผัสเลือดถึง ร้อยละ 60 โดยพบว่า พยาบาลสัมผัสเลือดขณะให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 66.4 และเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 9.4 โดยที่พยาบาลไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะสัมผัสเลือด ร้อยละ 75.5

การศึกษาของ Jagger และคณะ ^[35] ในปี ค.ศ. 1990 ทำการศึกษาสาเหตุของการบาดเจ็บจากของมีคมในโรงพยาบาล พบว่า การถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยที่ม้ามเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัส HIV ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรที่ถูกเข็มที่ม้ามมากที่สุด ร้อยละ 57.0 รองลงมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ คนงาน แพทย์ และอื่นๆ (ร้อยละ 15.0, 9.0, 8.0 และ 11.0 ตามลำดับ)

การศึกษาของ อมรรัตน์ ดันติพิพย์พงศ์ ^[36] ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า สถานการณ์ที่นำไปสู่อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ระมัดระวัง ความ

ประมาทของบุคลากร และการไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันของบุคลากรเอง นอกจากนี้ยังพบว่า มีบุคลากรที่ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 50.1 ซึ่งในบุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไม่ได้เป็นพาหะหรือตับอักเสบริ้ร้งจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีทุกราย เพื่อเป็นการป้องกันโรคก่อนการสัมผัส (Pre-exposure prophylaxis)

การศึกษาของ ซาดิวูมิ จำจด^[37] ในปี พ.ศ. 2547 เรื่อง สถานการณ์ให้ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า โรงพยาบาล ร้อยละ 45.4 มีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตลอดเวลา

การศึกษาของ จิตตราภรณ์ จิตรีเชื้อ^[38] ในปี พ.ศ. 2547 เรื่อง การดำเนินงานของโรงพยาบาลในการดูแลสุขภาพบุคลากรเพื่อป้องกันการติดเชื้อ พบว่า โรงพยาบาลมีนโยบายในการดูแลสุขภาพบุคลากร ร้อยละ 96.2 แต่่นโยบายยังขาดความชัดเจนถึง ร้อยละ 76.1 ซึ่งนโยบายที่ชัดเจนจะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายรวมถึงเพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติได้ทราบและเห็นแนวทางการปฏิบัติชัดเจนและถูกต้องในการนำไปปฏิบัติ

การศึกษาของ ชัญลักษณ์ โอบอ้อม^[39] ในปี พ.ศ. 2540 เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า บุคลากรมีการปฏิบัติด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับต้องปรับปรุงเนื่องจาก ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไม่เพียงพอบุคลากรคิดว่าผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผ่านทางเลือด / สารคัดหลั่งน้อย

การศึกษาของ เพลินพิศ พรหมมะลิ^[40] ในปี พ.ศ. 2541 เรื่อง การศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.4 สวมปลอกเข็มกลับหลังการปฏิบัติงานและระบุเหตุผลของการสวมปลอกเข็มกลับ ได้แก่ กลัวเข็มไปทิ่มคนงานเก็บขยะ (ร้อยละ 51.9), ป้องกันไม่ให้เข็มทะลุภาชนะ (ร้อยละ 13.7), หลังใช้งานไม่สามารถทิ้งเข็มใส่กล่องทิ้งได้ทันที ขณะปฏิบัติงานไม่ได้เอากล่องทิ้งเข็มไปด้วย (ร้อยละ 2.3) สำหรับการปฏิบัติตัวหลังการถูกเข็มหรือของมีคมบาดค้างของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ล้างแผล บีบเลือดออกให้มากและใส่ยาฆ่าเชื้อ (ร้อยละ 73.0), รายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบ (ร้อยละ 31.6), มีการบันทึกอุบัติการณ์ (ร้อยละ 18.9), ติดตามตรวจเลือดซ้ำ (ร้อยละ 3.4) และติดต่อคลินิกให้คำปรึกษา (ร้อยละ 1.5) ดังนั้นโรงพยาบาลควรฝึกอบรมและให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงอันตรายที่ปฏิบัติงานไม่ถูกวิธีและการปฏิบัติตัวหลังการถูกเข็มหรือของมีคมบาดค้างที่ถูกต้อง เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยของตัวบุคลากรเองและบุคคลอื่นๆ

การศึกษาของ สามารถ ตันอริยกุล^[41] ในปี พ.ศ. 2539 เรื่อง บุคลากรทางการแพทย์กับการเกิดบาดแผลและการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลาง พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างมีการเจาะเลือดตนเองซ้ำเพียง 9 ราย แสดงว่า บุคลากรยังขาดความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ตลอดจนการป้องกันตนเอง

การศึกษาของ บรรจง วรรณยิ่ง^[42] ในปี พ.ศ. 2539 เรื่อง อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรามารชิบดี พ.ศ. 2536-2538 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน 296 คน อุบัติเหตุเกิดจากถูกเข็มที่มุดำมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 56 และการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวเกิดขณะดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือไขว้ จำนวน 71 คน (ร้อยละ 26.4) และ ร้อยละ 16 เกิดจากการสวมปลอกเข็มโดยใช้สองมือจับ

การศึกษาของ ธนพรรณ พงศ์ศิริและคณะ^[43] ในปี พ.ศ. 2538 เรื่องการเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2538 พบว่า มีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มุดำ ร้อยละ 74.2 ซึ่งเข็มที่มีรูใช้เจาะเลือดและฉีดยา เป็นอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ร้อยละ 88.9 หัตถการที่กำลังปฏิบัติอยู่ขณะเกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ การทำความสะอาดเครื่องมือ ร้อยละ 13.4 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุพบว่า ร้อยละ 48.5 เกิดจากเทคนิคการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุในบุคลากร และป้องกันมิให้บุคลากรเกิดความเสียหายต่อการติดเชื้อเอดส์จากการปฏิบัติหน้าที่ ควรต้องดำเนินการทั้งในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การวางระเบียบปฏิบัติ และมาตรการที่เหมาะสม รณรงค์ให้บุคลากรตระหนักถึงศักยภาพของตนเองในการเข้มงวดกับการป้องกันตนเอง ด้วยการยึดหลักแนวทางการปฏิบัติแบบ Universal Precautions

การศึกษาของ เขียวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์ และคณะ^[44] ในปี พ.ศ. 2538 พบว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขอนแก่นถูกเข็มหรือของมีคมบาดขณะปฏิบัติงานสูงถึง 103.7 ครั้ง/เจ้าหน้าที่ 100 คน ในระยะเวลา 6 เดือน และพยาบาลเป็นกลุ่มที่ถูกเข็มหรือของมีคมบาดมากที่สุด (ร้อยละ 55.9) และกิจกรรมปฏิบัติในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ฉีดยา และการเก็บรวบรวมอุปกรณ์ภายหลังใช้แล้ว (ร้อยละ 22.3 และ 15.1 ตามลำดับ)

การศึกษาของ วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และคณะ^[45] ในปี พ.ศ. 2538 เรื่อง ผลของการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง พบว่า การส่งเสริมการปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions ควรให้ บุคลากรทุกคนสังเกตและกระตุ้นเพื่อนร่วมงานให้มีการปฏิบัติ และจิตสำนึกที่จะปฏิบัติถึงแม้ในกรณีรีบด่วน รวมถึงการกระตุ้นเตือนตนเอง เพื่อให้เกิดความเคยชิน นอกจากนี้ยังพบว่า การมีนโยบายที่เข้มงวดเพื่อความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้บุคลากรมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions ได้ดีขึ้น

การศึกษาของ สุกัญญา พรหมปัญญา^[46] ในปี พ.ศ. 2537 เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลน่าน พบว่า บุคลากรมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลอยู่ในระดับดี (ร้อยละ

79.5), ผู้บริหารให้การสนับสนุนการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 78.8) และพบว่า การสนับสนุนของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

การศึกษาของ กาญจนา คชินทรและคณะ^[47] ในปี พ.ศ. 2535 เรื่อง การถูกเข็มตำและการถูกของมีคมบาดในบุคลากรในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า บุคลากรมีการรายงานหลังการสัมผัสเลือดเพียง ร้อยละ 25.5 โดยเป็นการรายงานเฉพาะพยาบาลเท่านั้น โดยเป็นการรายงานด้วยวาจาแต่ยังไม่มีการรายงานในใบรายงานอุบัติเหตุ

การศึกษาของสิริวรรณ ปิยกุลดำรง^[48] ในปี พ.ศ. 2538 เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขของเจ้าหน้าที่พยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า บุคลากรมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ คือ การล้างมือก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมเพียง ร้อยละ 0.3 และ 7.7 ตามลำดับ มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลกันเพียง ร้อยละ 60.3 เหตุผลที่ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ งานรีบเร่ง ไม่สะดวก คิดว่าบางกิจกรรมไม่ต้องใช้ และเหตุผลที่ไม่ตามหลักการป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคมบาดต่ำ คือ ไม่สวมปลอกเข็มกลับอาจทำอันตรายกับผู้อื่น

การศึกษาของ นบวรรณ ศิวะศรียานนท์^[49] ในปี พ.ศ. 2547 เรื่อง ทักษะคติและการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การอบรมและการอ่านคู่มือเกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่อง การป้องกันการอุบัติเหตุ การใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม และการมีสุขภาพดีและสุขอนามัยที่ดี

การศึกษาของ Marshall และคณะ ในปี ค.ศ. 1990 อังในนบวรรณ ศิวะศรียานนท์^[49] ทำการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการสวมปลอกเข็มกลับของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนขนาดใหญ่จำนวน 4 แห่ง ที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อไวรัส HIV รวมทั้งมีโปรแกรมให้ความรู้และนโยบายในหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลที่ชัดเจน พบว่า บุคลากรยังมีการสวมปลอกเข็มกลับ มากกว่าร้อยละ 25.0 โดย 1 ใน 3 ของบุคลากรและร้อยละ 50.0 เชื่อว่าการสวมปลอกเข็มกลับจะช่วยป้องกันตนเองและผู้ร่วมงานจากการติดเชื้อไวรัส HIV ตามลำดับ ซึ่งการสวมปลอกเข็มกลับมีความสัมพันธ์กับการขาดความรู้ ลักษณะของงาน การลืมน และการไม่รับรู้ว่า การสวมปลอกเข็มกลับเสี่ยงต่อการถูกเข็มทิ่มตำ

การศึกษาของ Larry และคณะ ในปี ค.ศ. 1989 อังในนบวรรณ ศิวะศรียานนท์^[49] ทำการศึกษาโดยการสังเกตพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบ

ครอบครัววาลของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการเรียนการสอนในลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า บุคลากรขณะดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ใต้วงมือขณะสัมผัสกับเลือดเพียงร้อยละ 75, ร้อยละ 27 ใต้วงมือคลุม, ร้อยละ 2 ใต้วงมือปิดปาก-จมูก และร้อยละ 19 ใต้วงมือตากันกระเด็น เหตุผลที่บุคลากรไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกประเภทตามนโยบายของหลักการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการที่บุคลากรไม่ทราบแน่ชัดถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและความเชื่อของบุคลากรที่ว่าอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลนั้นไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะป้องกันการติดเชื้อได้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อตอบคำถามการวิจัย คือ

1. ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นอย่างไร
2. ขั้นตอนในการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นอย่างไร
3. ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นอย่างไร

3.2 ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology)

1. ประชากรเป้าหมาย (Target population)

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

2. ประชากรศึกษา (Study population) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

- 2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 2.2 ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารจาก 4 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล หน่วยงานการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล หน่วยงานอาชีวอนามัยโรงพยาบาลและคลินิกให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริหารจาก 4 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 คน และคณะกรรมการบริหารจาก 4 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

3. **ขนาดตัวอย่าง (Sample size)** คำนวณหาขนาดตัวอย่างเฉพาะบุคคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยเท่านั้น โดย คำนวณ โดยใช้สูตร^[46]

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{d^2}$$

โดยกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับร้อยละ 95 ดังนั้น

$$Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ทำการศึกษา

p = อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมา^[42] มีค่าเท่ากับ 0.51

$q = 1 - p = 1 - 0.51 = 0.49$

d = ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 10 ของ p มีค่าเท่ากับ 0.05

non response rate = ร้อยละ 30

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ทำการศึกษา

$$n = 384 \text{ คน}$$

$$n = (384)(30/100) = 115 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้สำหรับการศึกษานี้ = 384 + 115 = 499 คน

ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับจำนวนขนาดตัวอย่างเป็น 500 คน

4. **ตัวอย่าง (Sample)** คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบบแบ่งกลุ่มตามแผนกที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย(Simple stratified sampling) โดยเริ่มจากการแบ่งกลุ่มตามแผนกที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยและคำนวณหาจำนวนตัวอย่างในแต่ละแผนกโดยคิดเป็นสัดส่วน ของจำนวนประชากรในแผนกนั้นๆ แล้วจึงเลือกตัวอย่างในแต่ละแผนกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายทุกคนทั้งชายและหญิง รวมกันทุกแผนกจนได้จำนวนตัวอย่าง 500 คน

ตารางที่ 3.1 แสดงแผนกที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและประชากรกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนก

หน่วยงาน	จำนวนบุคลากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
กองสูตินารีเวชกรรม	47	20
กองศัลยกรรม	183	80
กองอายุรกรรม	70	30
กองกุมารเวชกรรม	22	10
กองจักษุกรรม	74	32
กองโสต ศอ นาสิก	36	16
กองทันตกรรม	77	34
กองพยาธิวิทยา	43	19
กองการพยาบาล	512	224
ห้องตรวจโรคฉุกเฉิน	61	27
หมวดซักฟอก	15	8
รวม	1140	500

3.3 การสังเกตและการวัด (Observation and measurement)

1. การศึกษาเชิงปริมาณ

ตัวแปรศึกษา (variables) ได้แก่ นโยบายและแนวทางการบริหารการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

ตัวแปรศึกษา (Variables) ได้แก่ ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, ความสอดคล้องและความแตกต่างกันระหว่างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ของศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา^[24] และจากคู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข^[50] จำนวน 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับคณะกรรมการบริหาร เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ทำการเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการบริหาร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งคณะกรรมการบริหาร ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งกรรมการบริหาร ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า การอบรมและความถี่การอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลนโยบายและแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติงานและแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

การให้คะแนนการรับทราบนโยบายและแนวทางการบริหาร รวมถึงแนวทางก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดคะแนนของแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

- ถ้าเลือก มี ให้ 1 คะแนน
- ถ้าเลือก ไม่มี ให้ 0 คะแนน

2. แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า การปฏิบัติงานล่วงเวลา การอบรม ความถี่การอบรมด้านการ

จัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ภูมิคุ้มกันไวรัส
 ตับอักเสบบี การรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี

- ส่วนที่ 2 ข้อมูลประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางก่อนและหลัง
 การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เกณฑ์การให้คะแนน การปฏิบัติ มีดังนี้

- 1) การให้คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/
 หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้กำหนด
 คะแนนของแต่ละข้อคำถาม ดังนี้
 - ถ้าเลือก ปฏิบัติตามแนวทางทุกครั้ง ให้ 1 คะแนน
 - ถ้าเลือก ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางหรือปฏิบัติตามแนวทาง
 บางครั้ง ให้ 0 คะแนน
- 2) การให้คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/
 หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้กำหนด
 คะแนนของแต่ละข้อคำถาม ดังนี้
 - ถ้าเลือก ปฏิบัติตามแนวทาง ให้ 1 คะแนน
 - ถ้าเลือก ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง ให้ 0 คะแนน

นำคะแนนจากการตอบคำถามมาหาค่าร้อยละ แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ประเมิน
 ตามแนวทางของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์
 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (คณะกรรมการบริหารควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาล
 สมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2550)^[52] ดังนี้

ระดับดี คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการ
 สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในช่วงระหว่าง
 ร้อยละ 75.1 ถึง 100.0

ระดับปานกลาง คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ
 ก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในช่วง
 ระหว่าง ร้อยละ 50.1 ถึง 75.0

ระดับต้องปรับปรุง คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ
 ก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ
 50.0

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกรรมการบริหาร

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้บริหารจาก 4 หน่วยงานหลัก ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการบริหาร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า การปฏิบัติงานล่วงเวลา การอบรมและความถี่ของการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านนโยบายและโครงสร้างในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลกลยุทธ์การดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลมุมมองของผู้บริหาร, ปัญหาอุปสรรค, ผลการดำเนินงานและการสนับสนุน

4. แบบสำรวจเอกสาร

เป็นการศึกษาโดยการทบทวนเอกสาร ทำการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สำรวจเอกสาร ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลเอกสารการประชุม
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเอกสารแผนการปฏิบัติงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเอกสารกิจกรรม/โครงการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความถูกต้องตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ
2. ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและแก้ไขแล้ว ไปทดสอบ (Pretest questionnaire) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 40 คน ประกอบด้วยกรรมการบริหาร 10 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 30 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha-Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามที่ใช้สอบถามกรรมการบริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากัน คือ 0.823

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือน กันยายน 2550 ถึง ธันวาคม 2550

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้น ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานขอความร่วมมือในการจัดส่งแบบสอบถามไปยังกรรมการบริหารและบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกเลี้ยง โดยดำเนินการจัดส่งแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลกลับใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์
3. ประสานขอนัดสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนกรรมการบริหารจากทั้ง 4 หน่วยงานหลักและดำเนินการสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 2 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสำรวจ, แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 11.5

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ทำการสร้างคู่มือการลงรหัส แปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัสตามคู่มือการลงรหัส สร้างเพิ่มข้อมูล และบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ความถี่ของการได้รับการอบรม ใจความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และนำเสนอในรูปตาราง
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ได้แก่ เพศ อาชีพ ตำแหน่งกรรมการ ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ประสบการณ์การปฏิบัติงานของบุคลากรมีโอกาสสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ประสบการณ์การดำเนินงานบริหารจัดการ ความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของคณะกรรมการบริหาร มุมมองในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของผู้บริหารและข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงการดำเนินงาน ความสำเร็จ ความสอดคล้องและความแตกต่าง รวมถึงโอกาสในการพัฒนาด้านระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และคณะกรรมการบริหารที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งจะเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 1: ประสิทธิภาพการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 2: ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 3: ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 1: ประสิทธิภาพการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ประเภทคือ

4.1.1 การศึกษาเชิงปริมาณ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คณะกรรมการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4 หน่วยงานหลัก คือ หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อ หน่วยงานบริหารความเสี่ยง หน่วยงานอาชีวอนามัย และคลินิกให้คำปรึกษา รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 คน โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม อัตราการตอบแบบสอบถามกลับคิดเป็น ร้อยละ 100 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลนโยบาย และแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
4. ส่วนที่ 4 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.5 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.5 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.2 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 57.5 และสูงกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.5 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.5 แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 17.5 ทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 3 เทคนิคการแพทย์คิดเป็นร้อยละ 3 และนักกายภาพบำบัดคิดเป็นร้อยละ 5

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 37.5 ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล รองลงมา คือ กรรมการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.0 กรรมการอาชีวอนามัยโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 25.0 และกรรมการคลินิกให้คำปรึกษาคิดเป็นร้อยละ 7.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.0 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้าเป็นเวลานานมากกว่า 15 ปี และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการบริหารส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.0 เคยได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดย ร้อยละ 60.0 เคยได้รับการอบรมมาแล้วเมื่อ 1-5 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 20.0 เคยได้รับการอบรมไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10.0 เคยได้รับการอบรมมาแล้วนานกว่า 5 ปี และร้อยละ 10.0 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านดังกล่าว สำหรับผู้ที่เคยเข้ารับการอบรม ความถี่ในการเข้าอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 มีความถี่ในการเข้าอบรม 1 ครั้ง (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	42.5
หญิง	23	57.5
อายุ (ปี)		
30 – 39	16	40.0
40 – 49	16	40.0
50 – 59	8	20.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	23	57.5
สูงกว่าปริญญาตรี	17	42.5
ตำแหน่งการทำงาน		
แพทย์	7	17.5
พยาบาล	25	62.5
ทันตแพทย์	3	7.5
เทคนิคการแพทย์	3	7.5
กายภาพบำบัด	2	5.0
ตำแหน่งคณะกรรมการ		
กรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	15	37.5
กรรมการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล	12	30.0
กรรมการอาชีวอนามัยโรงพยาบาล	10	25.0
กรรมการคลินิกให้คำปรึกษา	3	7.5
ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า		
น้อยกว่า 5 ปี	4	10.0
5 – 10 ปี	7	17.5
10 – 15 ปี	9	22.5
มากกว่า 15 ปี	20	50.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการ		
น้อยกว่า 5 ปี	15	37.5
5 – 10 ปี	19	47.5
0 – 15 ปี	1	2.5
มากกว่า 15 ปี	5	12.5
การได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย		
เคยได้รับการอบรม ไม่เกิน 1 ปี	8	20.0
เคยได้รับการอบรม ประมาณ 1-5 ปี	24	60.0
เคยได้รับการอบรม มากกว่า 5 ปี	4	10.0
ไม่เคยได้รับการอบรม	4	10.0
ความถี่ในการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย		
ไม่เคยอบรม	4	10.0
1 ครั้ง	20	50.0
มากกว่า 1 ครั้ง	16	40.0

2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลนโยบาย และแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4.2 พบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทราบว่า โรงพยาบาล มีนโยบายด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และนโยบายที่ทราบถึงมากที่สุด คือ บุคลากรผู้ซึ่งสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังมีการสัมผัสที่เกิดจากการทำงานในคู่มือความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 95 โดยนโยบายที่ทราบถึงน้อยที่สุด คือ บุคลากรจะต้องได้รับการประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย/แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40

ร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบว่า โรงพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และแนวทางที่ทราบถึงเรียงตามลำดับ คือ แนวทางด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ร้อยละ 90), แนวทางด้าน การป้องกันอุบัติเหตุ (ร้อยละ 80) และแนวทางด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล (ร้อยละ 70) และมีเพียงร้อยละ

ละ 5 ที่ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลด้านหัตถการต่างๆ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 100) ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่งแนวทางที่ทราบถึงมากที่สุดคือ แนวทางการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในตำแหน่งที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งและแนวทางการบันทึกและการรายงานอุบัติเหตุ (ร้อยละ 95) รองลงมา คือ แนวทางการติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 65), แนวทางการปิดความลับชื่อ-สกุลของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดทราบว่า โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งขึ้นมาตามแนวทางมาตรฐานระดับชาติและ/หรือสากล และทราบว่าโรงพยาบาลมีหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง โดยร้อยละ 90 ตอบว่าหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานด้านดังกล่าว รองลงมา คือ หน่วยงานบริหารความเสี่ยงและหน่วยงาน อาชีวอนามัย (ร้อยละ 80) และคลินิกให้คำปรึกษา (ร้อยละ 75) ตามลำดับ

ร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบว่า โรงพยาบาลมีการประกาศนโยบายและ/หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยให้กับบุคลากรทราบ ด้วยวิธีดังต่อไปนี้ คือ เชิญหัวหน้าหน่วยงานรับทราบถึงนโยบายดังกล่าว (ร้อยละ 75), แจกเป็นหนังสือเวียนและเซ็นชื่อรับทราบทุกหน่วยงาน (ร้อยละ 60) และประกาศเสียงตามสาย (ร้อยละ 15) ตามลำดับ ร้อยละ 90 ทราบว่าโรงพยาบาลมีการทบทวนนโยบายและ/หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยร้อยละ 50 ตอบว่า มีการทบทวนทุก 1 ปี, ร้อยละ 30 ตอบว่ามีการทบทวนทุก 6 เดือน และร้อยละ 20 ตอบว่า มีการทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือเมื่อมีการประชุม เจ้าหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อของแต่ละแผนกทุก 2 เดือน ตามลำดับ

ร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบว่าโรงพยาบาลมีการสร้างตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านดังกล่าว ซึ่งตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินได้แก่ อัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง (ร้อยละ 80), อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง (ร้อยละ 50) และอัตราการเข้ารับการบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาภายหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 30)

สำหรับการกำหนดเป้าหมาย ร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างทราบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนดเป้าหมายการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่ง

เป้าหมายที่ทราบถึงมากที่สุดคือ การลดอัตราการอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 75) รองลงมา คือ การลดอัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 55) และร้อยละ 5 ทราบถึงเป้าหมายที่จะไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำของเหตุการณ์รุนแรง สำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ร้อยละ 100 ทราบว่า โรงพยาบาลได้มีการดำเนินกิจกรรมโครงการแยกกำจัดขยะหรือการกำจัดหัวเข็ม โครงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และโครงการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนกิจกรรมที่ทราบถึงน้อยที่สุดคือ โครงการควบคุมและประเมินการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 60) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทุกคน (ร้อยละ 100) ทราบว่า โรงพยาบาลมีการให้ความรู้แก่นบุคลากรเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง (ร้อยละ 95) ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในช่วงติดตามผลเลือด (ร้อยละ 90) และน้อยที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง (ร้อยละ 65) มีเพียงร้อยละ 15 ที่ทราบที่โรงพยาบาลได้ให้ความรู้ด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับ Standard precautions และการให้ความรู้เกี่ยวกับการกำหนดเวลารักษาผู้ป่วยติดเชื้อ นอกจากนี้ ร้อยละ 50 ทราบว่ามีการจัดทำเอกสารความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และร้อยละ 75 ทราบว่า มีการพิจารณาความเหมาะสมของการให้ความรู้ในเรื่องการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย แก่บุคลากรแต่ละระดับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องการดำเนินงานบริหารจัดการ ความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

การรับทราบการดำเนินงาน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	40	100.0	0	0.0
1.1 บุคลากรจะต้องปฏิบัติตามนโยบายการบริหารจัดการ ความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่ กำหนดไว้	34	85.0	6	15.0
1.2 บุคลากรผู้ซึ่งสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจาก ผู้ป่วย จะต้องปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังมีการสัมผัส เลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่เกิดจากการทำงานในคู่มือ ความปลอดภัย	38	95.0	2	5.0
1.3 บุคลากรใหม่จะต้องเข้ารับการปฐมนิเทศในเรื่องการ บริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัด หลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์	30	75.0	10	25.0
1.4 บุคลากรทุกคนจะต้องทบทวนนโยบายการบริหาร จัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจาก ผู้ป่วยก่อนที่จะขึ้นทำงานในแต่ละแผนก	22	55.0	18	45.0
1.5 บุคลากรทุกคนจะต้องได้รับการอบรมความรู้เรื่องการ บริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัด หลั่งจากผู้ป่วย	32	80.0	8	20.0
1.6 บุคลากรจะต้องได้รับการประเมินการปฏิบัติตาม นโยบาย / แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัส เลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	16	40.0	24	60.0
2. แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง จากผู้ป่วย	38	95.0	2	5.0
2.1 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	32	80.0	8	20.0
2.2 ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	36	90.0	4	10.0
2.3 ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล	28	70.0	12	30.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
2.4 แนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลด้านเหตุการณ์ต่างๆ	2	5.0	38.0	95.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

การรับทราบการดำเนินงาน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. แนวทางการปฏิบัติเมื่อสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	40	100.0	0	0.0
3.1 การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในตำแหน่งที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	38	95.0	2	5.0
3.2 การแจ้งหัวหน้าแผนก / หัวหน้าเวร	36	90.0	4	10.0
3.3 การบันทึกและการรายงานอุบัติเหตุ	38	95.0	2	5.0
3.4 การประเมินความรุนแรงเพื่อการรักษาต่อ	34	85.0	6	15.0
3.5 การติดตามผลเลือดของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	34	85.0	6	15.0
3.6 การติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	26	65.0	14	35.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
3.7 การปิดความลับชื่อ-สกุล ของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	2	5.0	38	95.0
4. การกำหนดนโยบายหรือแนวทางตามแนวทางมาตรฐานระดับชาติและ/หรือระดับสากล	40	100.0	0	0.0
4.1 กำหนดตามแนวทางมาตรฐานระดับชาติและระดับสากล	30	75.0	10	25.0
4.2 กำหนดตามแนวทางมาตรฐานระดับสากล	4	10.0	36	90.0
4.3 กำหนดตามแนวทางมาตรฐานระดับชาติ	6	15.0	34	85.0
5. หน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	40	100.0	0	0.0
5.1 หน่วยงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	32	80.0	8	20.0
5.2 หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล	36	90.0	4	10.0
5.3 หน่วยงานอาชีวอนามัยโรงพยาบาล	32	80.0	8	20.0
5.4 คลินิกให้คำปรึกษา	30	75.0	10	25.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
5.5 คณะอนุกรรมการด้านการกำจัดของเสีย	2	5.0	38	95.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า

การรับทราบการดำเนินงาน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การประกาศนโยบายและ/หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	38	95.0	2	5.0
6.1 เชิญหัวหน้าหน่วยงานรับทราบนโยบาย	30	75.0	10	25.0
6.2 แจกเป็นหนังสือเวียนและเซ็นชื่อรับทราบทุกหน่วยงาน	24	60.0	16	40.0
6.3 ประกาศเสียงตามสาย	6	15.0	34	85.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
6.4 คู่มือ WIRF	10	25.0	30	75.0
6.5 การจัดอบรมบุคลากร	2	5.0	38	95.0
7. การทบทวนนโยบายและ/หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	36	90.0	4	10.0
7.1 ทบทวนทุก 6 เดือน	12	30.0	28	70.0
7.2 ทบทวนทุก 1 ปี	20	50.0	20	50.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
7.3 เมื่อเกิดเหตุการณ์	2	5.0	38	95.0
7.4 การประชุม ICWN ทุก 2 เดือน	4	10.0	36	90.0
7.5 เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย	2	5.0	38	95.0
8. ตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	38	95.0	2	5.0
8.1 อัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์	32	80.0	8	20.0
8.2 อัตราการเข้ารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาภายหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์	12	30.0	28	70.0
8.3 อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์	20	50.0	20	50.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

การรับทราบการดำเนินงาน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. การกำหนดเป้าหมายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	36	90.0	4	10.0
9.1 อัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ลดลง	30	75.0	10	25.0
9.2 อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ลดลง	22	55.0	18	45.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
9.3 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำของเหตุการณ์รุนแรง	2	5.0	38	95.0
10. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	40	100.0	0	0.0
10.1 โครงการแยกกำจัดขยะ หรือการกำจัดหัวเข็ม	40	100.0	0	0.0
10.2 โครงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี	40	100.0	0	0.0
10.3 โครงการบันทึกข้อมูลและการรายงานข้อมูล	30	75.0	10	25.0
10.4 การประเมินการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์	24	60.0	16	40.0
10.5 การให้คำปรึกษา	36	90.0	4	10.0
10.6 การให้ความรู้เรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	38	95.0	2	5.0
10.7 การให้ความรู้เรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	36	90.0	4	10.0
10.8 การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้ครบถ้วนและเพียงพอ	38	95.0	2	5.0
10.9 การเฝ้าระวังการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการสัมผัสเลือดและ / หรือ สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์	26	65.0	14	35.0
10.10 การติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	26	65.0	14	35.0
10.11 การตรวจสุขภาพประจำปี	40	100.0	0	0.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

การรับทราบการดำเนินงาน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11.การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	40	100.0	0	0.0
11.1 การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน	38	95.0	2	5.0
11.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน	26	65.0	14	35.0
11.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน	34	85.0	6	15.0
11.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังมีการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน	36	90.0	4	10.0
11.5 การให้ความรู้เรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	36	90.0	4	10.0
11.6 การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตน ช่วงติดตามผลเลือด	36	90.0	4	10.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
11.7 การให้ความรู้ standard precaution	6	15.0	34	85.0
11.8 การให้ความรู้การกำหนดเวลารักษาในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ	6	15.0	34	85.0
12. การจัดทำเอกสารความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	20	50.0	20	50.0
13. การพิจารณาความเหมาะสมของการให้ความรู้ในเรื่องการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งแก่บุคลากรแต่ละระดับ	30	75.0	10	25.0

3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4.3 พบว่า

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ แนวทางที่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงมากที่สุด คือ การไม่สวมปลอกเข็มกลับ โดยใช้มือจับปลอกเข็ม การส่งสิ่งส่งตรวจให้ใส่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจในตะกร้าหรือตะแกรง และการทิ้งใบมีดหรือหัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็งก่อนนำไปทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ (ร้อยละ 100) เท่ากัน และแนวทางที่ทราบถึงน้อยที่สุดคือ การตรวจเก็บเข็มออกจากฝ้าผู้ป่วยก่อนส่งทำความสะอาด (ร้อยละ 75)

ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แนวทางที่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงมากที่สุด คือ การเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันทีเมื่อถุงมือรั่ว (ร้อยละ 100) และแนวทางที่ทราบถึงน้อยที่สุด คือ การสวมถุงมือ การใส่ผ้าปิดปาก-จมูก และการใส่แว่นตากันกระเด็นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกครั้ง (ร้อยละ 75)

ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล มากกว่าร้อยละ 95 ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติ เช่น การล้างมือทันทีที่ถอดถุงมือเมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน การทำความสะอาดพื้นเปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามที่โรงพยาบาลกำหนด และการไม่แปรงคราบเลือดที่ติดกับฝ้าผู้ป่วยแต่แช่ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อก่อนส่งซัก

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามรายด้าน และรายชื่อ

การรับทราบแนวทางการปฏิบัติ	มี		ไม่มี		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ						
1. การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อกับผู้ป่วยทุกราย	38	95.0	0	0.0	2	5.0
2. การทำงานด้วยความระมัดระวังมิให้เกิดบาดแผลขณะปฏิบัติงาน	38	95.0	0	0.0	2	5.0
3. การไม่สวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือจับปลอกเข็ม	40	100.0	0	0.0	0	0.0
4. การรับอุปกรณ์มีคมบนภาชนะแทนการใช้มือรับโดยตรง	32	80.0	4	10.0	4	10.0
5. การถอดใบมีดหลังใช้งานก่อนแช่น้ำยาทำลายเชื้อ	34	85.0	4	10.0	2	5.0
6. การถอดใบมีดจากค้ำมีดโดยใช้คีมจับ	36	90.0	4	10.0	0	0.0
7. การหักหลอดยาโดยใช้สำลี / ผ้าสะอาดรองก่อน	38	95.0	2	5.0	0	0.0
8. การไม่ใช้มือเปล่าหยิบทิ้งถังขยะ เมื่อมีเศษแก้วตกบนพื้น	38	95.0	2	5.0	0	0.0
9. การระวังมิให้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจเอียง / ล้ม	34	85.0	4	10.0	2	5.0
10. การตรวจเก็บเข็มออกจากฝ้าผู้ป่วยก่อนส่งทำ ความสะอาด	30	75.0	4	10.0	6	15.0
11. การส่งสิ่งส่งตรวจให้ใส่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ ในตะกร้าหรือตะแกรง	40	100.0	0	0.0	0	0.0
12. การทิ้ง ใบมีด หรือ หัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็ง ก่อนนำไปทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ	40	100.0	0	0.0	0	0.0
ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล						
13. การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากัน กระเด็นทุกครั้งในการปฏิบัติภารกิจชีพ	36	90.0	0.0	0.0	4	10.0
14. การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากัน กระเด็นทุกครั้งในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน	36	90.0	0.0	0.0	4	10.0
15. การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากัน กระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการใส่ท่อเข้าหลอดลมคอผู้ป่วย	36	90.0	0.0	0.0	4	10.0
16. การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากัน กระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการล้างท้องผู้ป่วย	34	85.0	4	10.0	2	5.0

ตารางที่ 4.3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามรายด้าน และรายชื่อ

การรับทราบแนวทางการปฏิบัติ	มี		ไม่มี		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17. การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากัน กระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการทำแผลอุบัติเหตุ	38	95.0	0	0.0	2	5.0
18. การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากัน กระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็น เลือด	30	75.0	2	5.0	8	20.0
19. การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากัน กระเด็นทุกครั้งในการกรอพื้นผู้ป่วย	34	85.0	2	5.0	4	10.0
20. การสวมถุงมือยางทุกครั้งเมื่อทำความสะอาด เตียงหรือเครื่องมือแพทย์	32	80.0	2	5.0	6	15.0
21. การสวมถุงมือยางหนาทุกครั้งเมื่อทำการแยกผ้า เปื้อนที่ใช้กับผู้ป่วย	36	90.0	0.0	0.0	4	10.0
22. เมื่อถุงมือรั่วเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันที	40	100.0	0	0.0	0	0.0
ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล						
23. เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน ต้องล้างมือทุกทันที ที่ถอดถุงมือ	40	100.0	0	0.0	0	0.0
24. เมื่อสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้ล้างมือทันที	38	95.0	2	5.0	0	0.0
25. การทำความสะอาดรถเข็นนอนและนั่งที่เปื้อน เลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำและ ผงซักฟอก	38	95.0	2	5.0	0	0.0
26. การทำความสะอาดพื้นเปื้อนเลือดและ/หรือสิ่ง คัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อตามที่โรงพยาบาล กำหนด	40	100.0	0	0.0	0	0.0
27. การไม่แปรกราบเลือดที่ติดกับผ้าผู้ป่วย แต่ได้ แช่ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อก่อนส่งซัก	40	100.0	0	0.0	0	0.0

4. ส่วนที่ 4 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ 20 แนวทาง ดังแสดงในตารางที่ 4.4 พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงแนวทางปฏิบัติหลังการสัมผัส 20 แนวทาง ส่วนแนวทางที่ทราบถึงน้อยที่สุดคือ การมีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี ได้ตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 5)

เมื่อพิจารณาแต่ละแนวทางปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงมากที่สุดและน้อยที่สุดได้ผลดังนี้

การปฏิบัติเมื่อถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนัง แนวทางที่ทราบถึงมากที่สุด คือ ซ้ำระบาศแผลด้วยน้ำและสบู่ หรือเช็ด Alcohol และการพบแพทย์เพื่อการดูแลรักษาต่อ (ร้อยละ 100) และน้อยที่สุดคือ การบีบเลือดออกเบาๆ (ร้อยละ 75)

การปฏิบัติเมื่อเลือดและ/หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยกระเด็นเข้าตาหรือเข้าปาก แนวทางที่ทราบถึงมากที่สุด คือ การล้างตาด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง หรือบ้วนปากกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้งและการบันทึกการเกิดอุบัติเหตุ (ร้อยละ 95) และน้อยที่สุดคือ การพบคลินิกให้คำปรึกษา (ร้อยละ 75)

การรายงานบุคลากรเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 95 ทราบว่าต้องมีการแจ้งหัวหน้าแผนก/หัวหน้าเวร และ แจ้งคลินิกให้คำปรึกษาด้วยตนเอง สำหรับแนวทางการรักษาต่อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งๆ สำหรับบุคลากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าต้องรับยาต้านไวรัสเอดส์ ที่คลินิกให้คำปรึกษา หรือที่ตึกอายุรกรรมชาย และรับยาต้านไวรัสเอดส์และวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ที่คลินิกให้คำปรึกษา (ร้อยละ 95) รองลงมาคือ การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (ร้อยละ 85)

การขอเจาะเลือดผู้ป่วยส่งตรวจเชื้อไวรัสเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบีและซี มากกว่าร้อยละ 95 ทราบว่าต้องมีการขอเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจเชื้อไวรัสเอดส์และไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อโรคเอดส์ และเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอดส์ แนวทางที่ทราบถึงมากที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิกให้คำปรึกษาในเวลาราชการ (ร้อยละ 85) และน้อยที่สุดคือ การพบแพทย์ประจำตึก/พบแพทย์แผนกฉุกเฉินและการรายงานผู้ตรวจพยาบาลกรรับทราบนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 50)

สำหรับการปฏิบัติเมื่อผลเลือดไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยได้ผลบวก แนวทางที่ทราบถึงที่สุดคือ การพบแพทย์ที่คลินิกให้คำปรึกษาในเวลาราชการ (ร้อยละ 100) และน้อยที่สุดคือ การ

พบแพทย์ประจำตึก/พบแพทย์แผนกฉุกเฉินนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 70) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อในการขอยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีผลการตรวจเลือดไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย ได้ผลบวก

การบันทึกลักษณะการเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย แนวทางที่ทราบถึงมากที่สุดคือ การบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับวันและเวลาที่สัมผัสและการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของสิ่งที่สัมผัส (ร้อยละ 90) และน้อยที่สุดคือ การบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับแหล่งที่สัมผัส (ร้อยละ 70)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติในการให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ สำหรับการติดตามตรวจบุคลากรเลือดซ้ำ แนวทางที่ทราบถึงมากที่สุด คือ การตรวจซ้ำในเดือนที่ 3 (ร้อยละ 90) และน้อยที่สุด คือ การตรวจซ้ำในเดือนที่ 6 (ร้อยละ 65) สำหรับการติดตามผลข้างเคียงจากการได้ยาด้านไวรัสเอชไอวีของบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อเป็นระยะๆ มีกลุ่มตัวอย่างทราบถึงร้อยละ 95

การปฏิบัติตนสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในช่วงการติดตามผลเลือด แนวทางที่ทราบถึงมากที่สุด คือ การงดการบริจาคเลือด (ร้อยละ 90) และน้อยที่สุดคือ การงดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (ร้อยละ 55) และกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 95) ทราบถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับคำรักษาและตรวจเลือดสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯและมีเพียง ร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบว่าโรงพยาบาลมีมีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การปฏิบัติตนสำหรับบุคลากรเมื่อผลเลือดไวรัสตับอักเสบบี หรือ ไวรัสตับอักเสบบีของผู้ป่วยได้ผลบวก แนวทางที่ทราบถึงมากที่สุด คือ การพบแพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรมชายในเวลาราชการ (ร้อยละ 80) และน้อยที่สุดคือ รอพบแพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรมนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 50) และร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบว่ามีการให้ภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี แก่บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ ที่ยังไม่ภูมิคุ้มกันและมีวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี เตรียมพร้อมไว้ตลอดเวลาเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ นอกจากนี้ ร้อยละ 90 ทราบว่ามีการติดตามสภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อ ว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี หรือ โรคเอดส์

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามรายด้าน และรายชื่อ

การรับทราบแนวทางการปฏิบัติ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การปฏิบัติเมื่อถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนัง	40	100.0	0	0.0
1.1 บีบเลือดออกเบาๆ	30	75.0	10	25.0
1.2 ซ้ำระบาศแผลด้วยน้ำและสบู่ หรือ alcohol	40	100.0	0	0.0
1.3 แจ้งหัวหน้าแผนก / หัวหน้าเวร	38	95.0	2	5.0
1.4 บันทึกการเกิดอุบัติเหตุ	38	95.0	2	5.0
1.5 ขอเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์, ไวรัสตับอักเสบบีและซี	36	90.0	4	10.0
1.6 พบคลินิกให้คำปรึกษา	38	95.0	2	5.0
1.7 พบแพทย์เพื่อการดูแลรักษาต่อ	40	100.0	0	0.0
2. การปฏิบัติเมื่อเลือดและ/หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยกระเด็นเข้าตาหรือเข้าปาก	40	100.0	0	0.0
2.1 ให้ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง หรือบ้วนปากกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง	38	95.0	2	5.0
2.2 แจ้งหัวหน้าแผนก / หัวหน้าเวร	36	90.0	4	10.0
2.3 บันทึกการเกิดอุบัติเหตุ	38	95.0	2	5.0
2.4 ขอเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์, ไวรัสตับอักเสบบีและซี	28	70.0	12	30.0
2.5 พบคลินิกให้คำปรึกษา	30	75.0	10	25.0
2.6 พบแพทย์เพื่อดูแลการรักษาต่อ	32	80.0	8	20.0
3. การรายงาน บุคลากรเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย	40	100.0	0	0.0
3.1 แจ้งหัวหน้าแผนก / หัวหน้าเวร ด้วยตนเอง	40	100.0	0	0.0
3.2 แจ้งคลินิกให้คำปรึกษา ด้วยตนเอง	38	95.0	2	5.0

ตารางที่ 4.4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามรายด้าน และรายข้อ

การรับทราบแนวทางการปฏิบัติ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. แนวทางการรักษาต่อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย สำหรับบุคลากร	40	100.0	0	0.0
4.1 รับยาต้านไวรัสเอดส์ ที่คลินิกให้คำปรึกษา หรือที่ตึกอายุรกรรมชาย	38	95.0	2	5.0
4.2 รับยาต้านไวรัสเอดส์และวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ที่คลินิกให้คำปรึกษา	38	95.0	2	5.0
4.3 วัคซีนกันบาดทะยัก	34	85.0	6	15.0
5. การขอเจาะเลือดผู้ป่วยส่งตรวจเชื้อไวรัสเอดส์, ไวรัสตับอักเสบบีและซี	40	100.0	0	0.0
5.1 เชื้อโรคเอดส์	40	100.0	0	0.0
5.2 เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	40	100.0	0	0.0
5.3 เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	38	95.0	2	5.0
6. การปฏิบัติก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อโรคเอดส์	40	100.0	0	0.0
7. การปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอดส์	38	95.0	2	5.0
ในเวลาราชการ				
7.1 พบแพทย์ประจำตึก / พบแพทย์แผนกฉุกเฉิน	22	55.0	18	45.0
7.2 พบคลินิกให้คำปรึกษา	34	85.0	6	15.0
นอกเวลาราชการ				
7.3 พบแพทย์ประจำตึก / พบแพทย์แผนกฉุกเฉิน	20	50.0	20	50.0
7.4 ขอรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่ตึกอายุรกรรมชาย	22	55.0	18	45.0
7.5 รอพบคลินิกให้คำปรึกษาในเวลาราชการ	28	70.0	12	30.0
7.6 รายงานผู้ตรวจการพยาบาลรับทราบ	20	50.0	20	50.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
7.7 ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะเสี่ยงให้รายงานแพทย์	30	75.0	10	25.0

ตารางที่ 4.4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามรายด้าน และรายข้อ

การรับทราบแนวทางการปฏิบัติ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. การปฏิบัติเมื่อผลเลือดไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วย ได้ผลบวก	40	100.0	0	0.0
ในเวลาราชการ				
8.1 พบแพทย์ประจำตึก / พบแพทย์แผนกฉุกเฉิน	32	80.0	8	20.0
8.2 พบคลินิกให้คำปรึกษา	40	100.0	0	0.0
นอกเวลาราชการ				
8.3 พบแพทย์ประจำตึก / พบแพทย์แผนกฉุกเฉิน	28	70.0	12	30.0
8.4 ขอรับยาด้านไวรัสเอดส์ที่ตึกอายุรกรรมชาย	36	90.0	4	10.0
8.5 รอพบคลินิกให้คำปรึกษาในเวลาราชการ	34	85.0	6	15.0
9. ในกรณีผลการตรวจเลือดไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วย ได้ผลบวก มี	40	100.0	0	0.0
แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเชื่อในการขอยาด้าน				
ไวรัสป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์				
10. การบันทึกลักษณะการเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือ	40	100.0	0	0.0
สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย				
10.1 รายละเอียดเกี่ยวกับวันและเวลาที่สัมผัส	36	90.0	4	10.0
10.2 รายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของสิ่งที่สัมผัส	36	90.0	4	10.0
10.3 รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะการสัมผัส	34	85.0	6	15.0
10.4 รายละเอียดเกี่ยวกับแหล่งที่สัมผัส	28	70.0	12	30.0
10.5 รายละเอียดเกี่ยวกับบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือ	34	85.0	6	15.0
สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย				
11. แนวทางการปฏิบัติในการให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากรที่	40	100.0	0	0.0
สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย				
12. การติดตามตรวจบุคลากรเลือดซ้ำ	40	100.0	0	0.0
12.1 ตรวจซ้ำในเดือนที่ 3	36	90.0	4	10.0
12.2 ตรวจซ้ำในเดือนที่ 6	26	65.0	14	35.0
13. การติดตามผลข้างเคียงจากการได้ยาด้านไวรัสเอดส์ของ	38	95.0	2	5.0
บุคลากรผู้สัมผัสเชื่อเป็นระยะๆ				

ตารางที่ 4.4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการรับทราบของคณะกรรมการบริหารในเรื่องแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวนตามรายด้าน และรายชื่อ

การรับทราบแนวทางการปฏิบัติ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14. การปฏิบัติตนสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในช่วงการติดตามผลเลือด				
14.1 การงดการบริจาคน้ำเลือด	36	90.0	4	10.0
14.2 การงดการบริจาคอวัยวะต่างๆ	34	85.0	6	15.0
14.3 การมีเพศสัมพันธ์โดยมีการป้องกัน	34	85.0	6	15.0
14.4 งดเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา	22	55.0	18	45.0
15. แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับคำปรึกษาและตรวจเลือดสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งต่างๆ	38	95.0	2	5.0
16. การมีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี ได้ตลอด 24 ชั่วโมง	2	5.0	38	95.0
17. การปฏิบัติ เมื่อผลเลือดไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสตับอักเสบบีของผู้ป่วยได้ผลบวก	38	95.0	2	5.0
ในเวลาราชการ				
17.1 พบแพทย์ประจำตึก / พบแพทย์แผนกฉุกเฉิน	22	55.0	18	45.0
17.2 พบแพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรม	32	80.0	8	20.0
นอกเวลาราชการ				
17.3 พบแพทย์ประจำตึก / พบแพทย์แผนกฉุกเฉิน	28	70.0	12	30.0
17.4 รอพบแพทย์ที่ ห้องตรวจอายุรกรรม	20	50.0	20	50.0
แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ				
17.6 ตามแบบ form ของความเสี่ยง	2	5.0	38	95.0
18. ในกรณีผลการตรวจเลือดไวรัสตับอักเสบบี ของผู้ป่วยได้ผลบวก มีการให้ภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี แก่บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ ที่ยังไม่ให้ภูมิคุ้มกัน	34	85.0	6	15.0
19. มีวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี เตรียมพร้อมไว้ตลอดเวลาเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้	34	85.0	6	15.0
20. มีการติดตามสถานะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเชื่อว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี หรือโรคเอดส์	36	90.0	4	10.0

4.1.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงประสบการณ์และมุมมองของผู้บริหารด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ตัวแทนผู้บริหารจาก 4 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานละ 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 4 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน และพยาบาล 2 คน ซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามากกว่า 15 ปี และระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งกรรมการมา 5-10 ปี ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลนโยบายและโครงสร้างการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลกลยุทธ์การดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
4. ส่วนที่ 4 ข้อมูล มุมมองของผู้บริหาร, ปัญหาอุปสรรค, ผลการดำเนินงานและการสนับสนุน

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลนโยบายและโครงสร้างการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้บริหารจากหน่วยงานหลักทั้ง 4 คนสามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 ด้านนโยบาย

ตัวแทนทั้ง 4 คนทราบว่า นโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในด้านการควบคุมการติดเชื้อและรับปฏิบัติตามจากกองทัพเรือ และเมื่อพิจารณารายละเอียดของนโยบาย พบว่า

- 1) บุคลากรทุกคนจะต้องปฏิบัติตามนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกำหนดไว้
- 2) บุคลากรทุกคนจะต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยและแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในคู่มือความปลอดภัยของโรงพยาบาล (RF - IC - 05)

- 3) บุคลากรใหม่ทุกคนจะต้องได้รับการปฐมนิเทศในเรื่องแนวทางการป้องกันและแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
- 4) บุคลากรทุกคนจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับทางการป้องกันและแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
- 5) บุคลากรทุกคนจะต้องได้รับการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

1.2 ด้านโครงสร้าง

ตัวแทนทั้ง 4 คนทราบว่าระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งประกอบด้วย 4 หน่วยงานหลัก คือ หน่วยงานบริหารความเสี่ยง หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อ หน่วยงานอาชีวอนามัย และคลินิกให้คำปรึกษาโดย 3 หน่วยงานอยู่ในฝ่ายคณะกรรมการคุณภาพของโรงพยาบาล ยกเว้นคลินิกให้คำปรึกษาอยู่ในฝ่ายการรักษายาบาล ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลได้ส่งตัวแทนร่วมเป็นกรรมการใน 4 หน่วยงานหลักนี้ โดยกรรมการที่เป็นตัวแทนนี้จะเป็นผู้รวบรวมปัญหาและอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์มาประชุมร่วมกันทุก 1 เดือน เพื่อแก้ไขปัญหา และเมื่อพิจารณาหน้าที่ของ 4 หน่วยงานหลัก พบว่า

- 1) หน่วยงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีหน้าที่ ตรวจสอบและประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ จากใบรายงานอุบัติเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (FM-RM-01) และจากข้อมูลสถิติของจำนวนอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล แล้วจึงรายงานผลการประเมินต่อไปยังหน่วยงานอาชีวอนามัยโรงพยาบาลและหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล แล้วจึงประชุมร่วมกันเพื่อหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อไป
- 2) หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล มีหน้าที่ มอบหมายงานและรวบรวมสถิติของจำนวนอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดย

รวบรวมข้อมูลจากคลินิกให้คำปรึกษา แล้วจึงรายงานสถิติของจำนวนอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ไปยังหน่วยงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ออกแนวทางการปฏิบัติกรป้องกันและการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการติดเชื้อของโรงพยาบาล ซึ่งอ้างอิงแนวทางการปฏิบัติมาจากกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา และต้องสอดคล้องกับนโยบายของกองทัพเรือ และมีการประกาศใช้เป็นแนวทางการป้องกันและแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลต่อไป

- 3) หน่วยงานอาชีวอนามัยโรงพยาบาล มีหน้าที่ ตรวจสอบและดูแลความปลอดภัยในด้านสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นทีมที่ร่วมแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
- 4) หน่วยงานคลินิกให้คำปรึกษา มีหน้าที่ ให้คำปรึกษาเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการรักษา และการให้ยาป้องกันไวรัสเอดส์ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ ติดตามการตรวจเลือดซ้ำ และภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วย

2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้บริหารจากหน่วยงานหลักทั้ง 4 คนสามารถสรุปได้ดังนี้

2.2.1 ด้านการดำเนินงานก่อนการสัมผัส เลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มีการเตรียมความพร้อมดังนี้

- 1) มีการประชุมทีมบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่ง

คัดหลังจากผู้ป่วย เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติ ได้แก่ แนวทาง Standard Precaution แนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ แนวทางการล้างมือ แนวทางการเก็บอุปกรณ์ที่ปลอดภัย แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุ แนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แนวทางด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล แนวทางการจัดการผ้าเปื้อน และหลักการ Universal Precaution เทคนิคแบบ one hand

- 2) มีการทบทวนคู่มือการปฏิบัติ และเตรียมคู่มือการปฏิบัติต่างๆ
- 3) มีการเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายต่างๆให้พร้อม
- 4) มีการปฐมพยาบาลอุบัติเหตุใหม่ก่อนการทำงาน
- 5) มีการฝึกให้บุคลากรมีสติในการปฏิบัติงาน

2.2.2 ด้านการดำเนินงานหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

มีการประชุมทีมบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วย เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อบุคลากรสัมผัสเชื้อไวรัส HIV ไวรัสตับอักเสบบี และซี ขณะปฏิบัติงาน และแนวทางการปฏิบัติในการรับยาต้านไวรัส HIV

2.2.3 ด้านระบบการรายงานอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

มีการรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โดยการเขียนใบบันทึก FM-RM-01 NC ที่เตรียมไว้ในหน่วยงานแล้วรวบรวมนำส่งหน่วยงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลทุก 1 สัปดาห์ ซึ่งหน่วยงานบริหารความเสี่ยงจะประเมินระดับความรุนแรงและรายงานต่อไปยังหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อและหน่วยงานอาชีวอนามัย หลังจากนั้นจึงมีการประชุมร่วมกันเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข แล้วจึงนำเสนอแนวทางดังกล่าวให้กับโรงพยาบาลเพื่อนำส่งแนวทางการแก้ไขไปยังหัวหน้าหน่วยงานที่ปฏิบัติ และทำการติดตามประเมินผลการดำเนินการแก้ไข สำหรับการรายงานสถิติของจำนวนอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องมีการรายงานทุกเดือน โดยหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลเป็นผู้รวบรวมข้อมูลสถิติของจำนวนอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วย จากคลินิกให้คำปรึกษา แล้วรายงานต่อไปยังหน่วยงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยง แล้วจึงประชุมร่วมกันระหว่าง

หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมและสะท้อนผลการแก้ไขกลับไปยังหน่วยงานที่ปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดีขึ้น

2.2.4 ด้านการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์

ตัวแทน 3 ใน 4 คนทราบถึงการดำเนินงานการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่งแนวทางดังกล่าว ได้แก่ การติดตามการเจาะเลือดซ้ำและภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสฯ ที่คลินิกให้คำปรึกษา ซึ่งจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านเป็นผู้ดูแลและมีการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ตัวแทน 1 คน ที่ให้ข้อมูลว่าการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสฯ ยังมีแนวทางไม่ชัดเจนและยังไม่ได้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเพียงการดูแลเบื้องต้นเท่านั้น อาจนำไปสู่ความแตกต่างในการปฏิบัติของบุคลากรได้

2.2.5 ด้านการประเมินผลการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

ตัวแทนทั้ง 4 คนให้ข้อมูลว่าในการประเมินผลการดำเนินงานนั้นได้มีการประเมินตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ เช่น อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ต้องไม่เกิน 2-3 ราย/เดือน การลดลงของอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลด้านการให้ความรู้ การตรวจเช็คคู่มืองานการปฏิบัติ และการประเมินผลว่าปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไขหรือไม่

3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลกลยุทธ์การดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้บริหารจากหน่วยงานหลักทั้ง 4 คนสามารถสรุปได้ดังนี้

2.3.1 กลยุทธ์ด้านการให้ความรู้เรื่องการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

มีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องและสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงานเพื่อป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยแก่บุคลากรทั้งใหม่และเก่าโดยเน้นที่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจากการปฏิบัติงาน แนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังมีการสัมผัส ซึ่งการจัดอบรมนั้นมีการจัดขึ้นทุกปีโดยหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อและหน่วยงานอาชีวอนามัย และใช้

งบประมาณจากกองทัพเรือ แต่อย่างไรก็ตาม มี 1 ใน 4 ตัวแทนผู้บริหารให้ข้อมูลว่าบุคลากรอาจจะไม่ได้รับการอบรมครบทุกคน และยังไม่มีการสำรวจในเรื่องดังกล่าว

2.3.2 กลยุทธ์ด้านกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดแก่บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

มีกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดแก่บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยมีหน่วยงานคลินิกให้คำปรึกษาเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งมีการให้คำปรึกษาด้านต่างๆ เช่น ก่อนการเจาะเลือด ก่อนและหลังการรักษา การให้ยาต้านเชื้อไวรัสเอดส์และผลข้างเคียงของยาต้านเชื้อไวรัสเอดส์ การตรวจเลือดซ้ำ และการปฏิบัติตนให้ถูกต้องในช่วงติดตามผลเลือด เป็นต้น โดยผู้ที่ให้คำปรึกษาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาโดยตรง

2.3.3 กลยุทธ์ด้านการตรวจเยี่ยมพื้นที่เกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดยหน่วยงานที่เข้าไปดูแล คือ หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อและหน่วยงานอาชีวอนามัยจะทำการตรวจเยี่ยมพื้นที่เกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เพื่อหาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไข รวมถึงการให้กำลังใจ และแนะนำแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง

4. ส่วนที่ 4 ข้อมูล มุมมองของผู้บริหาร, ปัญหาอุปสรรค, ผลการดำเนินงานและการสนับสนุน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้บริหารจากหน่วยงานหลักทั้ง 4 คนสามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1 มุมมองด้านผลการดำเนินงาน

โดยพิจารณาจากบุคลากรด้านความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยรวมยังไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างแท้จริง ยังขาดความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยและขาดความรอบคอบในการปฏิบัติงาน ซึ่งการให้ความร่วมมือของบุคลากรจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ บุคลากรมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและการปฏิบัติเมื่อสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและการปฏิบัติเมื่อสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์จริงในการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

และสำหรับคณะกรรมการบริหารพบว่า ยังต้องมีการผลักดันให้คณะกรรมการเห็นถึงความสำคัญในการสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยและการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มากขึ้น

2.4.2 มุมมองด้านปัญหาอุปสรรค

การดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ สรุปได้ดังนี้

- 1) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่คล่องตัวครบ 100 %
- 2) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังมีการรับข้อมูลและข่าวสารที่ไม่ตรงกัน
- 3) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังขาดวินัย ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง และขาดความตระหนักด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
- 4) ภาระงานที่มากเกินไปทำให้เกิดการอ่อนล้าจนเกิดการทำงานที่ผิดพลาด
- 5) ความไม่พร้อมและไม่เหมาะสมของเครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงาน
- 6) การให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติเรื่องการป้องกันและการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมบุคลากรผู้ปฏิบัติทุกคน
- 7) การได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบียังไม่ครอบคลุมบุคลากรผู้ปฏิบัติทุกคน
- 8) ขาดการรณรงค์ ขาดการส่งเสริม และขาดการสร้างความตระหนักในเรื่องความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายในขณะที่ปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2.4.3 มุมมองด้านผลที่คาดว่าจะเกิดภายหลังการดำเนินงาน

ตามโครงการการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ทางโรงพยาบาลได้กำหนดไว้ ผู้บริหารเห็นความสำคัญและส่งเสริมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวทางที่ถูกต้อง คาดว่าผลที่จะเกิดคือ ความปลอดภัยและความสุขในการปฏิบัติงาน บุคลากรผู้ปฏิบัติมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้ดีขึ้นส่งผลให้อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยลดลงและไม่เกิดเหตุซ้ำ

2.4.4 มุมมองด้านการสนับสนุนงบประมาณ

สำหรับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า โรงพยาบาลมีงบประมาณที่

พอเพียงต่อการดำเนินงานด้านดังกล่าว ซึ่งงบประมาณได้รับการสนับสนุนจากรายรับของโรงพยาบาล จากกองทัพเรือ และจากกระทรวงสาธารณสุข

2.4.5 มุมมองด้านความต้องการการสนับสนุน

สำหรับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า โรงพยาบาลยังต้องการการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ วิทยากรในการบรรยายให้ความรู้ การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์

4.1.3 การศึกษาโดยการทบทวนเอกสาร

เป็นการทบทวนเอกสารการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากเอกสารการประชุม
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากเอกสารแผนการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลเอกสารกิจกรรม/โครงการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากเอกสารการประชุม

จากการทบทวนเอกสารการประชุม พบว่า มีรายงานการประชุมด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน โดยเป็นการประชุมร่วมกันของ 4 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง คือ หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อ หน่วยงานอาชีวอนามัย หน่วยงานบริหารความเสี่ยง และคลินิกให้คำปรึกษา และจะมีการประชุมวาระพิเศษในกรณีที่มีปัญหาหรือมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ มากกว่า 2-3 ราย/เดือน และในกรณีที่มีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ แนวทางการรับยาต้านไวรัสเอชไอวีและแนวทางการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ ซึ่งจะประชุม 1 ครั้ง/ปี

ในเอกสารการประชุมยังประกอบด้วยรายงานสถิติการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดยบันทึกในรูปแบบฟอร์มรายงานการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ปรับปรุงมาจากแบบฟอร์มของกระทรวงสาธารณสุข แบบฟอร์มนี้ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นเอกสารของโรงพยาบาลและมีใช้เฉพาะในคลินิกให้คำปรึกษาเท่านั้น

ข้อมูลในแบบฟอร์มถือเป็นความลับของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยรายละเอียดในแบบฟอร์มแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 เป็นการบันทึกเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ
- ส่วนที่ 2 เป็นการบันทึกเกี่ยวกับการรักษามีการกำหนดรายละเอียดของการรักษาไว้ครบถ้วน
- ส่วนที่ 3 เป็นการบันทึกเกี่ยวกับรายงานการติดตามผลการรักษาก่อนและหลังการรักษา อาการข้างเคียงของการรักษา และการติดตามผลเลือดของบุคลากรผู้สัมผัสเป็นระยะๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าในเอกสารการประชุมยังประกอบด้วยแบบฟอร์มบันทึกการรายงานสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่ไม่พึงประสงค์จะรักษาต่อและขอสละสิทธิ์ค่าชดเชยต่างๆ ซึ่งรายงานการประชุมดังกล่าวนี้ไม่มีการรายงานกลับไปยังหน่วยงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงาน

2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากเอกสารแผนการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากการทบทวนเอกสารการปฏิบัติงาน พบว่า มีเอกสารเกี่ยวกับแผนงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ แผนการจัดการแหล่งที่สัมผัส, แผนการรายงานการสัมผัส, แผนการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ, แผนการให้คำปรึกษา, แผนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล, และแผนการติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และมีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้คือ แผนการจัดการแหล่งที่สัมผัส, แผนการรายงานการสัมผัส, แผนการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ, แผนการให้คำปรึกษา ส่วนแผนการติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เป็นเพียงการนัดมาตรวจติดตามผลเลือดและการให้คำแนะนำหากบุคลากรมีปัญหา แต่ยังไม่มีการกระตุ้นบุคลากรให้มีการรายงานภาวะสุขภาพของตนเป็นระยะๆจนกว่าจะพ้นระยะฟักตัวของเชื้อ และในส่วนแผนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลยังไม่มีการควบคุมและตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ป้องกันดังกล่าวจากหัวหน้าแผนกของแต่ละหน่วยงาน

3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลเอกสารกิจกรรม/โครงการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากการทบทวนเอกสารกิจกรรม/โครงการ พบว่า มีเอกสารเกี่ยวกับโครงการ/กิจกรรมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ โครงการแยกกำจัดขยะหรือการกำจัดหัวเข็ม โครงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โครงการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ ก่อนและหลังมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และ โครงการให้ความรู้ เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

ซึ่งกิจกรรมหรือโครงการในการบริหารจัดการความเสี่ยงดังกล่าวได้ดำเนินการจริงทุกโครงการ โดยโครงการแยกกำจัดขยะ หรือการกำจัดหัวเข็มเป็นการดำเนินการของทุกหน่วยงานที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ส่วนโครงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นการดำเนินการของแผนกส่งเสริมสุขภาพบุคลากรของโรงพยาบาล และมีการดำเนินการเป็นครั้งคราวตามความตระหนักของผู้บริหารหรือตามข้อกำหนดของการดำเนินงานของระบบคุณภาพต่างๆที่อาจส่งผลกระทบต่อความครอบคลุมของการได้รับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของบุคลากร ซึ่งในปัจจุบันมีการให้ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเฉพาะกลุ่มบุคลากรที่ทำงานในแผนกที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และยังไม่มีการติดตามเพื่อประเมินว่าบุคลากรที่ทำงานในแผนกที่เสี่ยงดังกล่าวได้รับภูมิคุ้มกันครบทุกคนแล้วหรือไม่ และในส่วนของโครงการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในเรื่องแนวทางการปฏิบัติ ก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลนั้น ได้ดำเนินการ โดยหน่วยควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ซึ่งมีการดำเนินการทุกปีสำหรับบุคลากรที่รับเข้าใหม่ แต่สำหรับบุคลากรเก่า ยังไม่มีการดำเนินการเพื่อทบทวนความรู้เป็นระยะๆที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังไม่มีการประเมินว่าบุคลากรทั้งเก่าและใหม่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวครบทุกคนหรือไม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 2: ประสพการณ์การปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 500 คน จาก 10 หน่วยงาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม 438 คน คิดเป็นร้อยละ 87.6 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา
2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 438 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.4 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 35.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.4 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 51.8 สูงกว่าระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 11.9 ต่ำกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 35.2 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ พนักงานทั่วไป ร้อยละ 16.9, พนักงานช่วยการพยาบาล ร้อยละ 12.6, แพทย์ ร้อยละ 11.9, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 4.3 และทันตแพทย์ ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.6 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าอยู่ระหว่าง 5 – 10 ปี และร้อยละ 72.6 มีการปฏิบัติงานล่วงเวลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 จาก 438 คน (ร้อยละ 64.3) เคยได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยร้อยละ 27.4 เคยได้รับการอบรมมาแล้วแต่ไม่ระบุระยะเวลา ร้อยละ 19.4 เคยได้รับการอบรมมาแล้วเมื่อ 1-5 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 10.4 เคยได้รับการอบรมไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 6.8 เคยได้รับการอบรมมาแล้วนานกว่า 5 ปี และร้อยละ 35.6 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านดังกล่าว กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70.5 เคย ตรวจเลือดว่ามีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี และ ร้อยละ 47.5 เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในขณะที่ ร้อยละ 37.0 ยังไม่เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (รายละเอียดตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 แสดงข้อมูลทั่วไปของบุคคลกรกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	156	35.6
หญิง	282	64.4
ไม่ระบุ	-	-
อายุ (ปี)		
20 – 29	131	29.9
30 – 39	166	37.9
40 – 49	99	22.6
50 – 59	27	6.2
ไม่ระบุ	15	3.4
Mean = 34.4, Stdev. = 8.8, Max = 59 , Min = 20		
ระดับการศึกษา		
น้อยกว่ามัธยมศึกษา	2	0.5
มัธยมศึกษา	111	25.3
ปวส – ปวช	41	9.4
ปริญญาตรี	227	51.8
สูงกว่าปริญญาตรี	52	11.9
ไม่ระบุ	5	1.1
ตำแหน่งการทำงาน		
แพทย์	52	11.9
พยาบาล	230	52.5
ทันตแพทย์	8	1.8
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	19	4.3
พนักงานช่วยการพยาบาล	55	12.6
พนักงานทั่วไป	74	16.9
ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาล		
สมเด็จพระปิ่นเกล้า		
น้อยกว่า 5 ปี	115	26.3
5 – 10 ปี	121	27.6
10 – 15 ปี	86	19.6
มากกว่า 15 ปี	116	26.5

ตารางที่ 4.5 (ต่อ) แสดงข้อมูลทั่วไปของบุคคลกรกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การปฏิบัติงานล่วงเวลา		
ได้ปฏิบัติงานล่วงเวลา	318	72.6
ไม่ได้ปฏิบัติงานล่วงเวลา	120	27.4
การได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย		
เคยได้รับการอบรม ไม่เกิน 1 ปี	47	10.7
เคยได้รับการอบรม ประมาณ 1-5 ปี	85	19.4
เคยได้รับการอบรม มากกว่า 5 ปี	30	6.8
เคย ไม่ระบุ	120	27.4
ไม่เคยได้รับการอบรม	156	35.6
การตรวจเลือดว่ามีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี		
เคย	309	70.5
ไม่เคย	93	21.2
จำไม่ได้	36	8.2
เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี		
เคยครบ 3 เข็ม	116	26.5
เคยไม่ครบ 3 เข็ม	33	7.5
เคย ไม่ระบุ	59	13.5
ไม่เคย	162	37.0
จำไม่ได้	68	15.5

2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล โดยภาพรวม พบว่า

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งในหลักการของ Universal precaution ได้ให้ความสำคัญในด้านนี้มากกว่าอื่นๆพบว่า แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมากที่สุดคือ การทิ้งใบมีดหรือหัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็งก่อนนำไปทิ้งขยะติดเชื้อทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 96.3 รองลงมาคือ การใส่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจในตะกร้าหรือตะแกรงทุกครั้ง, การทำงานด้วยความระมัดระวังมิให้เกิดบาดแผลขณะปฏิบัติงาน และการระมัดระวังมิให้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจเอียงหรือล้ม คิดเป็น

ร้อยละ 93.7, 93.2 และ 91.4 ตามลำดับ และแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติตามมากที่สุดคือ การไม่สวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือจับเข็มและปลอก คิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมาคือ การรับอุปกรณ์มีคมบนภาชนะแทนการใช้มือรับโดยตรงทุกครั้ง, การหักหลอดยาโดยใช้สำลีหรือผ้าสะอาดรองก่อนทุกครั้ง และการเมื่อมีเศษแก้วตกบนพื้น ไม่ใช้มือเปล่าหยิบทิ้งถังขยะ คิดเป็นร้อยละ 35.6, 33.6 และ 27.8 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.6)

ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมากที่สุดคือ เมื่อถุงมือรั่วเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันที คิดเป็นร้อยละ 96.1 รองลงมาคือ การสวมถุงมือยางหนาทุกครั้งเมื่อทำการแยกผ้าเปื้อนที่ใช้กับผู้ป่วย, การสวมถุงมือยางทุกครั้งเมื่อทำความสะอาดเตียงหรือเครื่องมือแพทย์ และการสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตักันกระเด็นทุกครั้งในการกรอพื้นผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 65.9, 63.4 และ 61.9 ตามลำดับ และแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติตามมากที่สุดคือ การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตักันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการทำแผลอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตักันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เปื้อนเลือด, การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตักันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการล้างห้องผู้ป่วย และการสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตักันกระเด็นทุกครั้งในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 45.3, 45.2 และ 44.5 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.7)

ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล พบว่า แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมากที่สุดคือ เมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ล้างมือทันทีที่สัมผัส คิดเป็นร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานล้างมือทุกครั้งทันทีที่ถอดถุงมือ คิดเป็นร้อยละ 94.0 และแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติตามมากที่สุดคือ การทำความสะอาดรถเข็นนอนและนั่งที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำและผงซักฟอก คิดเป็นร้อยละ 31.6 รองลงมาคือ การไม่แปรงคราบเลือดของผู้ป่วยที่ติดกับผ้าแล้วแช่ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อก่อนส่งซัก คิดเป็นร้อยละ 31.4 (รายละเอียดดังตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่ง จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ โดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทาง	ปฏิบัติ จำนวน (%)	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (%)	จำนวนรวม จำนวน (%)
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ			
1. ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อมีผู้ป่วย ทุกราย	354 (83.5)	70 (16.5)	424 (100.0)
2. ทำงานด้วยความระมัดระวังมิให้เกิดบาดแผล ขณะปฏิบัติงาน	397 (93.2)	29 (6.8)	426 (100.0)
3. ไม่สวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือจับเข็มและ ปลอกเข็ม	215 (60.7)	139 (39.3)	354 (100.0)
4. รับอุปกรณ์มีคมบนภาชนะแทนการใช้มือรับ โดยตรงทุกครั้ง	215 (64.4)	119 (35.6)	334 (100.0)
5. ถอดใบมีดหลังใช้งานก่อนแช่เครื่องมือในน้ำยา ทำลายเชื้อทุกครั้ง	235 (83.3)	47 (16.7)	282 (100.0)
6. ถอดใบมีดจากด้ามมีดโดยใช้เข็มจับทุกครั้ง	241 (82.8)	50 (17.2)	291 (100.0)
7. หักหลอดยาโดยใช้สำลีหรือผ้าสะอาดรองก่อน ทุกครั้ง	202 (66.4)	102 (33.6)	304 (100.0)
8. เมื่อมีเศษแก้วตกบนพื้น ไม่ใช้มือเปล่าหยิบทิ้ง ถึงขยะ	289 (72.3)	111 (27.8)	400 (100.0)
9. ระมัดระวังมิให้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจเอียง หรือล้ม	349 (91.4)	33 (8.6)	382 (100.0)
10. ตรวจสอบเข็มกับฝาผู้ป่วยก่อนส่งทำความ สะอาดทุกครั้ง	280 (87.2)	41 (12.8)	321 (100.0)
11. ใส่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจในตะกร้าหรือ ตะแกรงทุกครั้ง	329 (93.7)	22 (6.3)	351 (100.0)
12. ทิ้ง ใบมีด หรือ หัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็ง ก่อนนำไปทิ้งขยะติดเชื้อทุกครั้ง	368 (96.3)	14 (3.7)	382 (100.0)

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทาง	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ	จำนวนรวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล			
13.สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็น ทุกครั้งในการปฏิบัติภารกิจชีพ	230 (57.2)	172 (42.8)	402 (100.0)
14.สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็น ทุกครั้งในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน	217 (55.5)	174 (44.5)	391 (100.0)
15.สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็น ทุกครั้งเมื่อมีการใส่ท่อเข้าหลอดลมคอผู้ป่วย	232 (58.6)	164 (41.4)	396 (100.0)
16.สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็น ทุกครั้งเมื่อมีการล้างท้องผู้ป่วย	199 (54.8)	164 (45.2)	363 (100.0)
17.สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็น ทุกครั้งเมื่อมีการทำแผลอุบัติเหตุ	193 (53.6)	167 (46.4)	360 (100.0)
18.สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็น ทุกครั้งเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็นเลือด	222 (54.7)	184 (45.3)	406 (100.0)
19.สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็น ทุกครั้งในการกรอฟันผู้ป่วย	263 (61.9)	162 (38.1)	425 (100.0)
20.สวมถุงมืออย่างทุกครั้งเมื่อทำความสะอาดเตียง หรือเครื่องมือแพทย์	256 (63.4)	148 (36.6)	404 (100.0)
21.สวมถุงมืออย่างหนาทุกครั้งเมื่อทำการแยกผ้า เปื้อนที่ใช้กับผู้ป่วย	273 (65.9)	141 (34.1)	414 (100.0)
22. เมื่อถุงมือรั่วทันทันเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันที	416 (96.1)	17 (3.9)	433 (100.0)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล โดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทาง	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล			
23. เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน ล้างมือทุกครั้งทันทีที่ถอดถุงมือ	410 (94.0)	26 (6.0)	436 (100.0)
24. เมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ล้างมือทันทีที่สัมผัส	420 (98.1)	8 (1.9)	428 (100.0)
25. ทำความสะอาดรถเข็นนอนและนั่งที่เบื่อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำและผงซักฟอก	283 (68.4)	131 (31.6)	414 (100.0)
26. ทำความสะอาดพื้นเบื่อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อตามที่โรงพยาบาลกำหนด	312 (75.4)	102 (24.6)	414 (100.0)
27. ไม่แปรงคราบเลือดของผู้ป่วยที่ติดกับผ้าแล้ว แช่วด้วยน้ำยาทำลายเชื้อก่อนส่งซัก	271 (68.6)	124 (31.4)	395 (100.0)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยประเมินตามเกณฑ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ตามแนวทางของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ, 2550)^[52] ดังนี้

- ระดับดี คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 75.1 ถึง 100.0
- ระดับปานกลาง คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 50.1 ถึง 75.0
- ระดับต้องปรับปรุง คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50.0

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล ตามเกณฑ์การประเมินของโรงพยาบาลที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยภาพรวม พบว่า ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทาง ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และ ระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 34.2 และ 31.3 ตามลำดับ ส่วนในด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทาง ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมาคือ ระดับดี และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.7 และ 21.9 ตามลำดับ และในด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทาง ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 11.9 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามระดับคะแนน โดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทาง	ระดับคะแนนการปฏิบัติ			
	ต้องปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	137 (31.3)	150 (34.2)	151 (34.5)	438 (100.0)
2. ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	203 (46.3)	96 (21.9)	139 (31.7)	438 (100.0)
3. ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล	52 (11.9)	81 (18.5)	305 (69.6)	438 (100.0)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล ตามเกณฑ์การประเมินของโรงพยาบาลที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยจำแนกตามตำแหน่งงาน พบว่า

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามอยู่ในระดับดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามแนวด้านนี้อยู่ในระดับดีมากที่สุดคือ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ ทันตแพทย์, แพทย์, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ, พนักงานช่วยการพยาบาลและพนักงานทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 37.5, 26.9, 15.8, 11.1 และ 9.5 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.10)

ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามแนวด้านนี้อยู่ในระดับต้องปรับปรุง มากที่สุดคือ

แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ พยาบาล, พนักงานทั่วไป, พนักงานช่วยการพยาบาล, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 47.8, 45.9, 43.6, 26.3 และ 25.0 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.11)

ด้านสุขอนามัยและสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามแนวค่านี้อยู่ในระดับดีมากที่สุดคือ ทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ, พนักงานช่วยการพยาบาล, พนักงานทั่วไป, พยาบาลและแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 84.2, 74.5, 70.3, 69.1 และ 57.7ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จำแนกตามตำแหน่งงาน

การปฏิบัติตามแนวทาง	ระดับคะแนนการปฏิบัติ			
	ต้องปรับปรุง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ดี จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
1. แพทย์	27 (51.9)	11 (21.2)	14 (26.9)	52 (100.0)
2. พยาบาล	32 (13.9)	84 (36.5)	114 (49.6)	230 (100.0)
3. ทันตแพทย์	4 (50.0)	1 (12.5)	3 (37.5)	8 (100.0)
4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	9 (47.4)	7 (36.8)	3 (15.8)	19 (100.0)
5. พนักงานช่วยการพยาบาล	22 (40.0)	23 (41.8)	10 (18.2)	55 (100.0)
6. พนักงานทั่วไป	43 (58.1)	24 (32.4)	7 (9.5)	74 (100.0)
รวม	137 (31.3)	150 (34.2)	151 (34.5)	438 (100.0)

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จำแนกตามตำแหน่งงาน

การปฏิบัติตามแนวทาง	ระดับคะแนนการปฏิบัติ			
	ต้องปรับปรุง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ดี จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
1. แพทย์	28 (53.8)	6 (11.5)	18 (34.6)	52 (100.0)
2. พยาบาล	110 (47.8)	40 (17.4)	80 (34.8)	230 (100.0)
3. ทันตแพทย์	2 (25.0)	2 (25.0)	4 (50.0)	8 (100.0)
4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	5 (26.3)	4 (21.1)	10 (52.6)	19 (100.0)
5. พนักงานช่วยการพยาบาล	24 (43.6)	14 (25.5)	17 (30.9)	55 (100.0)
6. พนักงานทั่วไป	34 (45.9)	30 (40.5)	10 (13.5)	74 (100.0)
รวม	203 (46.3)	96 (21.9)	139 (31.7)	438(100.0)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ด้านสูชอนามัยและสุขาภิบาล จำแนกตามตำแหน่งงาน

การปฏิบัติตามแนวทาง	ระดับคะแนนการปฏิบัติ			
	ต้องปรับปรุง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ดี จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
1. แพทย์	13 (25.0)	9 (17.3)	30 (57.7)	52 (100.0)
2. พยาบาล	22 (9.6)	49 (21.3)	159 (69.1)	230 (100.0)
3. ทันตแพทย์	1 (12.5)	-	7 (87.5)	8 (100.0)
4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	1 (5.3)	2 (10.5)	16 (84.2)	19 (100.0)
5. พนักงานช่วยการพยาบาล	5 (9.1)	9 (16.4)	41 (74.5)	55 (100.0)
6. พนักงานทั่วไป	10 (13.5)	12 (16.2)	52 (70.3)	74 (100.0)
รวม	52 (11.9)	81 (18.5)	305 (69.6)	438 (100.0)

3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.9 ไม่เคยสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย จากการถูกเข็มตำหรือการกระเด็นของสิ่งคัดหลั่งเข้าตา ปากหรือ ผิวหนัง ขณะปฏิบัติงาน ในขณะที่ ร้อยละ 46.1 ของกลุ่มตัวอย่างเคยสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย จากเหตุการณ์ดังกล่าว ซึ่งในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (2547 – ปัจจุบัน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ในการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งอยู่ที่ 1-5 ครั้ง (รายละเอียดดังตารางที่ 4.13)

จากการคำนวณ เมื่ออัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย คือ (จำนวนครั้งที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย /จำนวนบุคลากรที่เคยสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย) / จำนวนปี \times 1000 พบว่า โดยภาพรวมอัตราอุบัติการณ์ดังกล่าวคือ 556.4 ครั้งต่อ 1000 คนต่อปี เมื่อจำแนกตามตำแหน่งงาน พบว่า พยาบาลมีอัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย สูงสุดคือ 630.2 ครั้งต่อ 1000 คนต่อปี รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ, ทันตแพทย์, แพทย์, พนักงานช่วยการพยาบาล และพนักงานทั่วไป ตามลำดับ (600.0, 550.0, 442.8, 430.0 และ 329.4 ครั้งต่อ 1000 คนต่อปี ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.13 จำนวนร้อยละและความถี่ต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 – ปัจจุบัน โดยภาพรวม

การสัมผัสเลือดและหรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ บุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยสัมผัส	236	53.9
เคยสัมผัส	202	46.1
ความถี่ที่สัมผัสภายใน 5 ปีที่ผ่านมา		
1-5 ครั้ง / 5 ปี	179	40.9
6-10 ครั้ง / 5 ปี	18	4.1
11-15 ครั้ง / 5 ปี	5	1.1

ตารางที่ 4.14 อัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 – ปัจจุบัน จำแนกตามตำแหน่งงาน

บุคลากรทางการแพทย์	จำนวนคน	จำนวนคนเคย	จำนวนครั้ง	อัตราอุบัติการณ์
	ทั้งหมด	สัมผัสเลือดฯ		
	คน (%)	คน (%)	ครั้ง (%)	(ครั้ง/ 1000 คน /ปี)
แพทย์	52 (11.9)	28 (53.8)	62 (11.0)	442.8
พยาบาล	230 (52.5)	126 (54.8)	397 (70.6)	630.2
ทันตแพทย์	8 (1.8)	4 (50.0)	11 (1.9)	550.0
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	19 (4.3)	7 (36.8)	21 (3.7)	600.0
พนักงานช่วยการพยาบาล	55 (12.6)	20 (36.4)	43 (7.6)	430.0
พนักงานทั่วไป	74 (16.9)	17 (23.0)	28 (5.2)	329.4
รวม	438 (100.0)	202 (46.1)	562 (100.0)	556.4

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยภาพรวม พบว่า

หลังจากถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ตำหรือบาดที่
ผิวหนังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ชำระบาดแผลด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ
93.1 รองลงมาคือ ไม่ได้เปิดบาดแผลให้กว้าง และบีบเลือดออกเบาๆ คิดเป็นร้อยละ 92.1 และ 73.8
ตามลำดับ และเมื่อถูกเลือดและ/หรือสารคัดหลั่งฯ กระเด็นเข้าตาหรือปากพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วน
ใหญ่ ได้ล้างตาหรือบ้วนปากทันที คิดเป็นร้อยละ 78.2 หลังเกิดเหตุการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือ
สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 57.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการรายงานหัวหน้าแผนกหรือ
หัวหน้าเวรทราบแต่ไม่ได้ระบุวิธีการรายงาน ร้อยละ 56.4

ร้อยละ 48.5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตรวจเลือดของผู้ป่วยและตนเองหลังเกิดเหตุการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และร้อยละ 58.4 ได้ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ร้อยละ 80.2 ของกลุ่มตัวอย่างที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ไม่ได้ไปใช้บริการเพื่อการรักษาต่อ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ระบุเหตุผลว่าทำไมถึงไม่ได้รักษาต่อ (ร้อยละ 77.2) มีเพียงร้อยละ 19.8 ที่ได้รับการรักษาต่อโดยการขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV ที่คลินิกอายุรกรรมชาย ร้อยละ 13.4

เมื่อผลการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัส HIV ของผู้ป่วยได้ผลบวก พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รักษาต่อ และไม่ได้ขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV (ร้อยละ 64.9 และ 68.3 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ระบุเหตุผลว่าทำไมถึงไม่ได้รักษาต่อ และไม่ได้ขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV (ร้อยละ 63.9 และ 67.8 ตามลำดับ)

ร้อยละ 50.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ไม่ได้บันทึกข้อมูลลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ, การรักษาและผลการตรวจเลือดไว้เป็นหลักฐานหลังการสัมผัส ในขณะที่ร้อยละ 48.0 ได้บันทึกข้อมูลเอาไว้แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุวิธีการบันทึก

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เจาะเลือดตนเองเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ครั้งแรกแล้ว พบว่า ร้อยละ 39.1 ได้ตรวจเลือดซ้ำ ซึ่งร้อยละ 93.1 ไม่ได้จ่ายค่าตรวจเลือดเอง ส่วนการปฏิบัติตนในช่วงการติดตามผลเลือด ใน 3 และ 6 เดือน พบว่า ร้อยละ 94.1 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้บริจาคเลือด, อวัยวะต่างๆ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยมีการป้องกัน และร้อยละ 95.0 ไม่ได้เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

เมื่อผลการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซีของผู้ป่วยได้ผลบวก ร้อยละ 71.8 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รักษาต่อ โดยไม่ได้ระบุเหตุผลว่าทำไมถึงไม่ได้รักษาต่อ (ร้อยละ 59.9) และระบุเหตุผลว่ามีภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อยู่แล้ว (ร้อยละ 11.4)

(รายละเอียดดังตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยโดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งของบุคลากรทางการแพทย์จากผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การเปิดบาดแผลให้กว้าง เมื่อถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ตำแหน่งที่ผิวหนัง (คำถามข้อที่ 2)		
ได้เปิดบาดแผลให้กว้าง	9	4.5
ไม่ได้เปิดบาดแผลให้กว้าง	186	92.1
ไม่ตอบ	7	3.5
รวม	202	100.0
การบีบเลือดออกเบาๆ เมื่อถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ตำแหน่งที่ผิวหนัง (คำถามข้อที่ 3)		
ได้บีบเลือดออกเบาๆ	149	73.8
ไม่ได้บีบเลือดออกเบาๆ	44	21.8
ไม่ตอบ	9	4.5
รวม	202	100.0
การชำระบาดแผลด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ เมื่อถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ตำแหน่งที่ผิวหนัง (คำถามข้อที่ 4)		
ได้ชำระบาดแผล	188	93.1
ไม่ได้ชำระบาดแผล	6	3.0
ไม่ตอบ	8	4.0
รวม	202	100.0
การล้างตาหรือปากทันที เมื่อถูกเลือดและ/หรือสารคัดหลั่งฯ กระเด็นเข้าตาหรือปาก (คำถามข้อที่ 5)		
ได้ล้างตาหรือปากทันที	158	78.2
ไม่ได้ล้างตาหรือปากทันที	7	3.5
ไม่ตอบ	37	18.3
รวม	202	100.0

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยโดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
การรายงานหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าเวรหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (คำถามข้อที่ 6)		
ได้รายงานหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าเวร	117	57.9
- ไม่ได้ระบุวิธี รายงาน	114	56.4
- รายงาน ด้วยวาจา	2	1.0
- แจ้งหัวหน้า เขียนรายงาน	1	0.5
ไม่ได้รายงานหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าเวร	85	42.1
รวม	202	100.0
การตรวจเลือดของผู้ป่วยและตนเอง หลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (คำถามข้อที่ 7)		
ได้ตรวจเลือดผู้ป่วยและตนเอง		
- ได้ ไม่ได้ระบุหน่วยงานที่ส่งเลือดตรวจ	91	45.0
- ได้ ในเวลาราชการที่ตึกพยาธิ	9	4.5
- ได้ นอกเวลาราชการที่ตึกพยาธิ	3	1.5
ไม่ได้ตรวจเลือดผู้ป่วยและตนเอง	98	48.5
ไม่ตอบ	1	0.5
รวม	202	100.0
การให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอม ก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยตรวจหาเชื้อไวรัส HIV (คำถามข้อที่ 8)		
ได้ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมก่อนเจาะเลือด	118	58.4
ไม่ได้ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมก่อนเจาะเลือด	82	40.6
- ไม่ได้ระบุเหตุผล	2	1.0
รวม	202	100.0

ตารางที่ 4.15(ต่อ) จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยโดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาต่อ หลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (คำถามข้อที่ 9)		
ได้รับการรักษาต่อ		
- ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาต่อ	8	4.0
- ขอรับยาต้านไวรัส HIV ที่ตีทอายุรกรรมชาย	27	13.4
- ขอรับยาต้านไวรัส HIV และฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	3	1.5
- ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก	2	1.0
ไม่ได้รับการรักษาต่อ		
- ไม่ได้รักษาต่อ ไม่ได้ระบุเหตุผล	156	77.2
- เนื่องจากผลเลือดผู้ป่วยปกติ	4	2.0
- เนื่องจากคิดว่าไม่รุนแรง	1	0.5
- เนื่องจากมีภาระงานมาก	1	0.5
รวม	202	100.0
การรักษาต่อ เมื่อผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัส HIV ของผู้ป่วย ได้ผลบวก (คำถามข้อที่ 10)		
ได้รับการรักษาต่อ		
- ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาต่อ	28	13.9
- ที่คลินิกให้คำปรึกษา	41	20.3
- ขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV และติดตามตรวจเลือดซ้ำ	1	0.5
ไม่ได้รับการรักษาต่อ		
- ไม่ได้ระบุเหตุผล	129	63.9
- เนื่องจากคิดว่าไม่รุนแรง	1	0.5
- เนื่องจากคิดว่ายาไม่ทำให้หายได้	1	0.5
ไม่ตอบ	1	0.5
รวม	202	100.0

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยโดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
การขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV เมื่อผลตรวจเลือดหาเชื้อไวรัส HIV ของ ผู้ป่วย ได้ผลบวก (คำถามข้อที่ 11)		
ได้ขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV		
- ไม่ได้ระบุวิธีการขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV	26	12.9
- ที่คลินิกให้คำปรึกษา	33	16.3
- ที่ตึกอายุรกรรมชาย	4	2.0
- รายงานหน.เวรและผู้ตรวจการเพื่อขอรับยาต้านเชื้อ ไวรัส HIV	1	0.5
ไม่ได้ขอรับยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี		
- ไม่ได้ระบุสาเหตุ	137	67.8
ไม่ตอบ	1	0.5
รวม	202	100.0
การบันทึกข้อมูลลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ, การรักษา, ผลการตรวจเลือดไว้ เป็นหลักฐาน หลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (คำถามข้อ ที่ 12)		
ได้บันทึก		
- โดยไม่ได้ระบุวิธีการบันทึก	97	48.0
- ได้บันทึกเหตุการณ์ วันและเวลา	1	0.5
- ได้บันทึกตามแบบฟอร์มของ รพ.	1	0.5
ไม่ได้บันทึก	102	50.5
ไม่ตอบ	1	0.5
รวม	202	100.0
การติดตามตรวจเลือดซ้ำ หลังจากการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ครั้งแรกแล้ว (คำถามข้อที่ 13)		
ได้มีการติดตามตรวจเลือดซ้ำ	79	39.1
ไม่ได้มีการติดตามตรวจเลือดซ้ำ	118	58.4
ไม่ตอบ	5	2.5
รวม	202	100.0

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยโดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ารแพทย์ของบุคลากรทางก	จำนวน	ร้อยละ
การจ่ายค่าตรวจเลือด หลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (คำถามข้อที่ 14)		
ได้จ่ายค่าตรวจเลือดเอง	13	6.4
ไม่ได้จ่ายค่าตรวจเลือดเอง		
- ไม่ได้ระบุเหตุผล	187	92.6
- เนื่องจากตามสิทธิการรักษา	1	0.5
ไม่ตอบ	1	0.5
รวม	202	100.0
การไม่บริจาคเลือด, อวัยวะต่างๆ, และการมีเพศสัมพันธ์โดยมีการป้องกัน ในช่วงการติดตามผลเลือด ใน 3 และ 6 เดือน (คำถามข้อที่ 15)		
- ได้	8	4.0
- ไม่ได้	190	94.1
ไม่ตอบ	4	2.0
รวม	202	100.0
การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในช่วงการติดตามผลเลือด ใน 3 และ 6 เดือน (คำถามข้อที่ 16)		
- ได้	6	3.0
- ไม่ได้	192	95.0
ไม่ตอบ	4	2.0
รวม	202	100.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ โดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง จากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาต่อ เมื่อผลการตรวจเลือดไวรัสตับอักเสบบี หรือ ไวรัส ตับอักเสบบีของผู้ป่วยได้ผลบวก (คำถามข้อที่ 17)		
ได้รับการรักษาต่อ		
- ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาต่อ	46	22.8
- รักษาต่อ ที่คลินิกให้คำปรึกษา	6	3.0
- รักษาต่อ ที่ห้องตรวจอายุรกรรม	1	0.5
- รักษาต่อ โดยฉีดวัคซีนและตรวจติดตามการติดเชื้อ	1	0.5
ไม่ได้รักษาต่อ		
- ไม่ได้ระบุเหตุผล	121	59.9
- ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีแล้ว	23	11.4
- ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง ไม่ได้ติดตามผลเลือดตนเอง	1	0.5
ไม่ตอบ	3	1.5
รวม	202	100.0

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งฯ โดยประเมินตามเกณฑ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ, 2550)^[52] ดังนี้

- ระดับดี คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 75.1 ถึง 100.0
- ระดับปานกลาง คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 50.1 ถึง 75.0
- ระดับต้องปรับปรุง คือ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50.0

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยประเมินตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น พบว่า โดยภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับดี คิดเป็นร้อยละ 27.2 และ 24.3 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามระดับคะแนน โดยรวม

ระดับคะแนนการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	98	48.5
ปานกลาง	55	27.2
ดี	49	24.3
รวม	202	100.0

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยจำแนกตามตำแหน่งงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อยู่ในระดับต้องปรับปรุง และตำแหน่งงานที่ต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ พนักงานช่วยการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาคือ พนักงานทั่วไป (ร้อยละ 64.7), แพทย์ และทันตแพทย์ (ร้อยละ 50.0 เท่ากัน), พยาบาล (ร้อยละ 43.7) และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (ร้อยละ 42.9) (รายละเอียดดังตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำแนกตามตำแหน่งงาน โดยรวม

การปฏิบัติตามแนวทาง	ระดับคะแนนการปฏิบัติ			
	ต้องปรับปรุง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ดี จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
1. แพทย์	14 (50.0)	8 (28.6)	6 (21.4)	28 (100.0)
2. พยาบาล	55 (43.7)	38 (30.2)	33 (26.2)	126 (100.0)
3. ทันตแพทย์	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	3 (42.9)	-	4 (57.1)	7 (100.0)
5. พนักงานช่วยการพยาบาล	13 (65.0)	2 (10.0)	5 (25.0)	20 (100.0)
6. พนักงานทั่วไป	11 (64.7)	6 (35.3)	-	17 (100.0)
รวม	98 (48.5)	55 (27.2)	49 (24.3)	202 (100.0)

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 3 : ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มี โอกาสสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

การพิจารณาความสอดคล้องและความแตกต่างนั้นพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ นำเสนอในวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยได้นำคะแนนจากการตอบคำถามในวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 มา พิจารณาความสอดคล้องและความแตกต่างของการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการ สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยนำคะแนนการปฏิบัติมาหาค่า ร้อยละ แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์การประเมินการปฏิบัติของ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดย ความสอดคล้อง หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ อยู่ในระดับปานกลาง ถึง ระดับดี โดยมีคะแนนการปฏิบัติ ระหว่าง ร้อยละ 50.1 ถึง 75.0 และ/หรือ ระหว่าง ร้อยละ 75.1 ถึง 100.0 ส่วนความแตกต่าง หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ อยู่ในระดับต้อง ปรับปรุง โดยมีคะแนนการปฏิบัติ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50.0

1. ส่วนที่ 1 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติ ก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้าน สุขอนามัยและสุขาภิบาล โดยภาพรวม พบว่า

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า ร้อยละ 34.5 และ 34.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ สอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ในระดับดี และระดับปานกลาง ตามลำดับ และ ร้อยละ 31.3 มีการปฏิบัติที่แตกต่างกับแนวทางด้านนี้

ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า ร้อยละ 46.3 ของกลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติที่แตกต่างจากแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ และร้อยละ 31.7 และ 21.9 มีการ ปฏิบัติสอดคล้องในระดับดี และระดับปานกลาง ตามลำดับ

ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล พบว่า ร้อยละ 69.6 และ 18.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีการ ปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดไว้ในระดับดีและระดับปานกลาง ตามลำดับ และร้อยละ 11.9 มีการปฏิบัติที่แตกต่างกับแนวทางด้านนี้

โดยสรุปตามหลักการของ Universal precaution ได้ให้ความสำคัญในการป้องกัน อุบัติเหตุมากที่สุด เนื่องจากบุคลากรไม่สามารถที่จะวินิจฉัยได้ก่อนล่วงหน้าว่าผู้ป่วยรายใด มี การติดเชื้อไวรัส HIV หรือไวรัสอื่น ๆ หรือไม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว บุคลากรจึง จำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อกับผู้ป่วยทุกราย และต้องมีความตระหนักถึง

ความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย อยู่เสมอ จึงต้องทำงานด้วยความระมัดระวังป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ประกอบกับปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัส HIV ได้เลยแม้แต่จะได้รับการฉีดวัคซีนเชื้อไวรัส HIV อย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ดังนั้นการป้องกันอุบัติเหตุจึงเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (รายละเอียดดังตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งฯ กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์

ความสอดคล้องและความแตกต่าง	ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน (%)	ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน	ด้านสุขอนามัยและ
		อันตรายส่วนบุคคล จำนวน (%)	สุขาภิบาล จำนวน (%)
สอดคล้องระดับดี	151 (34.5)	139 (31.7)	305 (69.6)
สอดคล้องปานกลาง	150 (34.2)	96 (21.9)	81 (18.5)
แตกต่างต้องปรับปรุง	137 (31.3)	203 (46.3)	52 (11.9)
รวม	438 (100)	438 (100)	438 (100)

2. ส่วนที่ 2 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์
- ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่แตกต่างต้องปรับปรุงกับแนวทางการปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาคือ การปฏิบัติที่สอดคล้องในระดับปานกลาง และการปฏิบัติที่สอดคล้องในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 27.2 และ 24.3 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งฯ กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์

ความสอดคล้องและความแตกต่าง	การปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์	
	จำนวน (%)	
สอดคล้องระดับดี	49 (24.3)	
สอดคล้องปานกลาง	55 (27.2)	
แตกต่างต้องปรับปรุง	98 (48.5)	
รวม	202 (100.0)	

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาถึงระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 3 ข้อ คือ

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กลุ่มตัวอย่างในวัตถุประสงค์ที่ 1 คือ คณะกรรมการบริหารที่เกี่ยวข้องจาก 4 หน่วยงานหลัก โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง รวม 40 คน และผู้บริหาร ที่เป็นตัวแทนจากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง 4 หน่วยงาน ซึ่งได้แก่ หน่วยงานบริหารความเสี่ยง หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อ หน่วยงานอาชีวอนามัย และคลินิกให้คำปรึกษา รวม 4 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มตัวอย่างในวัตถุประสงค์ที่ 2 คือ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จาก 11 หน่วยงาน ได้แก่ กองสูตินรีเวชกรรม, กองศัลยกรรม, กองอายุรกรรม, กองกุมารเวชกรรม, กองจักษุกรรม, กองโสต ศอ นาสิก, กองทันตกรรม, กองพยาธิวิทยา, กองการพยาบาล, ห้องตรวจโรคฉุกเฉินและหมวดซักฟอก จำนวนทั้งสิ้น 500 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนกันยายน 2550 – ธันวาคม 2550 ตอบกลับ 438 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับของแบบสอบถาม ร้อยละ 87.6 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปด้วย

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามีการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติของกองทัพเรือกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานบริการสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา^[24] ดังนี้

มีการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงดังกล่าวไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนภายใต้ต้นนโยบายของโรงพยาบาลด้านการจัดการความเสี่ยง, มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีการประกาศนโยบายและ/หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยให้กับบุคลากรทราบโดยวิธี ได้แก่ เชิญหัวหน้าหน่วยงานรับทราบถึงนโยบายดังกล่าว การแจ้งเป็นหนังสือเวียนและเซ็นชื่อรับทราบทุกหน่วยงาน และการประกาศเสียงตามสาย, มีการทบทวนนโยบายและ/หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนทุก 1 ปี การทบทวนทุก 6 เดือน และการทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือเมื่อมีการประชุมคณะทำงานควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse) ทุก 2 เดือน

มีการสร้างตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านดังกล่าว ได้แก่ อัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย อัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยและอัตราการเข้ารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาภายหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, การกำหนดเป้าหมายคือ การลดอัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, การลดอัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และการไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำของเหตุการณ์รุนแรง

การกำหนดกิจกรรมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีการจัดทำเอกสารความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีระบบการรายงานอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยการติดตาม

การเจาะเลือดซ้ำและภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่คลินิกให้คำปรึกษา 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นอย่างน้อย

มีการประเมินผลการดำเนินงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย จากอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ทุกเดือนต้องไม่เกิน 2-3 ราย/เดือน, มีกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดแก่บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีการตรวจเย็บพื้นที่เกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

มีเอกสารรายงานการประชุมด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, การรายงานสถิติการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีแผนงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และมีเอกสารเกี่ยวกับโครงการ/กิจกรรมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, มีแนวทางทางการปฏิบัติก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อโรคเอดส์ โดยการให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมก่อนเจาะเลือด

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลไม่มีการตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี นอกเวลาราชการหรือตลอด 24 ชั่วโมง แต่โรงพยาบาลได้มี HBIG (Hepatitis B Immune Globulin) เตรียมพร้อมไว้ที่ห้องยาในเวลาราชการและห้องยานอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อที่จะให้การดูแลรักษาบุคลากรที่สัมผัสเชื้อได้ในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงได้ทันทั่วถึง

2. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามีการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ดังนี้

1.1 แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ทั้ง 3

ด้าน คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล สรุปผลดังนี้

- ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับดี
- ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง
- ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับดี

2.2 แนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

3. การปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่สอดคล้องและแตกต่างกับแนวทางการปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ สรุปได้ดังนี้

3.1 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล สรุปผลดังนี้

- ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ในระดับดี (ร้อยละ 34.5) และแนวทางที่บุคลากรปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การทิ้งใบมีด หรือหัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็งทุกครั้ง (ร้อยละ 96.3)
- ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่แตกต่างจากแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ (ร้อยละ 46.3) และแนวทางที่บุคลากรปฏิบัติแตกต่างกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการทำแผลอุบัติเหตุ (ร้อยละ 46.4)
- ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ในระดับดี (ร้อยละ 69.6) และแนวทางที่บุคลากรปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ เมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ล้างมือทันทีที่สัมผัส (ร้อยละ 98.1)

3.2 ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่แตกต่างต้องปรับปรุงกับแนวทางการปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ (ร้อยละ 48.5) และแนวทางที่บุคลากรปฏิบัติที่แตกต่างต้องปรับปรุงกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การไม่ได้รักษาต่อหลังจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 80.2)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

เนื่องจากที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามาก่อน อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามจากบุคลากรที่มากกว่าร้อยละ 85 ในงานวิจัยนี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกับการปฏิบัติของบุคลากร ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1.1 การดำเนินงาน

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร, การตอบแบบสอบถามของคณะกรรมการบริหาร, การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและการตอบแบบสอบถามของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าได้กำหนดนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนเพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์น้อยที่สุด ซึ่งได้มอบหมายให้ 4 หน่วยงานหลัก คือ หน่วยงานบริหารความเสี่ยง, หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อ, หน่วยงานอาชีวอนามัย และคลินิกให้คำปรึกษา ร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อย่างเคร่งครัด และในการนำนโยบายและแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวไปสู่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานนั้น โรงพยาบาลมีวิธีการดำเนินการดังนี้

- 1) ได้กำหนดให้มีตัวแทนของทุกหน่วยงานทั้ง 4 ด้าน คือ ตัวแทนบริหารความเสี่ยงของหน่วย 1 คน, ตัวแทนควบคุมการติดเชื้อของหน่วย 1 คน, ตัวแทนอาชีวอนามัยของหน่วย 1 คน และคลินิกให้คำปรึกษาของหน่วย 1 คน
- 2) ได้มอบหมายให้ตัวแทนของแต่ละหน่วยงานนำนโยบายและแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวไปสู่บุคลากรในหน่วยงานของตนเอง และเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงานของตนเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับไปสู่โรงพยาบาล

- 3) ได้นำนโยบายและแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวบรรจุไว้ใน คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (RF-IC-05) โดยจัดให้มีทุกหน่วยงาน

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นโยบายและแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มีความครอบคลุมบุคลากรทุกคนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เนื่องจากการมีตัวแทนจาก 4 หน่วยงานหลัก นำนโยบายและแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวไปสู่บุคลากรผู้ปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม แต่อย่างไรก็ตามตัวแทนเหล่านั้นต้องควบคุมและดูแลงานความเสี่ยงในด้านอื่นๆอีกเป็นจำนวนมาก จึงอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมและประเมินให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นภายในหน่วยงานเองควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบหลักหรือผู้จัดการความเสี่ยงที่ทำหน้าที่ควบคุมและดูแลให้ครบตามจำนวนความเสี่ยงในทุกด้าน และควรมีการกำหนดแผนการปฏิบัติที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างทั่วถึงครอบคลุม และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า นโยบายและแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย นี้มีการปฏิบัติที่ยั่งยืน เนื่องจากเป็นแนวทางที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าได้กำหนดตามแนวทางการปฏิบัติของกองทัพอากาศ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา^[24] ซึ่งเป็นมาตรฐานของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย จากการใช้บริการทางการแพทย์ในระดับโลก และประกอบกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย นี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

มีเพียงร้อยละ 5 ของคณะกรรมการบริหารที่ศึกษาทราบว่าโรงพยาบาลมีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งในการปฏิบัติจริงนั้นโรงพยาบาลได้จัดให้มีการตรวจไวรัสตับอักเสบบีหรือซีได้เพียงในเวลาราชการเท่านั้น ส่วนนอกเวลาราชการโรงพยาบาลยังไม่ได้จัดให้มีการตรวจดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากเศรษฐกิจของโรงพยาบาล, นโยบายของผู้บริหาร, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือซี และความรู้ด้าน

การป้องกันของคณะกรรมการบริหารที่ดำเนินงาน อย่างไรก็ตามทางโรงพยาบาล ได้มี HBIG (Hepatitis B Immune Globulin) เตรียมพร้อมไว้ที่ห้องยาในและนอก ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อที่จะให้การดูแลรักษาบุคลากรที่สัมผัสเชื้อได้ทันทั่วทั้งใน เวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าคณะกรรมการบริหารรับทราบข้อมูล ที่ไม่ตรงกันทำให้มีการสื่อสารข้อมูลคลาดเคลื่อนซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้ บุคลากร ร้อยละ 71.8 ไม่ได้รักษาต่อเมื่อผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซีของผู้ป่วยได้ผลบวกโดยระบุเหตุผลว่า มีภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ แล้ว (ร้อยละ 11.4) ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการประชุมคณะกรรมการบริหารจาก 4 หน่วยงานหลัก เพื่อชี้แจงและหาแนวทางร่วมกันในเรื่องความเหมาะสมและความ คุ่มค่าที่โรงพยาบาลควรมีการตรวจไวรัสตับอักเสบบีหรือซี ตลอด 24 ชั่วโมง หรือไม่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารพบว่ามีตัวแทนผู้บริหารจาก 4 หน่วยงานหลัก 1 คนที่ให้ข้อมูลว่าการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้ สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ยังมีแนวทางไม่ชัดเจนและยังไม่ได้มี การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเพียงการดูแลเบื้องต้นเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากใน การดำเนินการด้านการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรนั้น เป็นเพียงการ ปฏิบัติของคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นหน่วยการรักษาอยู่แล้ว ซึ่งดำเนินการเมื่อ บุคลากรมาขอรับบริการด้วยตนเองเท่านั้น ได้แก่ การติดตามการเจาะเลือดซ้ำ การ ดูแลสุขภาพสภาพด้านอื่นร่วมด้วย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านให้เป็นผู้ดูแล ต่อ และมีการตรวจสุขภาพประจำปี แต่โรงพยาบาลยังไม่มีกำหนดแนวที่ ชัดเจน จึงอาจทำให้ผู้บริหารเข้าใจไม่ตรงกันได้ ดังนั้นโรงพยาบาลควรให้ ความสำคัญ และหาแนวทางในการกระตุ้นให้บุคลากรตระหนัก และเห็น ความสำคัญในการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง, ควรกำหนดแนวทางการ ตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรให้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน, ควรมี การเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง และค้นหาผู้ได้รับเชื้อ เพื่อให้การรักษา และลดโอกาสแพร่กระจายเชื้อ^[37]

นอกจากนี้ยังพบว่า มี 1 ใน 4 ตัวแทนผู้บริหารให้ข้อมูลว่าบุคลากรอาจจะ ไม่ได้รับการอบรมครบทุกคน และยังไม่มีมีการสำรวจในเรื่องการป้องกัน การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจากการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลยังไม่เคยมีการประเมินหรือตรวจสอบว่ายังมีบุคลากรที่ไม่เคยได้รับ

การอบรมในด้านดังกล่าวนี้จำนวนมายน้อยเพียงใด ดังนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงของบุคลากรจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงควรริบดำเนินการประเมินบุคลากรที่ยังไม่เคยได้รับการอบรมและจัดอบรมความรู้ในด้านดังกล่าวให้แก่บุคลากร

จากการทบทวนเอกสารการประชุม พบว่า มีรายงานการประชุมด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน โดยเป็นการประชุมร่วมกันของ 4 หน่วยงานหลักดังกล่าวและจะมีการประชุมวาระพิเศษในกรณีที่มีปัญหาหรือมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ มากกว่า 2-3 ราย/เดือน และในกรณีที่มีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ แนวทางการรับยาต้านไวรัสเอดส์และแนวทางการป้องกันการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยจะประชุม 1 ครั้ง/ปี ซึ่งการประชุมร่วมกันของ 4 หน่วยงานหลักดังกล่าวนี้เป็นการประชุมเพียงระหว่างหัวหน้าหรือตัวแทนเท่านั้น ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องทุกคนเข้าร่วมประชุมด้วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คณะกรรมการมีความเข้าใจในข้อสรุปของนโยบายและแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ไม่ตรงกันได้ ดังนั้นโรงพยาบาลควรจัดให้มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยการให้คณะกรรมการบริหารและตัวแทนของบุคลากรจากทุกหน่วยงานได้ประชุมร่วมกัน โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน ปัญหาที่พบ และแนวทางการแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในการปฏิบัติมากขึ้น และควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ได้ในระดับที่ดีขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

และจากการทบทวนเอกสารการปฏิบัติงานพบว่า มีเอกสารเกี่ยวกับแผนงานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ แผนการจัดการแหล่งที่สัมผัส, แผนการรายงานการสัมผัส, แผนการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ, แผนการให้คำปรึกษา, แผนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล, และแผนการติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย แผนงานที่มีการปฏิบัติจริงตามที่กำหนด ได้แก่ แผนการจัดการแหล่งที่สัมผัส, แผนการรายงานการสัมผัส, แผนการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ, แผนการให้คำปรึกษา ส่วนแผนการ

ติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เป็นเพียงการนัดมาตรวจติดตามผลเลือดและการให้คำแนะนำหากบุคลากรมีปัญหา แต่ยังไม่มีการติดตามหรือกระตุ้นบุคลากรให้มีการรายงานภาวะสุขภาพของตนเองเป็นระยะๆจนกว่าจะพ้นระยะพักตัวของเชื้อ ส่วนแผนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลยังไม่มีการควบคุมและตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากหัวหน้าแผนกของแต่ละหน่วยงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากหัวหน้าแผนกคิดว่า การติดตามภาวะสุขภาพและการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายนั้นเป็นความตระหนักด้านความปลอดภัยส่วนบุคคล

ดังนั้นโรงพยาบาลควรกำหนดแผนการติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่มีเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรสนใจและเห็นความสำคัญที่จะมาตรวจติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง และกำหนดแผนการประเมินการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดยให้หัวหน้าแผนกของแต่ละหน่วยงานเป็นผู้ควบคุมการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรอย่างเคร่งครัดเป็นระยะ และควรมีการรายงานผลการปฏิบัติของบุคลากรเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับไปสู่โรงพยาบาลด้วย

1.2 ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ สรุปได้ดังนี้

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่คล่องตัวครบ 100%, ได้รับข้อมูลและข่าวสารที่ไม่ตรงกัน, ขาดวินัย ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองและขาดความตระหนักด้านการป้องกันอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงาน, ภาระงานที่มากเกินไปทำให้เกิดการอ่อนล้าจนเกิดการทำงานที่ผิดพลาด, ความไม่เพียงพอไม่พร้อมและไม่เหมาะสมของเครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงาน, การให้ความรู้เรื่องการป้องกันและการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ยังไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกคน, การได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบียังไม่ครอบคลุมบุคลากรผู้ปฏิบัติทุกคน, ขาดการรณรงค์ ขาดการส่งเสริม และขาดการสร้างความตระหนักในเรื่องความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันอันตรายส่วนบุคคลการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและความจริงจังในการดำเนินการแก้ไขเพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

1.3 ความสำเร็จ

จากผลการศึกษา พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติก่อนสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 69.6 และ 34.5 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มีความสอดคล้องระหว่างระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติของบุคลากรในด้านดังกล่าว และยังเป็น การแสดงถึงความสำเร็จของโรงพยาบาล ในการสนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นที่ช่วยลดความเสี่ยง ในขณะที่ปฏิบัติงานรวมถึงการดูแลบุคลากรให้มีสุขอนามัยที่ดี มีการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราอุบัติการณ์และลดความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้ อย่างไรก็ตามอัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในการศึกษา (556.4 ครั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ 1,000 คนต่อปี) สูงกว่าเป้าหมายที่โรงพยาบาล กำหนดไว้มาก (5 ครั้งต่อบุคลากร 1,000 คนต่อปี) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีข้อจำกัดของระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรายงานการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมทุกลักษณะการสัมผัส จึงทำให้อัตราอุบัติการณ์ดังกล่าวในการศึกษานี้สูงกว่าเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มาก ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการกำหนดการรายงานการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทุกลักษณะการสัมผัส นอกจากนี้ควรมีการรณรงค์และสร้างความตระหนักให้บุคลากรคำนึงถึงอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานมากกว่านี้ ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความสอดคล้องด้านการป้องกันอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น ใน Universal Precaution ได้ให้เจ้าหน้าที่ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมากกว่าด้านอื่นๆ

1.4 โอกาสในการพัฒนา

จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรยังมีการปฏิบัติที่แตกต่างกับแนวทางการปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ร้อยละ 46.3) ในแนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/

หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 48.5) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การนำนโยบายด้านดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลนั้นอาจมีจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงหรือพัฒนา โอกาสในการพัฒนาการปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ สามารถทำได้โดยหาวิธีการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการเพิ่มพูนความรู้และเน้นความตระหนัก โรงพยาบาลอาจจัดการประชุมกลุ่มย่อยภายในของแต่ละหน่วยงาน โดยเชิญบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมอภิปราย ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้มาซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหา และพัฒนาที่ดีขึ้นเป็นประจำ การมอบหมายให้แต่ละหน่วยงานมีบทบาทในการวางแผนจัดการให้เข้าบริบทภายในหน่วยงานของตนเองแต่ต้องอยู่ภายใต้กรอบนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น รวมถึงการให้แรงเสริม เช่น การชมเชยให้รางวัล การติดบอร์ดชื่นชมบุคคลผู้เป็นแบบอย่างการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างเหมาะสมและถูกต้อง เป็นต้น^[39] นอกจากนี้โรงพยาบาลควรต้องมีการกำหนดแนวทางการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรในด้านดังกล่าว กำหนดผู้ประเมินภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

1.5 ความต้องการการสนับสนุน

แม้โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าจะมีงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานในด้านนี้ ซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากรายรับของโรงพยาบาล จากกองทัพเรือ และจากกระทรวงสาธารณสุข แต่โรงพยาบาลยังต้องการการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ วิทยากรในการบรรยายให้ความรู้ การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และพร้อมที่จะพัฒนาการดำเนินการในด้านนี้ให้ดีขึ้นและยั่งยืน

2. การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์

จากผลการศึกษาคือการตอบแบบสอบถามของบุคลากรทางการแพทย์พบว่า มีบุคลากรที่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 35.6) ทั้งนี้อาจเนื่องจากหน่วยควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลได้จัดให้มีการอบรมเรื่องดังกล่าวปีละ 1 ครั้ง แก่บุคลากรใหม่เท่านั้น และการอบรม ในด้านนี้ยังไม่ได้เป็นกฎข้อบังคับของโรงพยาบาลว่าบุคลากรทุกคนต้องได้รับการอบรมก่อนปฏิบัติงานจริง รวมถึงยังไม่มีแนวทางการประเมินความรู้ด้านการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากร ปัจจัยดังกล่าวจึงอาจทำให้เกิดครึ่งหนึ่งของบุคลากรมีการปฏิบัติในด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในระดับที่ต้องปรับปรุง

ดังนั้นโรงพยาบาลควรจัดให้มีการสำรวจจำนวนบุคลากรทั้งเก่าและใหม่ ว่าเคยได้รับการอบรมในด้านดังกล่าวแล้วหรือไม่ และจัดทำแผนการให้ความรู้แก่บุคลากรทั้งเก่าและใหม่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้แบบกลุ่มย่อยจะสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และการปฏิบัติที่ดีขึ้น หรือการจัดทำและเผยแพร่เอกสาร แผ่นพับต่างๆ โปสเตอร์ วิทยุทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นแหล่งข้อมูลความรู้ที่บุคลากรสามารถค้นคว้าได้อย่างสะดวก และเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย^[50]

นอกจากนี้ยังพบว่า มีบุคลากรที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 37.0) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการดำเนินงานการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีสำหรับบุคลากรมีเป็นบางครั้งคราวตามความตระหนักของผู้บริหาร หรือตามข้อกำหนดของการดำเนินงานระบบคุณภาพต่างๆซึ่งอาจจะส่งผลต่ออัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีของบุคลากร^[37] ดังนั้นควรมีมาตรการป้องกันก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยการตรวจเลือดบุคลากรก่อนทำงานเพื่อฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้กับบุคลากรทุกรายที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2.2 การปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล สรุปผลดังนี้

2.2.1 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่ากลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า บุคลากรส่วนใหญ่ตระหนักดีว่าการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ และเชื้ออื่นๆอีกหลายชนิด การผ่านการอบรมความรู้ด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย การได้รับข่าวสารความรู้ทางวิชาการที่ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลาโดยเฉพาะการรับรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี หรือซี จากการให้บริการทางการแพทย์ เหตุดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้บุคลากรมีการปฏิบัติด้านการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ดังนั้นหน่วยงานควรมีการเพิ่มแรงเสริม เช่น การชมเชย การให้รางวัล การประกาศเชิดชูเกียรติเพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้นและยั่งยืนต่อไป

2.2.2 ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน หรืออาจเกิดจากอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลมีไม่เพียงพอ ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของ สิริวรรณ ปิยะกุลดำรง^[48] ที่ศึกษาการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอดมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในระดับต่ำ กล่าวคือ มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตามหลักการ ร้อยละ 60.3 เหตุผลที่บุคลากรไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล คือ งานรีบเร่งใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไม่ทัน ใส่แล้วปฏิบัติงานไม่สะดวก ไม่สุขสบาย อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลมีไม่เพียงพอ และคิดว่าบางกิจกรรมไม่ต้องใช้ ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจในการทำงานของบุคลากร ผู้บริหารควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ที่เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงานที่ชัดเจนและสะดวกที่จะปฏิบัติ

2.2.3 ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล พบว่ากลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเรื่องสุขอนามัยและความสะอาด

ส่วนบุคคลเป็นเรื่องใกล้ตัวของบุคลากรเอง จึงสามารถปฏิบัติตามแนวท...
 โรงพยาบาลกำหนดไว้ได้ง่ายโดยยึดหลักความสะอาดส่วนบุคคล^[39] แต่
 อย่างไรก็ตามยังพบว่า แพทย์มีการปฏิบัติในด้านนี้ค่อนข้างต่ำกว่าอาชีพอื่น
 ซึ่งได้แก่ การไม่แปรงคราบเลือดของผู้ป่วยที่ติดกับผ้าแต่เช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ
 ก่อนส่งซักซึ่งมีการปฏิบัติต่ำสุด (ร้อยละ 57.7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ใน
 กิจกรรมดังกล่าวเป็นหน้าที่ของพนักงานทั่วไปคือ พนักงานซักฟอก จึงอาจทำ
 ให้แพทย์ส่วนใหญ่ตอบไม่ได้ปฏิบัติ และอาจเนื่องจากแพทย์ผู้ปฏิบัติส่วน
 ใหญ่มีภาระงานที่มาก จึงทำให้การสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับนโยบายและ
 แนวทางการปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้เป็นไปอย่างลำบาก ประกอบกับ
 แพทย์ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจึงมั่นใจว่าสิ่งที่ตนปฏิบัตินั้น
 ถูกต้องแล้ว รวมทั้งแพทย์มาจากหลายสถาบันจึงมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน
 นอกจากนี้โรงพยาบาลยังไม่เคยมีการประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน
 การติดเชื้อก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของ
 แพทย์มาก่อน ดังนั้นองค์กรแพทย์ควรมีการสร้างตระหนักรู้เกี่ยวกับการ
 ป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง จัดทำ
 เอกสารความรู้เรื่องดังกล่าวเช่น แผ่นพับ, การแทรกความรู้ในด้านนี้ไว้ใน
 ข่าวสารทางการแพทย์ของโรงพยาบาล, การจัดกิจกรรมเพื่อรณรงค์เป็น
 ระยะเวลาๆ และควรมีการประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อก่อน
 และหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของแพทย์จาก
 องค์กรแพทย์

2.3 การปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า อัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัด
 หลั่งจากผู้ป่วย ที่พบในงานวิจัยนี้คือ 55.6 ครั้ง 100 คนต่อปี ซึ่งมีค่าต่ำกว่าการศึกษา
 ของ อมรรรัตน์ ดันติพิทยพงศ์^[36] ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าอัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
 เฉลี่ย 157.8 ครั้งต่อ 100 คน ต่อปี แต่อย่างไรก็ตามอัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือด
 และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้ สูงกว่าอัตราอุบัติการณ์การสัมผัส
 เลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้คือ 5 ครั้งต่อบุคลากร
 1,000 คนต่อ 1 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นบุคลากร
 ทางแพทย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้
 ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรมีนโยบายในการจัดการอบรม

ทั้งผู้ที่รับเข้าทำงานใหม่และการอบรมทบทวนแก่ผู้ปฏิบัติงานอยู่เดิมให้มีความรู้เกี่ยวกับหลักการของ Standard precaution อย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรเป็นระยะๆ นอกจากนี้อัตราอุบัติการณ์ที่ค่อนข้างสูงนั้นอาจเนื่องมาจากความล่าเอียงที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูลเพราะลักษณะคำถามเป็นการถามย้อนหลัง 5 ปี

เมื่อพิจารณาตามตำแหน่งงาน พบว่า พยาบาลมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย จำนวนสูงกว่าอาชีพอื่น (ร้อยละ 54.8) ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของ Jagger และคณะ^[35] พบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรที่ถูกเข็มทิ่มแทงบ่อยที่สุด (ร้อยละ 57) และพยาบาลมีโอกาสสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด และลักษณะงานมีโอกาสสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อมหากไม่ระมัดระวัง แต่ในส่วนพนักงานทั่วไปมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ต่ำสุดคือ ร้อยละ 23.0 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มพนักงานทั่วไปไม่ได้ทำงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามเพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรทุกระดับต่อการติดโรคที่ติดต่อได้ทางเลือด การให้ความรู้เรื่อง Standard precaution ในบุคลากรทุกระดับทั้งก่อนเข้าทำงานจริงและในระหว่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น^[36]

กลุ่มบุคลากรมีการรายงานการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 57.9 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ อมรรรัตน์ ต้นติพิพย์พงศ์^[36] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รายงานการสัมผัสเลือดประเภทถูกเข็มตำสูงที่สุดเป็นร้อยละ 78.8 ทั้งนี้อาจเนื่องจากในใบการรายงานการเกิดการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ของโรงพยาบาลไม่ได้ครอบคลุมกรณีการถูกเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย บนผิวหนังปกติ จึงอาจทำให้บุคลากรมีการรายงานค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง และอาจเนื่องจากการไม่มีระบบการเฝ้าระวังที่ดีทำให้พิสูจน์ได้ยากกว่าการคิดเชื่อนั้นเนื่องมาจากการทำงานหรือไม่ ซึ่งควรมีการปรับปรุงระบบการรายงานการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้ง่ายชัดเจน และไม่ยุ่งยากเวลาปฏิบัติจริง รวมถึงการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรถึงผลประโยชน์ของตนเองที่จะได้รับหลังการรายงานการสัมผัสเลือดขณะปฏิบัติงาน

การตรวจเลือดผู้ป่วยและบุคลากรหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย พบว่ากลุ่มบุคลากรได้ตรวจเลือดผู้ป่วยและตนเองเพียง ร้อยละ 45.0 ทั้งนี้การที่มีการขอตรวจเลือดผู้ป่วยและตนเองค่อนข้างน้อย อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มบุคลากรทราบผลเลือดของผู้ป่วยอยู่แล้ว เช่น ทราบว่าผลการตรวจเลือดของ

ผู้ป่วยว่าเป็น anti HIV negative จึงทำให้บุคลากรปฏิบัติงานโดยขาดความระมัดระวัง นอกจากนี้ กลุ่มบุคลากรที่ไม่ได้มีหน้าที่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น พนักงานช่วยการพยาบาล และพนักงานทั่วไปที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยซักฟอก และพนักงานทำความสะอาดพื้นแต่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในขั้นตอนของการเก็บเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้แล้วทั้งก่อนที่จะทิ้งในภาชนะบรรจุและหลังจากทิ้งแล้ว และการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย จากผ้าหรืออุปกรณ์/ภาชนะบรรจุที่ใช้แล้ว ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยที่จะขอเจาะเลือดได้ และในการจะขอตรวจเลือดผู้ป่วยและบุคลากรได้นั้นต้องมีการรายงานหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าเวรให้ทราบก่อน ปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุให้บุคลากรไม่ได้ขอตรวจเลือดผู้ป่วยและตนเอง ดังนั้นหน่วยงานควรมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (protocol) เป็นระยะ และควรมีหน่วยให้คำปรึกษา (counseling) ตลอด 24 ชั่วโมง แก่บุคลากร เพื่อให้คำปรึกษาหลังบุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ตลอดจนสามารถประเมินความเสี่ยงของบุคลากรได้^[7]

กลุ่มบุคลากรให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการตรวจเลือด ก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV เพียง ร้อยละ 58.4 ซึ่งการตรวจเลือดโดยไม่มีการเซ็นยินยอมอาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้ป่วย เกิดปัญหาการฟ้องร้องได้ ไม่ว่าจะในกรณียินยอมรับการตรวจเลือดหรือกรณีปฏิเสธการตรวจเลือด เพื่อเป็นการป้องกันการฟ้องร้องจากผู้ป่วย ควรให้ความรู้ด้านกฎหมายแก่บุคลากร เพื่อให้ทราบถึงข้อดีข้อเสียและข้อควรระวังในการขอเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV หลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย พบว่า กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการต่อคิดเป็นร้อยละ 77.2 ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของอมรรรัตน์ ดันติพิพย์พงศ์^[36] ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ไม่ได้รับการต่อ คิดเป็นร้อยละ 71.8 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการคิดที่ไม่รุนแรง ดังนั้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย น่าจะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรเข้ารับการรักษาต่อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มากขึ้น และควรมีคลินิกให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยประเมินระดับความรุนแรงของการติดเชื้อ และเพื่อให้ได้รับการรักษาทันภายใน 24 ชั่วโมง รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย จะช่วยให้บุคลากรปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและช่วยลดความวิตกกังวล

ในการศึกษานี้เมื่อผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัส HIV ของผู้ป่วยได้ผลบวก พบว่า กลุ่มบุคลากรไม่ได้รักษาต่อและไม่ได้ขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV คิดเป็นร้อยละ 64.5 และ 67.8 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการคิดว่ากินยาก็ไม่หาย ดังนั้นการอบรมและการให้ความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นของการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ความจำเป็นในการรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งโรคติดเชื้อบางโรคสามารถให้ยาป้องกันไม่ให้โรคดำเนินไปรวดเร็ว เช่น การให้ยา zidovudine แก่บุคลากรที่ถูกเข็มตำหรือสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่สงสัยว่าติดเชื้อไวรัส HIV หรือการให้ immunoglobulin แก่บุคลากรที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี^[7]

หลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้บันทึกข้อมูลลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ, การรักษา, ผลการตรวจเลือดไว้ เป็นหลักฐานคิดเป็นร้อยละ 50.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มาก หรืออาจเกิดจากแบบฟอร์มการบันทึกยากและต้องเขียนรายงานในบันทึกข้อความเอง ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของ เพลินพิศ พรหมมะลิ^[40] พบว่า บุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มีการบันทึกอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มีการบันทึกอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยให้เข้าใจง่าย และควรเป็นคำถามปลายปิด

กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้ติดตามตรวจเลือดซ้ำหลังจากเจาะเลือดตรวจเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV ครั้งแรกแล้ว (ร้อยละ 58.4) อาจเกิดจากบุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยละเลยไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง หรือระบบติดตามสุขภาพบุคลากรของโรงพยาบาลอาจยังไม่มี การดำเนินการอย่างต่อเนื่อง หรือการคิดว่าไม่รุนแรงและบุคลากรยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัส HIV ได้ดีพอ ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของ เพลินพิศ พรหมมะลิ^[40] พบว่า บุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มีเพียงร้อยละ 3.4 ที่มีการติดตามผลเลือด ดังนั้นการอบรมและการให้ความรู้เรื่อง โรคเอดส์ การแจกแผ่นพับ และการติดโปสเตอร์ความรู้เรื่องดังกล่าว น่าจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ลงได้

เมื่อพิจารณาการจ่ายค่าตรวจเลือดหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย พบว่า กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้จ่ายค่าตรวจเลือดเอง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 61.4 เมื่อพิจารณาตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้คือ โรงพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งแสดง

ให้เห็นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และควรแจ้งให้กับบุคลากรรับทราบโดยทั่วกัน

ในช่วงการติดตามผลเลือด 3 และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา คิดเป็นร้อยละ 95.0 รองลงมาคือ การไม่บริจาคเลือด, อวัยวะต่างๆ และการมีเพศสัมพันธ์โดยมีการป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 94.1 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในช่วงการติดตามผลเลือดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ครอบครัวและสังคมได้เป็นอย่างดี

เมื่อผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซีของผู้ป่วยได้ผลบวก กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ไม่ได้รักษาต่อ คิดเป็นร้อยละ 68.3 เนื่องจากการมีภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแล้ว ดังนั้นควรมีการทบทวนการอบรมและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซีจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย นอกจากนี้ควรแจ้งให้บุคลากรทราบถึงว่าโรงพยาบาลมี HBIG (hepatitis B immunoglobulin) เตรียมพร้อมไว้ที่ห้องยาในเวลาราชการและห้องยานอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อที่จะให้การดูแลรักษาบุคลากรที่สัมผัสเชื้อได้ในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ได้ทันทั่วทั้ง เมื่อพิจารณาการปฏิบัติของบุคลากรตามตำแหน่งงาน สรุปผลได้ดังนี้

1) แพทย์

พบว่า ปฏิบัติอยู่ในระดับดี คือด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล (ร้อยละ 57.7) แต่ยังไม่ปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ได้แก่ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ, ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 51.9, 53.8 และ 50.0 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีหลายสาขาและมีลักษณะงานที่แตกต่างกัน เช่น แพทย์ศัลยกรรมจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่แตกต่างกับรังสีแพทย์ และการปฏิบัติงานตามความเคยชิน ดังนั้นองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลจึงควรมีการอบรมและทบทวนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้แก่แพทย์ทั้งใหม่และเก่า รวมทั้งมีการประเมินการปฏิบัติของแพทย์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ

2) พยาบาล

พบว่า ปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล (ร้อยละ 49.6 และ 69.1 ตามลำดับ) แต่ยัง

ปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ได้แก่ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 47.8 และ 43.7 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด ลักษณะงานที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การเย็บแผล เป็นต้น ด้วยภาระงานที่มาก, การปฏิบัติงานตามความเคยชิน, การเกิดความสับสนระหว่างความรู้ใหม่ๆ ในการป้องกันการติดเชื้อ จนทำให้มีความรู้ในหลักการปฏิบัติในด้านนี้ไม่ชัดเจน^[50] ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรมีการอบรมและทบทวนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้แก่พยาบาลทั้งใหม่และเก่า, การปรับระบบการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใช้ safety syringe รวมทั้งมีการประเมินการปฏิบัติของพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ

3) ทันตแพทย์

พบว่า อาจเนื่องมาจากลักษณะการทำงานที่มีการกระเด็นจากเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้ง่าย เช่น การกรอฟัน จึงทำให้ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล (ร้อยละ 50.0 และ 87.5 ตามลำดับ) แต่ยังปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุงในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 50.0 เท่ากัน) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความไม่ตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการอบรมและทบทวนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้แก่ทันตแพทย์ทั้งใหม่และเก่า รวมทั้งมีการประเมินการปฏิบัติของทันตแพทย์อย่างต่อเนื่อง และการให้ข้อมูลย้อนกลับ

4) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

พบว่า ปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล, ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล และการปฏิบัติตามแนวทางหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 52.6, 84.2 และ 57.1 ตามลำดับ) แต่ยังปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (ร้อยละ 47.4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะงานที่ไม่

มีการพุ่งหรือกระเด็นจากเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย จึงอาจทำให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการขาดการระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรมีการอบรมและทบทวนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้แก่เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทั้งใหม่และเก่า รวมทั้งมีการประเมินการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ^[49] และการให้ข้อมูลย้อนกลับ

5) พนักงานช่วยการพยาบาล

พบว่า ปฏิบัติอยู่ในระดับดี คือ ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล (ร้อยละ 74.5) และปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (ร้อยละ 44.4) แต่ยังไม่ปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ได้แก่ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 43.6 และ 65.0 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานช่วยการพยาบาลของโรงพยาบาลไม่ได้จบการอบรมทางด้านการช่วยการพยาบาลโดยตรง แต่เป็นพนักงานที่จบการศึกษาเพียงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จึงควรจัดให้มีหลักสูตรการอบรมพนักงานช่วยการพยาบาลและมีพยาบาลพี่เลี้ยงประจำแต่ละแผนกที่คอยควบคุมการปฏิบัติงาน ให้คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อและประเมินการปฏิบัติของพนักงานช่วยการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

6) พนักงานทั่วไป

พบว่า ปฏิบัติอยู่ในระดับดี คือ ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล (ร้อยละ 70.3) แต่ยังไม่ปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ได้แก่ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ, ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 58.1, 45.9 และ 64.7 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน Standard precaution ที่มีแต่ในสาขาวิชาชีพ โดยที่พนักงานทั่วไปอาจจะไม่มีการเรียนการสอนด้านนี้มาก่อน การให้ความรู้เรื่อง Standard precaution ในพนักงานทั่วไปทั้งก่อนเข้าทำงานจริงและในระหว่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล^[36] จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการ

สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลควรรีบให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และเมื่อพนักงานทั่วไปสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ควรได้รับการประเมินถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ได้อย่างทันท่วงที

3. ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย กับการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ เมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยล้างมือทันที (ร้อยละ 98.1) รองลงมาคือ การทิ้งใบมีด หรือหัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็งก่อนนำไปทิ้งขยะติดเชื้อทุกครั้ง (ร้อยละ), เมื่อถุงมือรั่วท่านเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันที (ร้อยละ) และการไม่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในช่วงการติดตามผลเลือด ใน 3 และ 6 เดือน (ร้อยละ 96.3, 96.1 และ 95.0 ตามลำดับ) และบุคลากรปฏิบัติแตกต่างกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ แนวทางที่บุคลากรปฏิบัติแตกต่างกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การไม่สวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือจับเข็มและปลอก (ร้อยละ 39.3) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ยังคงมีอยู่และยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรเชื่อว่าการสวมปลอกเข็มกลับจะช่วยป้องกันผู้ร่วมงานจากการติดเชื้อ ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของ Marshall และคณะอ้างในนบวรรณ ศิวะศรียานนท์⁽⁴⁹⁾ ที่พบว่า บุคลากรยังมีการสวมปลอกเข็มกลับคืนมากกว่าร้อยละ 25 โดยที่ 1 ใน 3 ของบุคลากรเชื่อว่าการสวมปลอกเข็มกลับจะช่วยป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัส HIV และบุคลากรร้อยละ 50 เชื่อว่าการสวมปลอกเข็มกลับจะช่วยป้องกันผู้ร่วมงานจากการติดเชื้อ ซึ่งการสวมปลอกเข็มกลับมีความสัมพันธ์กับการขาดความรู้ ลักษณะของงานที่มีผลต่อความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล การลืม และการไม่รับรู้ว่าการสวมปลอกเข็มกลับเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการถูกเข็มที่มด้า ดังนั้นการให้ความรู้และการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานแก่บุคลากรให้มากขึ้น อาจทำให้อัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ลดลงและบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลคือ มีอัตราอุบัติการณ์ดังกล่าวเป็น 5 ครั้งต่อ 1,000 คนต่อปี นอกจากนี้โรงพยาบาลควรจัดหาเครื่องช่วยถอดเข็มให้ครบทุก

หน่วยงาน และจัดวางในสถานที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งให้ความรู้ในวิธีการใช้ให้ถูกต้อง และอันตรายจากการสวมปลอกเข็มกลับ

3.2 ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรปฏิบัติแตกต่างกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก เว้นตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการทำแผลอุบัติเหตุ (ร้อยละ 46.4) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินรีบเร่ง ทำให้บุคลากรไม่มีเวลาที่จะใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล หรืออาจเนื่องจากโรงพยาบาล ขาดการรณรงค์ ขาดการส่งเสริม และขาดการสร้างตระหนักรู้ในเรื่องความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ป้องกันในขณะปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของ Larry และคณะ อ่างในนบวธรรม ศิวะศรียานนท์ ^[49] พบว่า บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ใส่ถุงมือขณะสัมผัสกับเลือดเพียงร้อยละ 75 ร้อยละ 27 ใส่เสื้อคลุม ร้อยละ 2 ใส่ผ้าปิดปาก-จมูก และร้อยละ 19 ใส่แว่นตากันกระเด็น เหตุผลที่บุคลากรไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกประเภทตามนโยบายของหลักการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการที่บุคลากรไม่ทราบแน่ชัดถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและความเชื่อของบุคลากรที่ว่าอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลนั้นไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะป้องกันการติดเชื้อได้ ดังนั้นควรมีการอบรมและการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมกับกิจกรรม, การเป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรรุ่นพี่ และการเตือนซึ่งกันและกันระหว่างการปฏิบัติ และการติดตามประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าบุคลากรมีการฝึกฝน เทคนิคการปฏิบัติงาน และมีความเข้าใจในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จะช่วยลดอัตราอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยได้

3.3 ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล พบว่า บุคลากรปฏิบัติแตกต่างกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การทำความสะอาดเข็นนอนและนั่งที่เป็นเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำและผงซักฟอก (ร้อยละ 31.6) ทั้งนี้เนื่องจากในการทำความสะอาดเข็นนอนและนั่งที่เป็นเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย นั้นเป็นหน้าที่ของพนักงานทั่วไปคือ เวิร์ปเปิล ซึ่งเวิร์ปเปิลอาจลืมและไม่เอาใจใส่ต่อการทำความสะอาดเข็นนอนและนั่ง การขาดการควบคุมและตรวจสอบการทำงานจากหัวหน้าแผนกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรืออาจ

เนื่องจาก การไม่มีความรู้เรื่องการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นเลือดหรือ สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ดังนั้น หัวหน้าแผนกควรมีการควบคุมและตรวจสอบการทำงานของบุคลากรรวมถึง การให้ความรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มพนักงานทั่วไปเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้ บุคลากรเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ

3.4 การปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย พบว่า บุคลากร ปฏิบัติแตกต่างกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้มากที่สุดคือ การไม่ได้รักษา ต่อหลังจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (ร้อยละ 80.2) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบุคลากรคิดว่าไม่รุนแรง จึงไม่ได้รักษาต่อหลังการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรืออาจเนื่องจากบุคลากรขาดความตระหนักถึง ความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดและ/ หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ดังนั้นการ อบรมและการความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงหลังการสัมผัสเลือดและ/ หรือสิ่งคัด หลั่งจากผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งการทบทวนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ (protocol) เมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดและ/ หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น การ ปฐมพยาบาล การให้คำปรึกษา การตัดสินใจรับการรักษา เป็นต้น จะช่วยลด อัตราการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยได้

เมื่อพิจารณากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ที่ต้องเฝ้าระวังในการศึกษานี้ จำแนกตามตำแหน่งงาน ได้แก่ พนักงานทั่วไป เนื่องจากมีการ ปฏิบัติด้านการป้องกันอุบัติเหตุและการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจาก ผู้ป่วย อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด (ร้อยละ 58.1 และ 64.7 ตามลำดับ), แพทย์ เนื่องจากมี การปฏิบัติในด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด (ร้อยละ 53.8 และ 25.0 ตามลำดับ)นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังด้วย เนื่องจากเคยสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจาก ผู้ป่วย มากที่สุด(ร้อยละ 54.8) ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีมาตรการการเฝ้าระวังการติดเชื้อจาก การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ในบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มนี้อย่างจริงจัง และควรริบ เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัด หลั่งจากผู้ป่วยโดยเร็ว

การป้องกันเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ดังนั้นระบบบริหาร จัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่ดีมีความเหมาะสมและมี ความสอดคล้องกับการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการ กำหนดนโยบายสนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการ

ทางการแพทย์ มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เพียงพอ การสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะที่ปฏิบัติงาน การประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การจัดเตรียมคู่มือเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การจัดให้มีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานในใบบันทึกหรือใบรายงานที่เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการรายงาน การวางแผนหาแนวทางป้องกัน และพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการหลังเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรที่สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย การพบแพทย์เพื่อรับการรักษาได้ทันทีทั้งในเวลาปฏิบัติงาน ในเวลาดกลางคืนและวันหยุด การจัดเตรียม HBIG (hepatitis B immunoglobulin) และยาต้านเชื้อไวรัส HIV สำหรับบุคลากรที่ต้องสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การจัดปฐมพยาบาลหรือการฝึกอบรมถึงวิธีการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย การประเมินผล การให้คำปรึกษาและติดตามดูภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรควรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อจากเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย การรายงานให้กับผู้รับผิดชอบทันที จะช่วยลดอัตราอุบัติการณ์และการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจากการให้บริการทางการแพทย์ของบุคลากรลงได้^[7]

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความลับของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จึงต้องผ่านการพิจารณาและดำเนินงานวิจัยตามขั้นตอนของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยการเก็บข้อมูลนั้นต้องกระทำผ่านทางฝ่ายการพยาบาลเท่านั้น
2. เนื่องจากการสอบถามข้อมูลการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ย้อนหลังถึง 5 ปีจึงอาจทำให้เกิด Recall bias ได้
3. ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาจึงศึกษาเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยเท่านั้น

5.4 ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหารจัดการ

- 1.1 ผู้บริหารควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุคลากรในด้านความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจากการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง ควรสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับบุคลากร และเนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นประจำ อาจทำให้บุคลากรเกิดความเคยชินและละเลยการ

- ปฏิบัติได้ การสร้างความตระหนักให้บุคลากรเกิดความกลัวต่อการติดเชื้อจะเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้บุคลากรมีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อ
- 1.2 ส่งเสริมสนับสนุนนโยบายการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard precaution) โดยสร้างความตระหนักให้หัวหน้างานในหน่วยงานต่างๆเห็นถึงความสำคัญของนโยบายและรับนโยบายไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานได้อย่างถูกต้องและเข้มแข็ง และมีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกแผนกการปฏิบัติงาน การสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน รวมถึงการสร้างองค์ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน
 - 1.3 จัดทำแผนการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทั้งเก่าและใหม่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และการให้ความรู้แบบกลุ่มย่อยจะสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และการปฏิบัติที่ดีขึ้น
 - 1.4 การประเมินบุคลากรทั้งเก่าและใหม่ในเรื่องการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยได้รับครบทุกคนหรือไม่ และควรมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับการอบรม
 - 1.5 การรณรงค์ให้บุคลากรตระหนักถึงศักยภาพของตัวเอง ในการเข้มงวดกับการป้องกันตนเองโดยยึดหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard Precautions) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรเมื่อพบบุคลากรปฏิบัติไม่ถูกต้องตามแนวทาง และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หน่วยงานเพื่อนำไปหาแนวทางแก้ไขหรือพัฒนา
 - 1.6 มีการปรับปรุงระบบรายงานการสัมผัสเลือดให้ง่ายและไม่ยุ่งยากต่อการปฏิบัติ แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ เช่น การปรับใบบันทึกอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยให้เข้าใจง่าย และควรเป็นคำถามปลายปิด
 - 1.7 จัดให้มีการบันทึกอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีมาตรการการตรวจสอบ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
 - 1.8 มีการพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย และระบบการดูแลบุคลากรหลังเกิดเหตุการณ์การสัมผัสเลือดจากการปฏิบัติหน้าที่ โดยการส่งเสริมให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญในการบันทึกและการรายงานการเกิดอุบัติการณ์สัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

- 1.9 มีมาตรการป้องกันก่อนการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยการตรวจเลือดบุคลากรก่อนทำงานเพื่อคัดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้กับบุคลากรทุกรายที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 1.10 ควรจัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำได้หลายรูปแบบ เช่น สร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ที่ชัดเจนและมีแบบแผน มีการประเมินผลเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี ประเมินข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อซึ่งแบบประเมินนี้อาจให้ผู้บังคับบัญชา หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยงาน เป็นผู้ประเมินแล้วให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ จัดอภิปรายกลุ่มย่อยถึงการให้หลักการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรค พร้อมข้อเสนอแนะที่ใช้ในการปรับปรุงแก้ไข โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการประเมิน

2. ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

- 2.1 หมั่นฝึกฝนเทคนิค หรือวิธีการปฏิบัติงาน โดยใช้หลัก Standard Precautions จนเกิดความเคยชินและตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
- 2.2 ควรได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงานด้วยกันในการปฏิบัติตาม Standard precaution เพื่อความปลอดภัยของตนเองและผู้ร่วมงานขณะปฏิบัติหน้าที่
- 2.3 มีระเบียบวินัยโดยการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อย่างเคร่งครัดเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน
- 2.4 การเป็นตัวอย่างที่ดีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของหัวหน้าหน่วยงาน และบุคลากรรุ่นที่ และการเตือนซึ่งกันและกันระหว่างการปฏิบัติ

5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในเชิงคุณภาพเชิงลึก เพื่อจะหาทราบถึงสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล พนักงานทั่วไป พนักงานช่วยการพยาบาล เป็นต้น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มีบุคลากรปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยสูง กับโรงพยาบาลที่มี

บุคลากรปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยว่ามีรูปแบบหรือองค์ประกอบในการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างไร

3. ควรมีการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่อที่จะได้ทราบถึงรูปแบบที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

รายการอ้างอิง

- [1] ศิริวรรณ เสรีรัตน์. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: วิสทัศน์พัฒนา, 2545.
- [2] สมยศ นาวิการ. การบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2525.
- [3] สมาน รังสิโยภักดิ์ และคณะ. หลักการบริหารเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สวัสดิการสำนักงาน กพ., 2522.
- [4] สมพงษ์ เกษมสิน. การบริหารบุคคลคนใหม่. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- [5] Koontz H., and O' Donnell C. Principle of Management. An Analysis of Managerial Function. New York: McGraw-Hill. 1972.
- [6] ปิยธิดา ศรีเดชและศักดิ์สิทธิ์ ศรีเดช. การบริหารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- [7] จิตดากรณ์ จิตริเชื้อ. การดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- [8] วิฑูรย์ สิมะ โชคดี และ วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยในโรงงาน. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท, 2540.
- [9] พะยอม วงศ์สารศรี. องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ, 2539.
- [10] ชิน โอสถ หัสบำเรอ. การสืบค้น การประเมิน และการคุกคามสุขภาพอนามัย. เอกสารการสอน หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2534.
- [11] Aylife G.A.J., Fraise A.P., Geddes A.M., Mitchell K. Control of Hospital Infection. Administration and Responsibility. A practical book (pp. 24-34). London: Arnold, 2000.
- [12] นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล. บุคลากรทางการแพทย์กับการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย ความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสเอชไอวี. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2547; 40(1): 73-83.

- [13] NIOSH. Preventing needle stick injuries in health care setting. Cincinnati: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center of Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS, 1999.
- [14] พิพัฒน์ ลักขมิจรัตกุล. โรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับการทำงาน. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์, 2543.
- [15] Tokars J.I., Marcus R., and Culver D.H. Surveillance of HIV infection and zidovudine use Among health care workers after occupational exposure to HIV/infected blood. Annals of Internal Medicine. 118(1993): 913-919.
- [16] Center for Disease Control and Prevention. Viral hepatitis B, C. Nation Center for Infections Disease, Fact Sheet, 1999.
- [17] ชัยสิทธิ์ มัทวานนท์. ไวรัสตับอักเสบบีในบุคลากรโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2539; 58-66.
- [18] สมหวัง ด้านชัยจิตร. การระวางการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดีไซร์, 2535.
- [19] สมหวัง ด้านชัยจิตร. คู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2538.
- [20] Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance of Health Care Workers with HIV/AIDS. [Online] 2002. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/hivpersonal.html>. [cited 2007 June 12]
- [21] กมลมาลย์ วัฒนเศรษฐสิน และคณะ. พฤติกรรมองค์กรและสถานการณ์โรคเอดส์. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง แมสโปรดักส์, 2538.
- [22] อะเคื่อ อุณหเลขกะ. นโยบายของโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีการติดเชื้อและที่สัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ. กรุงเทพฯ: เจ.ซี.ซี การพิมพ์, 2542.
- [23] คณะทำงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. กรุงเทพฯ: ป.ค.ช., 2544.
- [24] Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HIV, HBV, and HCV and recommendations for post-exposure prophylaxis. MMWR.Recomm.Rep. 50(2001):1-42.
- [25] Richard V. S., Kenneth J., Ramaprabha P., Kirupakaran H., and Chandy G. M. Impact of introduction of sharps container and of education programmers on the patterns of needle stick injuries in a tertiary care center in India. Journal of Hospital Infection. 47(2001):163-165.

- [26] Thompson S.C., and Norris M. Hepatitis B vaccination of personnel employed in Victoria hospitals: Are those at risk adequately protected. Infect. Control. Hosp. Epidemio. 20(1999): 51-54.
- [27] Pournaras S., Tsakris A., Faitatzidou A., Douboyas S., and Tourkantonis A. Reported needlestick and sharp injuries among health care workers in a Greek general Hospital. Occup.Med (Lond). 49(1999):423-426.
- [28] Powell D. R., Sharp S. L., Farnell S.D., and Smith P. T. Implementing a self care program: Effect on employee health care utilization. American Association of Occupational Health Nurses Journal. 45(5) (1997): 247-253.
- [29] Petrosillo N. The risk of occupational exposure and infection by human Immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and C virus in the dialysis setting. AJIC. 235 (1995): 278-285.
- [30] Devita T., and Vincent A. AIDS Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1995.
- [31] Adeqboye A.A., Moss G.B., Soyinka F, and Kreiss J.K. The epidemiology of needlestick and sharp instrument accidents in a Nigerian hospital. Infect Control Hosp Epidemiol. 15(1994): 27-31.
- [32] McComick RD., Meish MG., Ircink FG., and Maki DG. Epidermiology of hospital sharps injuries: a 14 years prospective study in the pre-AIDS Eras. Am J Med. 91(1994): 301S-307S.
- [33] Krisensen MS., Werberg NM., and Anker-Moller E. Health care workers risk of contact With body fluids in hospital : The effect of complying with the universal precautions policy. Infect Control Hosp Epidemiol. 13(1992): 719-24.
- [34] Stotka J. L., Wong E. S., Willium D. S., Stuart C. G., and Markowitz S. M. An Analysis of blood and body fluid exposure sustained by house, medical student and Nursing personal in acute care general medical ward: A prospective study. Infection Control and Epidemiology. 12(1991): 583-90.
- [35] Jagger J., Hunt E H., and Pearson R D. Sharp object injuries in the hospital: causes and strategies for prevention. Am J Infect Control. 18(1990): 227-31.
- [36] อมรรัตน์ ดันติพิพย์พงศ์. การศึกษาอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

- [37] ชาตวิฑูมิ จำจด. สถานการณ์การให้ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย พ.ศ. 2547. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [38] จิตตราภรณ์ จิตรีเชื้อ. การดำเนินงานของโรงพยาบาลในการดูแลสุขภาพบุคลากรเพื่อป้องกันการติดเชื้อ. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2547; 13(1): 2-20.
- [39] ธัญลักษณ์ โอบอ้อม. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [40] เพลินพิศ พรหมมะลิ. การศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [41] สามารถ ตันอริยกุล. บุคลากรทางการแพทย์กับการเกิดบาดแผลและการสัมผัสเลือดและหรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลาง. นิตยสารในโรงพยาบาลกลาง. 2539; 33: 71-90.
- [42] บรรจง วรรณยิ่ง, ประนอม มานู, ศิริรัตน์ ตันสุทธากุล, ปราณี เคหะจินดาวัฒน์, สยมพร ศิรินาวัน และบุญมี สถาปัตยวงศ์. อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี 2536-2539. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2539; 5(1): 3-6.
- [43] ธนพรรณ ฟองศิริ. การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย. วารสารโรคเอดส์. 2538; 7: 82-105.
- [44] เขวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์, นัยนา นักรบไทย, ประภัสสรี ช่างษ์, และ วัฒนชัย สุแสงรัตน์. อุบัติการณ์การถูกเข็มและของมีคมที่ตำในขณะที่ปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2538; 18(1-2): 24-34.
- [45] วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร และอรอนงค์ ปิ่นสกุล. ผลของการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง. พยาบาลสาร. 2534; 27(3): 63-75.
- [46] สุกัญญา พรหมปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อแบบครบวงจรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

- [47] กาญจนา คชินทร, กรองกาญจน์ สังกาศ และสมหวัง ด่านวิชัยจิตร. การถูกเข็มตำและของมีคมบาดในโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2535. จดหมายเหตุทางการแพทย์. 2535; 78: 929-936.
- [48] สิริวรรณ ปิยกุลคำรงค์. การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่พยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาขาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- [49] นบวรรณ ศิวะศรียานนท์. ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [50] อำนวย ภูศรี. พฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2547.
- [51] กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
- [52] โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. แบบสำรวจการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. กรุงเทพฯ: หน่วยควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2551. (อัดสำเนา)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

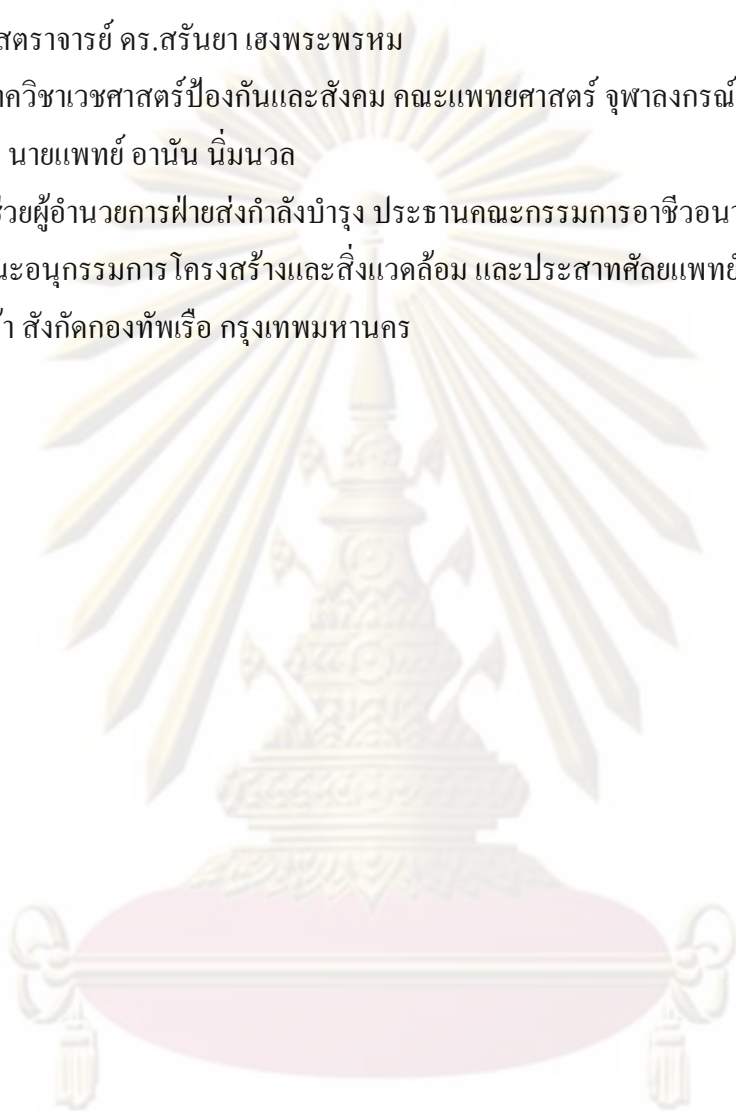
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรชัย สิริศรีธัญกุล
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรันยา เสงพระพรหม
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นาวาเอก นายแพทย์ อนันต์ นิ่มนวล
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายส่งกำลังบำรุง ประธานคณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
ประธานคณะกรรมการโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม และประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สังกัดกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษา : เรื่อง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) เรียบน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษานี้ ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ปัจจุบัน อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มีแนวโน้มทวีเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพและก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคลากร ผู้ร่วมงาน ครอบครัว ชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน ซึ่งทำให้แต่ละปีโรงพยาบาลต้องเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ต้องอาศัยระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและไม่ขัดกับความรู้สึกและทัศนคติของบุคลากรในสถาบัน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้มีการดำเนินการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์มาบ้างแล้ว แต่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เกิดจากการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยยังคงเกิดขึ้นบ่อยในบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องอยู่ทุกปี แสดงให้เห็นว่าระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวทางด้านการจัดการความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งยังมีข้อจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์ปัจจุบันด้านระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และถอดประสบการณ์การทำงานด้านดังกล่าวเพื่อวิเคราะห์ ถึงความสำเร็จ ความสอดคล้อง ความแตกต่าง รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในอนาคตต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามจากผู้วิจัยจำนวน 1 ชุด ซึ่งขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามในทุกส่วนของแบบสอบถาม และในทุกข้อของแบบสอบถาม พร้อมส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัย

การเข้าร่วมการศึกษาคือไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่อยากตอบ ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาอุปสรรค และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของท่านและชื่อขององค์กรของท่านในที่ใด ๆ หากท่านมีข้อสงสัยประการใด หรือต้องการจะสอบถามเพิ่มเติมโปรดติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ โทร.081-5819686 หรือจะแจ้งต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. -2256-4455, 0-2256-4493 ต่อ 14 หรือ 15 โทรสาร ต่อ 17

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

มา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ
บุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ. 2550

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย หรือผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่า เพื่อศึกษานโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การดำเนินงาน ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อการพัฒนาองค์กรในอนาคตต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำส่งแบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในแผนกที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยจำนวน 10 หน่วยงาน คือ กองสูตินารีเวชกรรม, กองศัลยกรรม, กองอายุรกรรม, กองกุมารเวชกรรม, กองจักษุกรรม, กองโสตศอนาสิกกรรม, กองทันตกรรม, กองพยาธิวิทยา, กองการพยาบาล, ห้องตรวจโรคฉุกเฉิน และหมวดซักฟอก ซึ่งจะเป็นตัวแทนขององค์กรในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ในการวิเคราะห์ข้อมูลคำตอบหรือข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถาม ผู้ศึกษาจะถือเป็นความลับ ผู้ศึกษาจะนำคำตอบมารวบรวม ประมวลผล และวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อวิจัยในภาพรวมขององค์กร จึงไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ตอบทั้งรายบุคคลและองค์กร

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....) ลายมือชื่อ

ลงนาม..... พยาน

(.....) ลายมือชื่อ

ลงนามผู้วิจัย

(ลายมือชื่อ) สุภรณ์ โปธิสา

แบบสอบถาม

เรื่อง

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ
บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง
ด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่น
เกล้าและจากคู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
(Universal Precautions) ผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่น
เกล้าที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ
บุคลากรทางการแพทย์

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /
หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2.1 แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
ของบุคลากรทางการแพทย์

จำนวน 27 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 แนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ
บุคลากรทางการแพทย์

จำนวน 17 ข้อ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

เลขที่แบบสอบถาม □□□

คำชี้แจง กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของ
ท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุปี.....เดือน
3. ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1. แพทย์	<input type="checkbox"/> 2. พยาบาลวิชาชีพ	<input type="checkbox"/> 3. ทันตแพทย์
<input type="checkbox"/> 4. ผู้ช่วยพยาบาล	<input type="checkbox"/> 5. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> 6. เจ้าหน้าที่ซักฟอก
<input type="checkbox"/> 7. พนักงานทำความสะอาด	<input type="checkbox"/> 8. เจ้าหน้าที่ห้องพัสดุ	<input type="checkbox"/> 9. เวิร์ป
<input type="checkbox"/> 10. อื่นๆ ระบุ		
4. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

<input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/> 2. 5 – 10 ปี	<input type="checkbox"/> 3. 10 – 15 ปี	<input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 15 ปี
---	---------------------------------------	--	---
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ปวส-ปวช	<input type="checkbox"/> 3. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 4. สูงกว่าปริญญาตรี
--	-------------------------------------	---------------------------------------	--
6. ท่านได้ปฏิบัติงานล่วงเวลาหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ได้	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้
---------------------------------	------------------------------------
7. ท่านเคยได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในขณะที่และหลัง
ปฏิบัติงานหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เคย โปรดระบุครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับการอบรม
<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย
8. ท่านเคยตรวจเลือดว่ามีภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เคย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3. จำไม่ได้
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------
9. ท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เคย	<input type="checkbox"/> 1.1 ครบ 3 เข็ม	<input type="checkbox"/> 1.2 ไม่ครบ 3 เข็ม
<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3. จำไม่ได้	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่ง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ส่วนที่ 2.1 แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทาง
การแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ได้ เกี่ยวข้อง	ไม่ทราบ
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ				
1. ท่านปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อกับผู้ป่วยทุกราย				
2. ท่านทำงานด้วยความระมัดระวังมิให้เกิดบาดแผลขณะปฏิบัติงาน				
3. ท่านไม่สวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือจับเข็มและปลอก				
4. ท่านรับอุปกรณ์มีคมบนภาชนะแทนใช้มือรับโดยตรงทุกครั้ง				
5. ท่านถอดใบมีดหลังใช้งานก่อนแช่น้ำยาทำลายเชื้อทุกครั้ง				
6. ท่านถอดใบมีดจากค้ำมีดโดยใช้คีมจับทุกครั้ง				
7. ท่านหักหลอดยาโดยใช้สำลีหรือผ้าสะอาดรองก่อนทุกครั้ง				
8. เมื่อมีเศษแก้วตกบนพื้น ท่านไม่ใช้มือเปล่าหยิบทิ้งถึงขยะ				
9. ท่านระมัดระวังมิให้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจเอียงหรือล้ม				
10. ท่านตรวจสอบเข็มกับผ้าผู้ป่วยก่อนส่งทำความสะอาดทุกครั้ง				
11. ท่านใส่ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจในตะกร้าหรือตะแกรงทุกครั้ง				
12. ท่านทิ้ง ใบมีด หรือ หัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็งก่อนนำไปทิ้งขยะติดเชื้อทุกครั้ง				
ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล				
13. ท่านสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งในการปฏิบัติภารกิจชีพ				
14. ท่านสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน				
15. ท่านสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการใส่ท่อเข้าหลอดลมคอผู้ป่วย				
16. ท่านสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการล้างท้องผู้ป่วย				

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ได้ เกี่ยวข้อง	ไม่ทราบ
ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล				
17. ท่านสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการทำแผลอุบัติเหตุ				
18. ท่านสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็นเลือด				
19. ท่านสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งในการกรอฟันผู้ป่วย				
20. ท่านสวมถุงมืออย่างทุกครั้งเมื่อทำความสะอาดเตียงหรือเครื่องมือแพทย์				
21. ท่านสวมถุงมืออย่างหนาทุกครั้งเมื่อทำการแยกผ้าเปื้อนที่ใช้กับผู้ป่วย				
22. เมื่อถุงมือรั่วท่านเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันที				
ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล				
23. เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน ท่านล้างมือทุกครั้งทันทีที่ถอดถุงมือ				
24. เมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ต้องล้างมือทันทีที่สัมผัส				
25. ท่านทำความสะอาดรถเข็นนอนและนั่งที่เป็นเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำและผงซักฟอก				
26. ท่านทำความสะอาดพื้นเป็นเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อตามที่โรงพยาบาลกำหนด				
27. ท่านไม่แปรงคราบเลือดของผู้ป่วยที่ติดกับผ้า แล้วแช่ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อก่อนส่งซัก				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2.2 แนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1. ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน ท่านเคยประสบอุบัติเหตุสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น ถูกเข็มตำหรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยกระเด็นเข้าตาหรือเข้าปาก ขณะปฏิบัติงานหรือไม่

1. เคย ระบุจำนวนที่ครั้งที่สัมผัส.....ครั้ง

2. ไม่เคย (สิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม)

2. เมื่อท่านถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนัง ท่านมีการเปิดบาดแผลให้กว้างหรือไม่

1. มี

2. ไม่มี

3. เมื่อท่านถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนัง ท่านมีการบีบเส้นเลือดออกเบาๆ หรือไม่

1. มี

2. ไม่มี (ข้ามไปข้อ 5)

4. หลังจากบีบเลือดออกเบาๆ แล้ว ท่านได้ชำระบาดแผลให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ 70% หรือไม่

1. ได้

2. ไม่ได้

5. ในกรณีที่เลือดและ / หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาหรือปาก ท่านมีการล้างตาหรือปากทันทีหรือไม่

1. มี

2. ไม่มี

6. หลังจากปฐมพยาบาลเบื้องต้นแล้ว ท่านได้รายงานหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าเวรหรือไม่

1. ได้ ระบุวิธีการรายงาน.....

2. ไม่ได้

7. หลังจากปฐมพยาบาลเบื้องต้นแล้ว ท่านได้เจาะเลือดผู้ป่วยและเลือดของท่านส่งตรวจเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV, เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีหรือไม่

1. ได้

ระบุหน่วยงานที่ท่านส่งเลือดตรวจ

(ในเวลาราชการ).....

(นอกเวลาราชการ).....

2. ไม่ได้

8. ก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ท่านได้ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการตรวจเลือดหรือไม่

1. ได้

2. ไม่ได้

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. ท่านมีการรักษาต่อหลังการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือไม่

1. มี ระบุการรักษา และคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ
- 1.1 ขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
- 1.2 ขอรับยาต้านเชื้อไวรัส HIV+ ฉีดป้องกันเชื้อวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
- 1.3 ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
- 1.4 ฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
2. ไม่มี ระบุเหตุผล.....

10. ในกรณีผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัส HIVของผู้ป่วย ได้ผลบวก ท่านได้มีการรักษาต่อหรือไม่

1. ได้ ระบุการรักษาที่ได้รับ และคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
2. ไม่ได้ ระบุเหตุผล.....

11. ในกรณีผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัส HIVของผู้ป่วย ได้ผลบวก ท่านได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการขอขาด้านไวรัส HIV หรือไม่

1. ได้ ระบุวิธีการขอรับยา.....
2. ไม่ได้

12. ท่านได้บันทึกข้อมูลลักษณะการเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย, การรักษา, ผลการตรวจเลือดไว้เป็นหลักฐานหรือไม่

1. ได้ ระบุข้อมูลการบันทึก.....
2. ไม่ได้

13. หลังจากการเจาะเลือดตรวจเพื่อหาเชื้อไวรัส HIVครั้งแรกแล้ว ท่านได้มีการติดตามตรวจเลือดซ้ำหรือไม่

1. ได้ ระบุผลการติดตามตรวจเลือด.....
2. ไม่ได้

14. ท่านและผู้ป่วยได้จ่ายค่าตรวจเลือดเองทั้งหมดหรือไม่

1. ได้
2. ไม่ได้ ระบุผู้รับผิดชอบค่าตรวจ.....

15. ในช่วงการติดตามผลเลือด ใน 3 และ 6 เดือน ท่านได้บริจาเกล็ด, อวัยวะต่างๆ, และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันหรือไม่

1. ได้ 2. ไม่ได้

16. ในช่วงการติดตามผลเลือด ใน 3 และ 6 เดือน ท่านได้เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาหรือไม่

1. ได้ 2. ไม่ได้

17. ในกรณีผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซีของผู้ป่วยได้ผลบวก ท่านได้มีการรักษาต่อหรือไม่

1. ได้ ระบุการรักษาที่ได้รับ และคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
2. ไม่ได้ ระบุเหตุผล.....

ภาคผนวก ค
แบบสอบถามคณะกรรมการบริหาร



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษา : เรื่อง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สำหรับคณะกรรมการบริหาร)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษานี้ ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการ
ศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ปัจจุบัน อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มี
แนวโน้มทวีเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพและ
ก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคลากร ผู้ร่วมงาน ครอบครัว ชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน ซึ่งทำให้แต่ละปี
โรงพยาบาลต้องเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ต้อง
อาศัยระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและไม่ขัดกับความรู้สึกและทัศนคติ
ของบุคลากรในสถาบัน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้มีการดำเนินการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง
ด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์มาบ้างแล้ว แต่ความเสี่ยงต่อการ
ติดเชื้อที่เกิดจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยยังคงเกิดขึ้นบ่อยในบุคลากรทางการแพทย์
อย่างต่อเนื่องอยู่ทุกปี แสดงให้เห็นว่าระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับ
แนวทางด้านการจัดการความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งยังมีข้อจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ
ทำการศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์ปัจจุบันด้านระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่ง
คัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และถอดประสบการณ์การ
ทำงานด้านดังกล่าวเพื่อวิเคราะห์ ถึงความสำเร็จ ความสอดคล้อง ความแตกต่าง รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อ
การพัฒนาในอนาคตต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามจากผู้วิจัยจำนวน 1 ชุด ซึ่ง
ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามในทุกส่วนของแบบสอบถาม และในทุกข้อของแบบสอบถาม
พร้อมส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัย

การเข้าร่วมการศึกษจะเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจาก
การศึกษานี้ได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่อยากตอบ ผลที่ได้จากการวิจัยจะ
นำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้าน
การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางใน
การวางแผนแก้ไขปัญหาอุปสรรค และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของท่านและชื่อขององค์กร
ของท่านในที่ใด ๆ หากท่านมีข้อสงสัยประการใด หรือต้องการจะสอบถามเพิ่มเติมโปรดติดต่อข้าพเจ้าได้
ที่ โทร.081-5819686 หรือ จะแจ้งต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร .0-2256-4455, 0-2256-4493 ต่อ 14 หรือ 15 โทรสาร ต่อ 17

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจาก
ผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ. 2550

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย หรือผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่า เพื่อศึกษานโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การดำเนินงาน ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อการพัฒนาองค์กรในอนาคตต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำส่งแบบสอบถามคณะกรรมการผู้บริหารที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 3 หน่วยงาน คือ หน่วยควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หน่วยการบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาล และทีมโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อาชีวอนามัยในโรงพยาบาล เป็นตัวแทนขององค์กรในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ในการวิเคราะห์ข้อมูลคำตอบหรือข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถาม ผู้ศึกษาจะถือเป็นความลับ ผู้ศึกษาจะนำคำตอบมารวบรวม ประมวลผล และวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อวิจัยในภาพรวมขององค์กร จึงไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ตอบทั้งรายบุคคลและองค์กร

ผู้วิจัยขอรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าจะพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม
(.....)ลายมือชื่อ

ลงนาม..... พยาน
(.....)ลายมือชื่อ

ลงนามผู้วิจัย
(ลายมือชื่อ)สุภรณี โภธิสา

แบบสอบถาม

เรื่อง

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สำหรับคณะกรรมการบริหาร)

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและจากคู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions) ผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นคณะผู้บริหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- | | | |
|-------------|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลนโยบาย และแนวทางทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ | จำนวน 13 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ประกอบด้วย | |
| ส่วนที่ 3.1 | แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ | จำนวน 27 ข้อ |
| ส่วนที่ 3.2 | แนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ | จำนวน 20 ข้อ |

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สำหรับคณะกรรมการบริหาร)

เลขที่แบบสอบถาม □□□

คำชี้แจง กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของ
ท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุปี.....เดือน
3. ตำแหน่งในปัจจุบันท่าน
 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. ทันตแพทย์ 4. เภสัชกร 5. อื่นๆ.....
4. ตำแหน่งในงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล/งานอาชีวอนามัยหรือ งานบริหารความเสี่ยงใน
โรงพยาบาล
 1. ประธานคณะกรรมการ งาน.....
 2. กรรมการงาน งาน.....
 3. อื่นๆ.....
5. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน
 1. น้อยกว่า 5 ปี 2. 5 – 10 ปี 3. 10 – 15 ปี 4. มากกว่า 15 ปี
6. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
 1. น้อยกว่า 5 ปี 2. 5 – 10 ปี 3. 10 – 15 ปี 4. มากกว่า 15 ปี
7. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 1. อนุปริญญา 2. ปริญญาตรี 3. สูงกว่าปริญญาตรี 4. อื่นๆ.....
8. ท่านเคยได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในขณะที่และหลัง
ปฏิบัติงานหรือไม่
 1. เคย โปรดระบุครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับการอบรม
 2. ไม่เคย
9. ท่านเคยตรวจเลือดว่ามีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนหรือไม่
 1. เคย 2. ไม่เคย 3. จำไม่ได้

10. ท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนหรือไม่

1. เคย 1.1 ครบ 3 เข็ม 1.2 ไม่ครบ 3 เข็ม
 2. ไม่เคย 3. จำไม่ได้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 นโยบาย และแนวทางทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1. มีนโยบายและ / หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุนโยบาย (พอสังเขป).....

ถ้ามีโปรดระบุแนวทางการบริหาร (พอสังเขป).....

2. มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีการสัมผัส (พอสังเขป).....

3. มีแนวทางการปฏิบัติก่อนมีการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุแนวทางการปฏิบัติก่อนมีการสัมผัส (พอสังเขป).....

4. มีการกำหนดนโยบายและ / หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ตามแนวทางมาตรฐานระดับชาติและ / หรือระดับสากล หรือไม่

1. มี กำหนดตามแนวทางมาตรฐานระดับชาติและระดับสากล

2. มี กำหนดตามแนวทางมาตรฐานระดับสากล

3. ไม่มี

5. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่

1. มี ระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบ.....

2. ไม่มี

6. มีการประกาศนโยบายและ / หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลให้บุคลากรทราบหรือไม่

1. มี โปรดระบุวิธีการประกาศให้บุคลากรทราบ.....

2. ไม่มี

7. มีการทบทวนนโยบายและ / หรือแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางตามมาตรฐานระดับชาติและระดับสากลเป็นระยะๆ หรือไม่

1. มี ระบุครั้งสุดท้ายที่มีการทบทวน.....

2. ไม่มี

8. มีตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
ของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่

1. มี ระบุตัวชี้วัดที่หน่วยงานใช้ประเมิน.....
2. ไม่มี

9. มีการกำหนดเป้าหมายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ
บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หรือไม่

1. มี ระบุเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด.....
2. ไม่มี

10. มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของ
บุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่

1. มี ระบุกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง.....
2. ไม่มี

11. มีการให้ความรู้แก่บุคลากร ในเรื่องการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
จากการปฏิบัติงาน หรือไม่

1. มี โปรดระบุเนื้อหาความรู้.....
2. ไม่มี

12. มีการจัดทำเอกสาร เช่น แผ่นพับ เรื่องการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยสำหรับบุคลากรทาง
การแพทย์จากการปฏิบัติงาน หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

13. มีการพิจารณาความเหมาะสมของระดับการให้ความรู้ในเรื่องการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
บุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน แก่บุคลากรแต่ละระดับหรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่ง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**

**ส่วนที่ 3.1 แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทาง
การแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**

แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัส	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ			
1. มีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อมกับผู้ป่วยทุกราย			
2. มีการทำงานด้วยความระมัดระวังมิให้เกิดบาดแผลขณะปฏิบัติงาน			
3. มีการห้ามสวมปลอกเข็มกลับ โดยใช้มือจับเข็มและปลอก			
4. มีการรับอุปกรณ์มีคมบนภาชนะแทนใช้มือรับโดยตรงทุกครั้ง			
5. มีการถอดใบมีดหลังใช้งานก่อนแช่น้ำยาทำลายเชื้อ			
6. มีการถอดใบมีดจากด้ามมีดโดยใช้เข็มจับทุกครั้ง			
7. มีการหักหลอดยาโดยใช้สำลีหรือผ้าสะอาดรองก่อนทุกครั้ง			
8. เมื่อมีเศษแก้วตกบนพื้น มีการใช้มือเปล่าหยิบทิ้งถังขยะ			
9. มีการระมัดระวังมิให้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจเอียงหรือล้ม			
10. มีการตรวจสอบเข็มกับฝาผู้ป่วยก่อนส่งทำความสะอาดทุกครั้ง			
11. การส่งสิ่งส่งตรวจให้ได้ภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจในตะกร้าหรือตะแกรงทุกครั้ง			
12. มีการทิ้ง ใบมีด หรือ หัวเข็มที่ใช้แล้วในกล่องแข็งก่อนนำไปทิ้งเป็นขยะติดเชื้อทุกครั้ง			
ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล			
13. มีการสวมถุงมือ ฝาปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งในการปฏิบัติภารกิจชีพ			
14. มีการสวมถุงมือ ฝาปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน			
15. มีการสวมถุงมือ ฝาปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการใส่ท่อเข้าหลอดลมคอผู้ป่วย			
16. มีการสวมถุงมือ ฝาปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการล้างท้องผู้ป่วย			
17. มีการสวมถุงมือ ฝาปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการทำแผลอุบัติเหตุ			
18. มีการสวมถุงมือ ฝาปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็นเลือด			

แนวทางการปฏิบัติก่อนการสัมผัส	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
19. มีการสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนตากันกระเด็นทุกครั้งในการกรอ ฟันผู้ป่วย			
20. มีการสวมถุงมืออย่างทุกครั้งเมื่อทำความสะอาดเตียงหรือเครื่องมือแพทย์			
21. มีการสวมถุงมืออย่างหนาทุกครั้งเมื่อทำการแยกผ้าเปื้อนที่ใช้กับผู้ป่วย			
22. เมื่อถุงมือรั่วต้องเปลี่ยนถุงมือคู่มือทันที			
ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล			
23. เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน ต้องล้างมือทุกครั้งทันทีที่ถอดถุงมือ			
24. เมื่อมีการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ต้องล้างมือทันทีที่สัมผัส			
25. มีการทำความสะอาดรถเข็นนอนและนั่งที่เปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำและผงซักฟอก			
26. มีการทำความสะอาดพื้นเปื้อนเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามที่โรงพยาบาลกำหนด			
27. ไม่แปร่งคราบเลือดของผู้ป่วยที่ติดกับผ้า แล้วแช่ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อก่อนส่งซัก			

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3.2 แนวทางการปฏิบัติหลังการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1. มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อถูกเข็ม หรือของมีคมที่เปื้อนเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนังหรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
2. ไม่มี

2. มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือดและ / หรือ สารคัดหลั่งจากผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา หรือเข้าปาก หรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
2. ไม่มี

3. มีแนวทางการปฏิบัติในการรายงานเมื่อบุคลากรมีการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือไม่.

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
2. ไม่มี

4. มีแนวทางการรักษาต่อหลังการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย สำหรับบุคลากร หรือไม่

1. มี ระบุการรักษา และคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ
- 1.1 รับขาด้านเชื้อไวรัส HIV ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
- 1.2 รับขาด้านเชื้อไวรัส HIV + ฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
- 1.3 ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
- 1.4 ฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระบุคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการ.....
2. ไม่มี ระบุเหตุผล.....

5. มีการเจาะเลือดของผู้ป่วยและบุคลากรผู้สัมผัสเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV, เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี หลังมีการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือไม่

1. มี
2. ไม่มี

6. มีแนวทางการปฏิบัติก่อนเจาะเลือดผู้ป่วยและบุคลากรผู้สัมผัสเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV หรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
2. ไม่มี

7. มีแนวทางการปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV หรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
2. ไม่มี

8. ในกรณีผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัส HIV ของผู้ป่วย ได้ผลบวก มีแนวทางการรักษาต่อสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อ หรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
2. ไม่มี

9. ในกรณีผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัส HIV ของผู้ป่วย ได้ผลบวก มีแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อในการขอขาด้านเชื้อไวรัส HIV หรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
 2. ไม่มี

10. มีแนวทางการปฏิบัติในการบันทึกลักษณะการเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์, การรักษา และการตรวจเลือดไว้เป็นหลักฐานหรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
 2. ไม่มี

11. มีแนวทางการปฏิบัติในการให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากรที่สัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
 2. ไม่มี

12. หลังจากการเจาะเลือดของบุคลากรผู้สัมผัสเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ในครั้งแรกแล้ว มีแนวทางการปฏิบัติในการติดตามตรวจเลือดซ้ำอีก หรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
 2. ไม่มี

13. มีการติดตามผลข้างเคียงจากการได้ด้านเชื้อไวรัส HIV ของบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อเป็นระยะๆหรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

14. ช่วงการติดตามผลเลือดใน 3 และ 6 เดือน มีแนวทางการปฏิบัติในการติดตามผลสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสหรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
 2. ไม่มี

15. มีแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับคำปรึกษาและค่าตรวจเลือดของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยและผู้ป่วย หรือไม่

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ.....
 2. ไม่มี

16. มีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจหาเชื้อไวรัส HIV, เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ได้ตลอด 24 ชั่วโมงหรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

17. ในกรณีผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซีของผู้ป่วยได้ผลบวก มีแนวทางการรักษาต่อสำหรับบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อ

1. มี ระบุแนวทางการปฏิบัติ และคลินิกหรือแผนกที่ให้บริการรักษา

-
 2. ไม่มี

18. ในกรณีผลการตรวจเลือดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของผู้ป่วยได้ผลบวก มีการให้ภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งฯ ที่ยังไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันหรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

19. มีวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี [Hepatitis B Immunoglobulin (HBIG)] เตรียมพร้อมไว้ตลอดเวลาเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

20. มีการติดตามสถานะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเชื้อ ว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสตับอักเสบบีซี หรือเชื้อไวรัส HIV หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้ให้สัมภาษณ์

การศึกษา : เรื่อง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สำหรับคณะผู้บริหาร)

เรียน ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่าน

ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ปัจจุบัน อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มีแนวโน้มทวีเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพและก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคลากร ผู้ร่วมงาน ครอบครัว ชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน ซึ่งทำให้แต่ละปีโรงพยาบาลต้องเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ต้องอาศัยระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและไม่ขัดกับความรู้สึกและทัศนคติของบุคลากรในสถาบัน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้มีการดำเนินการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์มาบ้างแล้ว แต่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เกิดจากการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยยังคงเกิดขึ้นบ่อยในบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องอยู่ทุกปี แสดงให้เห็นว่าระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวทางด้านการจัดการความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งยังมีข้อจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์ปัจจุบันด้านระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และถอดประสบการณ์การทำงานด้านดังกล่าวเพื่อวิเคราะห์ ถึงความสำเร็จ ความสอดคล้อง ความแตกต่าง รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในอนาคตต่อไป

การเข้าร่วมการศึกษจะเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่อยากตอบ ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาอุปสรรค และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของท่านและชื่อขององค์กรของท่านในที่ใด ๆ หากท่านมีข้อสงสัยประการใด หรือต้องการจะสอบถามเพิ่มเติมโปรดติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ โทร.081-5819686 หรือ จะแจ้งต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร .0-2256-4455, 0-2256-4493 ต่อ 14 หรือ 15 โทรสาร ต่อ 17

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจาก
ผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ. 2550

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย หรือผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่า เพื่อศึกษานโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การดำเนินงาน ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อการพัฒนาองค์กรในอนาคตต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์คณะกรรมการผู้บริหารที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 3 หน่วยงาน คือ หน่วยควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลหน่วยการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล และ หน่วยอาชีวอนามัยโรงพยาบาล เป็นตัวแทนขององค์กรในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้ จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ในการวิเคราะห์ข้อมูล คำตอบหรือข้อมูลที่ท่านให้สัมภาษณ์ ผู้ศึกษาจะถือเป็นความลับ ผู้ศึกษาจะนำคำตอบมารวบรวมประมวลผล และวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อวิจัยในภาพรวมขององค์กร จึงไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ตอบทั้งรายบุคคลและองค์กร

ผู้วิจัยขอรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าจะพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....) ลายมือชื่อ

ลงนาม.....พยาน
(.....) ลายมือชื่อ

ลงนามผู้วิจัย
(ลายมือชื่อ) สุภรณ์ โภธิตา

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

เรื่อง

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา และจากคู่มือการบริหารจัดการการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions) แบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้าน ระบบ, นโยบายและแผน / โครงการ ในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ | จำนวน 3 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานในการการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ | จำนวน 5 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ข้อมูลกลยุทธ์การดำเนินงานในการการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ | จำนวน 3 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 ข้อมูล มุมมองของผู้บริหาร, ปัญหาอุปสรรค, ผลการดำเนินงานและการสนับสนุน | จำนวน 5 ข้อ |

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

เรื่อง

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ผู้สัมภาษณ์ ชื่อ.....สกุล.....
วัน / เดือน / ปี.....เวลาสัมภาษณ์ เริ่ม.....ถึง.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุปี.....เดือน
3. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ
 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. ทันตแพทย์ 4. เภสัชกร 5. อื่นๆ.....
4. ตำแหน่งในงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล/งานอาชีวอนามัยหรือ งานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 1. ประธานคณะกรรมการ งาน.....
 2. กรรมการงาน งาน.....
 3. อื่นๆ.....
5. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน
 1. น้อยกว่า 5 ปี 2. 5 – 10 ปี 3. 10 – 15 ปี 4. มากกว่า 15 ปี
6. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
 1. น้อยกว่า 5 ปี 2. 5 – 10 ปี 3. 10 – 15 ปี 4. มากกว่า 15 ปี
7. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 1. อนุปริญญา 2. ปริญญาตรี 3. สูงกว่าปริญญาตรี 4. อื่นๆ.....
8. ท่านเคยได้รับการอบรมด้านการจัดการการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยในขณะและหลังปฏิบัติงานหรือไม่
 1. เคย โปรดระบุครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับการอบรม
 2. ไม่เคย
9. ท่านเคยตรวจเลือดว่ามีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนหรือไม่
 1. เคย 2. ไม่เคย 3. จำไม่ได้

10. ท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนหรือไม่

1. เคย 1.1 ครบ 3 เข็ม 1.2 ไม่ครบ 3 เข็ม
 2. ไม่เคย 3. จำไม่ได้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้าน ระบบ, นโยบายและแผน / โครงการ ในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. โรงพยาบาลของท่านมีกรอบแนวคิด / โครงสร้างของระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. โรงพยาบาลของท่านมีนโยบายและ /หรือมาตรการในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. โรงพยาบาลของท่านมีแผนงาน / โครงการในการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือ สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมในด้านต่อไปนี้ อย่างไร

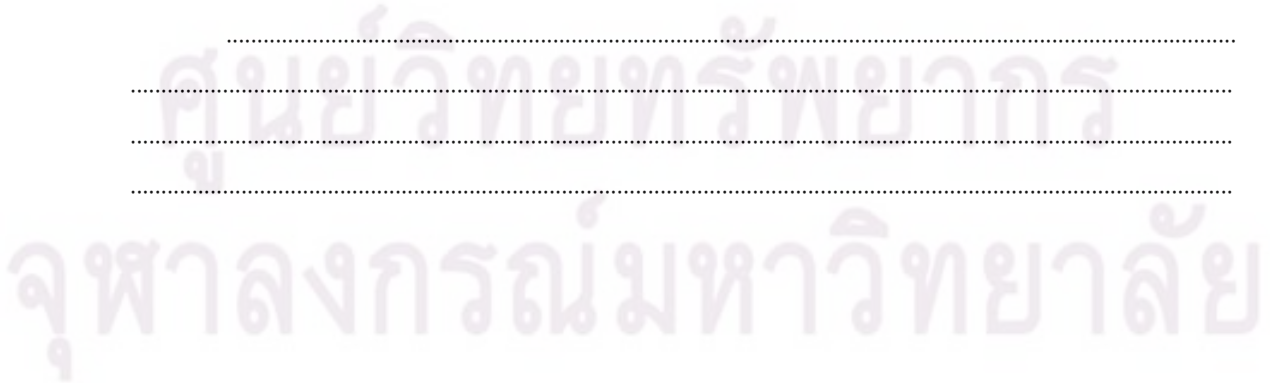
1. การดำเนินงานก่อนการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
.....
.....
.....

2. การดำเนินงานหลังการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
.....
.....
.....

3. ระบบการรายงานอุบัติเหตจากการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
.....
.....
.....

4. การดำเนินงานการตรวจติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย
.....
.....
.....

5. การประเมินผลการดำเนินงานในการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
.....
.....
.....



ส่วนที่ 4 ข้อมูลกลยุทธ์การดำเนินงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่ง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. โรงพยาบาลของท่านมีการให้ความรู้ ในเรื่องการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทาง
การแพทย์จากการปฏิบัติงาน หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจเลือดแก่บุคลากรผู้สัมผัสเลือดและ /
หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....

3. โรงพยาบาลของท่านมีการเยี่ยมสำรวจพื้นที่เพื่อตรวจเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและ /หรือ
สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....



ส่วนที่ 5 ข้อมูล มุมมองของคณะกรรมการผู้บริหาร, ปัญหาอุปสรรค, ผลการดำเนินงาน และการสนับสนุน

1. ความร่วมมือในการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ / หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์จากบุคลากรในโรงพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำอยู่ มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

3. ผลที่คาดว่าจะเกิดภายหลังการดำเนินงานตามแผน / โครงการ ในการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

4. โรงพยาบาลของท่านได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ / หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ จากแหล่งใดบ้าง

.....

.....

.....

5. โรงพยาบาลของท่านต้องการการสนับสนุน เรื่องดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ / หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ความรู้ 2. วิทยากร 3. การฝึกอบรม
4. การศึกษาดูงาน 5. งบประมาณ 6. วัสดุอุปกรณ์

ภาคผนวก จ
แบบสำรวจเอกสาร



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสำรวจเอกสาร

เรื่อง

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

แบบสำรวจเอกสาร เป็นแบบบันทึกข้อมูลระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือด และ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา และจากคู่มือการบริหารจัดการการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions (แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเอกสารการประชุม จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเอกสารแผนการปฏิบัติงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเอกสารกิจกรรม /โครงการในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

จำนวน 1 ข้อ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสำรวจเอกสาร

เรื่อง

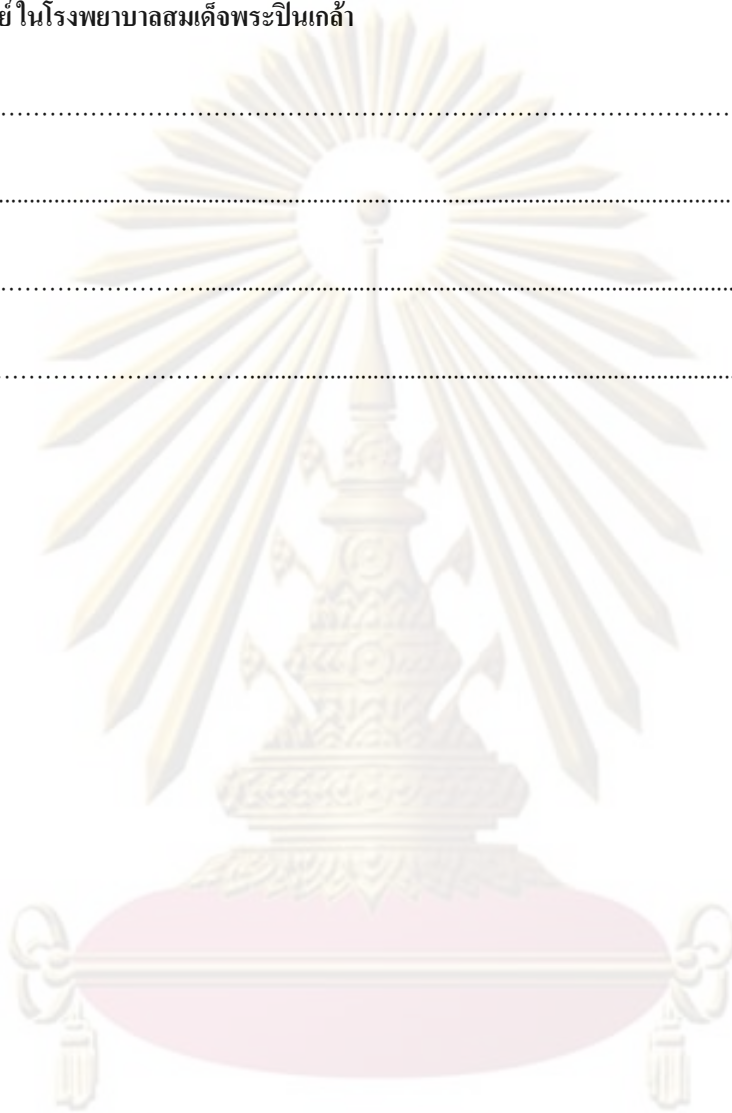
ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ/หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยของบุคลากร
ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ชื่อผู้บันทึก.....

วันที่บันทึก.....

แผนก.....

ชื่อเอกสาร.....



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง กรุณาตอบ โดยเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเอกสารการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัด
หลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. มีเอกสารรายงานการประชุมเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลัง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....

2. การเก็บสถิติอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

2.1 มีแบบฟอร์มบันทึกและรายงานสถิติอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลังจาก
ผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....

2.2 มีแบบฟอร์มบันทึกและรายงานลักษณะการเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลังจาก
ผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์, การรักษา, การตรวจเลือดอุบัติเหตุ หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....

2.3 มีแบบฟอร์มบันทึกและรายงานเมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัด
หลังจากผู้ป่วยจากการปฏิบัติงานที่ไม่พึงประสงค์, การเจาะเลือดตรวจ และขอสละสิทธิ์การรักษาต่อ หรือไม่
อย่างไร

.....
.....
.....
.....



ส่วนที่ 2 ข้อมูลเอกสารแผนการปฏิบัติงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัด
หลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. มีเอกสารแผนการปฏิบัติงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลัง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเอกสารกิจกรรม /โครงการด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่ง
คัดหลังจากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

1. มีเอกสารด้านกิจกรรม /โครงการในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการสัมผัสเลือดและ /หรือสิ่งคัดหลัง
จากผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาวาตรีหญิงสุภรณ์ โพธิ์สา เกิดวันที่ 23 เมษายน พ.ศ.2517 ที่ตำบลสัตหีบ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จากโรงเรียนวัดโนนทัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ และระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จากโรงเรียนยุพราชวิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่ ใน การศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอเรือ กรมแพทยทหารเรือ ได้ฝึกงานครั้งแรกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ เมื่อสำเร็จการศึกษา พยาบาลพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ หลังจากปฏิบัติงาน เป็นระยะเวลา 10 ปี ได้ลาศึกษาต่อระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ในสาขาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2549 หลังจากสำเร็จการศึกษาได้กลับเข้ารับราชการ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย