

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญตามหัวข้อดังนี้

1. โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009
 - 1.1 ความหมายของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009
 - 1.2 สถานการณ์การระบาด
 - 1.3 ผลกระทบจากการระบาด
 - 1.4 แนวทางในการจัดการผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009
 - 1.5 แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.1 ความหมายของการปฏิบัติงาน
 - 2.2 ขอบเขตการปฏิบัติงานพยาบาล
 - 2.3 งานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
3. แนวคิดทฤษฎีความปลอดภัยในการทำงาน
 - 3.1 ความหมายของความปลอดภัยในการทำงาน
 - 3.2 ความสำคัญของความปลอดภัยในการทำงาน
 - 3.3 แนวคิดทฤษฎีความปลอดภัยในการทำงาน
4. ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน
 - 4.1 ความหมายของแรงจูงใจ
 - 4.2 ความสำคัญของแรงจูงใจ
 - 4.3 แนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจ
5. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

1.1 ความหมายของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

1.1.1 ความหมาย

WHO (2009) ได้ให้ความหมายของ โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ว่าเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสตัวใหม่ที่ก่อให้เกิดโรคในคน และสามารถติดต่อระหว่างคนสู่คนได้ ซึ่งไวรัสชนิดใหม่นี้ไม่ใช่เชื้อไวรัสที่เคยก่อให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ให้ความหมาย โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ว่า โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในคน สามารถแพร่ติดต่อระหว่างคนสู่คน และไม่พบว่ามี การติดต่อมาจากสุกร โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ เอช1 เอ็น1 (A/H1N1) ซึ่งเป็นเชื้อตัวใหม่ที่ไม่เคยพบทั้งในสุกรและในคน เป็นเชื้อที่เกิดจากการผสมข้ามสายพันธุ์ ซึ่งมีสารพันธุกรรมของเชื้อไข้หวัดใหญ่คน ไข้หวัดใหญ่สุกร และไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีกด้วย

ศรัญญู ชุศรี (2552) กล่าวถึง โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอช1 เอ็น1 (A/H1N1) ว่าหมายถึง ไข้หวัดใหญ่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่มีการผสมกันระหว่างสารพันธุกรรมของเชื้อไข้หวัดใหญ่ของหมู นก และคน แต่โรคดังกล่าวเป็นไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ของมนุษย์ที่มีการแพร่ติดต่อระหว่างคนสู่คน เท่านั้น เนื่องจากเชื้อโรคชนิดนี้จะก่อให้เกิดอนุภาคไวรัสชนิดใหม่ขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมันรวมตัวเข้ากับเซลล์มนุษย์เท่านั้น ด้วยเหตุนี้เองโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอช1เอ็น1 (A/H1N1) จึงมีความแตกต่างจากจากไข้หวัดนกตรงที่ไข้หวัดนกนั้นติดต่อกันจากสัตว์ปีกไปสู่คนเท่านั้น โดยไม่มีการระบาดจากคนไปสู่คน

นอกจากนี้จากข้อมูลยังพบว่าในระยะแรกของการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอช1เอ็น1 (A/H1N1) ได้เรียกชื่อโรคระบาดดังกล่าวนี้ว่า “ไข้หวัดหมู” เพราะการรายงานโรคนี้ในช่วงแรกภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Swine Flu” จนกระทั่งต่อมาพบว่าผลการตรวจวิเคราะห์ในระดับพันธุกรรมของเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอช1เอ็น1 (A/H1N1) ผลปรากฏว่าเป็นเชื้อสายพันธุ์ใหม่ที่พบในคนเท่านั้น ยังไม่เคยพบเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในสุกรมาก่อน และจากรายงานการระบาดไม่พบว่า โรคนี้อุบัติในสุกรและผลการสอบสวนโรคนั้นไม่พบผู้ใดติดโรคจากสุกร หากแต่โรคที่พบใหม่นี้สามารถแพร่กระจายโรคได้โดยจากคนสู่คนเท่านั้น ดังนั้น วันที่ 29 เมษายน 2552 องค์การอนามัยโลกได้เปลี่ยนการเรียกชื่อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่จากที่เคยเรียกว่า “Swine Flu” เป็น “Influenza A H1N1” (WHO, 2009 อ้างถึงใน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขไทยจึง

เปลี่ยนมาใช้ชื่อโรคใหม่นี้ว่า “ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ 2009 เอช 1 เอ็น 1” และชื่อย่อว่า “ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009” เพื่อให้สอดคล้องกันและสื่อให้ประชาชนเกิดความเข้าใจตรงกัน ไม่สับสนกับไข้หวัดใหญ่ ชนิดเอ เอช1เอ็น1 ที่เกิดตามฤดูกาล ซึ่งเป็นไวรัสไข้หวัดใหญ่ต่างชนิดกัน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอช1เอ็น1 (Influenza A H1N1) ใช้ชื่อย่อว่า ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza A H1N1) ซึ่งได้เปลี่ยนชื่อมาจากชื่อเดิมว่า ไข้หวัดหมู นั้นหมายถึง โรคไข้หวัดใหญ่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่มีสารผสมกันของเชื้อไข้หวัดใหญ่ของหมู นก และคน ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสตัวใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน และมีการแพร่ติดต่อระหว่างคนสู่คนเท่านั้น ไม่พบว่าเกิดจากการติดต่อจากสัตว์สู่คน

1.1.2 เชื้อสาเหตุ

โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ H1N1 นี้ มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ประกอบด้วยเชื้อไข้หวัดใหญ่ 3 สายพันธุ์รวมอยู่ด้วยกัน ได้แก่ เชื้อไข้หวัดใหญ่ในมนุษย์ เชื้อไข้หวัดนกที่พบในทวีปอเมริกาเหนือ และเชื้อไข้หวัดหมูที่พบบ่อยในทวีปยุโรปและเอเชีย โดยสันนิษฐานเบื้องต้นว่าเชื้อไข้หวัดพันธุ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม (Antigenetic shift) โดยมีหมูเป็นพาหะนำโรค โดยเมื่อหมูถูกเชื้อไวรัสไข้หวัดนก ไข้หวัดหมู และไข้หวัดใหญ่ของคนสามารถเข้าไปอยู่ในตัวได้ ต่อมาไวรัสตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป สามารถเข้าสู่ในเซลล์ของหมูได้ ทำให้ไวรัสเกิดการผสมระหว่างการแบ่งตัวกลายเป็นเชื้อพันธุ์ใหม่ขึ้นมา (พิสุทธิพร ฉ่ำใจ, 2552) ซึ่งในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ใช้ชื่อว่า “Influenza A H1N1” ส่วนภาษาไทยกระทรวงสาธารณสุขใช้ชื่อว่า “ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ 2009 เอช 1 เอ็น 1” และชื่อย่อว่า “ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009” ซึ่งเชื้อไวรัสชนิดเอ หรือ Influenza A จัดเป็นเชื้อไวรัสในตระกูล Orthomyxoviridae ส่วนรหัส H ย่อมาจาก Hemagglutinin ซึ่งหมายถึงโปรตีนที่ปรากฏเป็นตุ่มยื่นออกมาจากผิวของไวรัส มีหน้าที่ในการเกาะกับเซลล์ของมนุษย์หลังจากนั้นไวรัสก็สามารถเข้าสู่นิวเคลียสของเซลล์เพื่อสร้างอนุภาคของไวรัสตัวใหม่เกิดขึ้น ซึ่งรหัส N ที่ย่อมาจาก Neuraminidase คือโปรตีนชนิดหนึ่งซึ่งมีหน้าที่นำไวรัสที่ถูกสร้างใหม่ในเซลล์ให้สามารถเดินทางไปสู่เซลล์อื่นได้ต่อไป (ศรีบุญ ชูศรี, 2552)

สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคทำได้โดย การแยกเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จาก น้ำมูกหรือเสมหะมาเพาะเลี้ยงในไข่ไก่ฟัก (พิสุทธิพร ฉ่ำใจ, 2552) หรือตรวจหาเชื้อไวรัสได้โดยตรงจากสารคัดหลั่งของระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย โดยวิธีการเก็บตัวอย่างสารคัดหลั่งของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ throat swab, tracheal aspirate และ nasopharyngeal swab ซึ่งแต่ละวิธีที่

แตกต่างกันจะมีโอกาสได้เชื้อไวรัสที่แตกต่างกัน ซึ่งวิธีที่มีโอกาสเก็บเชื้อไวรัสได้มากที่สุด คือ วิธีการเก็บตัวอย่างแบบ tracheal aspirate (สมาคมไวรัสวิทยา ประเทศไทย, 2552) จากนั้นจึงนำสิ่งส่งตรวจหรือน้ำคัดหลั่งจากโพรงจมูกของผู้ป่วย มาทำการตรวจวินิจฉัยในเบื้องต้น โดยใช้ชุด strip test หรือ rapid test ที่ใช้เวลาตรวจ เพียง 15-20 นาที ทำให้สามารถทราบได้ว่าเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิดเอ (Influenza A) หรือไข้หวัดใหญ่ชนิดบี (Influenza B) ต่อจากนั้นจึงตรวจยืนยันด้วยเทคนิค PCR (Polymerase Chain Reaction) อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งใช้เวลาราว 7-8 ชั่วโมง ซึ่งวิธีการนี้มีหลักการคือ ใช้วิธีการเพิ่มปริมาณ DNA (Deoxyribonucleic acid) อย่างรวดเร็วของไวรัส และแยก DNA ด้วยกระแสไฟฟ้าบนแผ่นวุ้น จะสามารถบอกได้ว่าเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใด เช่น influenza A H1N1 ที่กำลังระบาด หรือ influenza A H3N2 ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และต่อมา มีการพัฒนาเครื่องมือ real time PCR (Real time Polymerase Chain Reaction) ซึ่งมีประสิทธิภาพ สูงกว่าเทคนิค PCR แบบเดิม คือสามารถตรวจได้รวดเร็วกว่า และทำได้หลายตัวอย่างพร้อมกัน ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มนำเครื่อง real time PCR เข้ามาใช้ ในการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ตั้งแต่เมื่อ มีการระบาดของโรคซาร์ส (Severe acute respiratory syndrome) ซึ่งในปัจจุบัน ได้ใช้เครื่องมือชนิด นี้ในการตรวจหาเชื้อไวรัสชนิดต่างๆ โดยหลักการของ real time PCR คือ การวัดการเพิ่มปริมาณ RNA (Ribonucleic acid) ของไวรัส ด้วยวิธี RT-PCR (Reverse transcriptase polymerase chain reaction) และอาศัยหลักการทางอณูชีววิทยา โดยใช้โพรบ (Probe) หรือ DNA ตรวจติดตาม เพื่อทำ ปฏิกิริยากับ RNA ของไวรัสอย่างจำเพาะ ทำให้ทราบได้ว่า RNA ตัวอย่างนั้นเป็นของไวรัสสาย พันธุ์ใด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4-7 ชั่วโมง จึงสะดวกและวินิจฉัยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (ศูนย์ข้อมูลและ เทคโนโลยีและความปลอดภัยทางชีวภาพ, 2552) สำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื้อไวรัสไข้หวัด ใหญ่สายพันธุ์ใหม่สำหรับโรงพยาบาลรัฐบาลจะอยู่ในช่วง 3000 – 4000 บาท สำหรับโรงพยาบาล เอกชนจะมีค่าใช้จ่ายอื่นๆเพิ่มเติม (ศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) แต่ในปัจจุบันการแพร่ระบาดเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก หากทำการตรวจวินิจฉัยเพื่อแยกเชื้อจะทำให้ เสียเวลาและสิ้นเปลือง ดังนั้นจึงเปลี่ยนมาใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโดยใช้อาการทางคลินิกเป็น สำคัญ (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สรุปว่า เชื้อสาเหตุของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เกิดจากเชื้อ influenza A H1N1 ซึ่งเป็นเชื้อโรคตัวใหม่ที่ทำให้เกิดโรคในคนและติดต่อระหว่างคนสู่คนเท่านั้น การวินิจฉัย สามารถตรวจหาเชื้อได้จากการเก็บสิ่งส่งตรวจจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย แต่ทราบผลช้า และมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นเพื่อให้สามารถได้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วถึงจึงใช้อาการและอาการ แสดงทางคลินิกเป็นสำคัญ ในการตรวจการวินิจฉัย และรักษาโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

1.1.3 อาการ อาการแสดง และ การรักษา

1.1.3.1 ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95 มีอาการไม่รุนแรงโดยจะมีอาการเหมือนโรคไข้หวัดทั่วไป เช่น มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ และบางรายอาจมีอาการของระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งอาการของระบบทางเดินอาหารที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 จะพบได้ประมาณร้อยละ 25 (พิสุทธิพร จำเริญ, 2552) สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถหายป่วยได้ โดยไม่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงที่บ้าน สามารถปฏิบัติได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังนี้ หากผู้ป่วยมีไข้ไม่สูงมาก ตัวไม่ร้อนจัด ไม่ซึมหรืออ่อนเพลียมาก และพอรับประทานอาหารได้ ต้องพักผ่อนที่บ้าน โดยทำจิตใจให้สบาย และห้ามออกกำลังกาย ต้องให้ผู้ป่วยหยุดเรียน หยุดงาน ไม่ออกไปนอกบ้าน 7 วัน อาจเร็วหรือช้ากว่านี้ แต่ต้องหลังจากไม่มีไข้แล้วอย่างน้อย 1 วัน เพื่อให้พ้นระยะการแพร่เชื้อ ผู้ป่วยควรรับประทานยาลดไข้พาราเซตามอล (ห้ามใช้ยาแอสไพริน) ยาละลายเสมหะ ยาแก้เจ็บคอ วิตามิน ฯลฯ ตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ต้องทานยาปฏิชีวนะให้หมดตามที่แพทย์สั่ง มีการเช็ดตัวลดไข้เป็นระยะด้วยน้ำอุ่นเล็กน้อย เช็ดแขนขาอ่อนเข้าหาลำตัว หน้าผาก ซอกรักแร้ ขาหนีบ ข้อพับแขนขา และใช้ผ้าห่มปิดส่วนอกระหว่างเช็ดแขนขา เพื่อไม่ให้หนาวเย็นจนเสี่ยงเกิดปอดบวม หากผู้ป่วยหนาวสั่น ต้องหยุดเช็ดตัว และห่มผ้าให้อบอุ่นทันที ควรดื่มน้ำสะอาดและน้ำผลไม้ไม่มาก ๆ งดดื่มน้ำเย็น ให้รับประทานอาหารอ่อน ๆ รสไม่จัด เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ไข่ ผัก และผลไม้ ให้พอเพียง ต้องให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนมากๆ ในห้องที่อากาศไม่เย็นเกินไป และอากาศถ่ายเทสะดวก

นอกจากนี้ ต้องมีวิธีการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คนอื่น ๆ ในบ้าน โดยการแยกผู้ป่วยนอนในห้องที่อากาศถ่ายเทสะดวก การรับประทานอาหารแยกจากผู้อื่น ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ร่วมกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยปิดปากจมูก (ควรใช้กระดาษทิชชู) ทุกครั้งที่ไอจาม แล้วทิ้งทิชชูลงในถังขยะ (ถ้าหิบบไม่ทัน ต้องรีบเบนหน้าใส่ดินแขนตัวเอง) และทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที ผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น โดยเฉพาะคนที่เป็กลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง และอยู่ห่างจากคนอื่น ๆ 1 ถึง 2 เมตร หรืออย่างน้อยหนึ่งช่วงแขน ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่บ่อย ๆ โดยเฉพาะหลังดูแลผู้ป่วย ควรหมั่นทำความสะอาด



บริเวณห้องนอนผู้ป่วยและบริเวณที่มีคนสัมผัสมาก โดยเช็ดล้างด้วยน้ำผงซักฟอกหรือน้ำยาฆ่าเชื้อทั่วไปที่ใช้ตามบ้าน รวมทั้งเปิดม่านให้แสงแดดยามเช้าส่องเข้ามาในห้องได้

การสังเกตสัญญาณอันตราย คือ มีไข้สูงไม่ลดลงภายใน 2 วัน (เด็กอาจมีอาการชัก) ไอมากจนเจ็บหน้าอก ไอมีเลือดปน หรือหายใจหอบเหนื่อย ไม่ทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ซึมมาก อ่อนเพลียมาก นอนซม อาเจียนหรือท้องร่วงมาก มีอาการขาดน้ำ ผิวหนังมีสีม่วงคล้ำ ควรรีบนำส่งโรงพยาบาล เนื่องจากเชื้อนี้สามารถทำให้เกิดปอดบวมได้มากกว่าเชื้อสายพันธุ์เก่า จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งร้อยละ 5 มีอาการป่วยรุนแรง

1.1.3.2 ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ร้อยละ 70 เป็นผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (เช่น โรคปอด หอบหืด โรคหัวใจ ไต เบาหวาน พิกิรทางสมองและปัญญา ฯลฯ) หญิงตั้งครรภ์ (เสี่ยงป่วยรุนแรงมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า) ผู้เป็นโรคอ้วน ผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ (โรคเลือด โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ผู้ป่วยรับยากดภูมิคุ้มกัน ฯลฯ) เด็กเล็กต่ำกว่า 2 ปี และผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้เสียชีวิตส่วนน้อยร้อยละ 30 ที่มีสุขภาพดีก่อนป่วยซึ่งยังไม่สามารถพบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่มีอาการรุนแรงจะเกิดอาการปอดอักเสบ บางรายมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ในที่สุด (ศรัญญู ชูศรี, 2552) โดยผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการ ดังต่อไปนี้

- 1) อาการ อาการแสดงของผู้ที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่มีอาการรุนแรง (สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2552) คือ อาการหายใจเร็ว หอบเหนื่อย อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย โดย อายุ น้อยกว่า 2 เดือน อัตราการหายใจ มากกว่า 60 ครั้ง/นาที
- อายุ 2-12 เดือน อัตราการหายใจ มากกว่า 50 ครั้ง/นาที
- อายุ 1-5 ปี อัตราการหายใจ มากกว่า 40 ครั้ง/นาที
- อายุ > 5 ปี อัตราการหายใจ มากกว่า 30 ครั้ง/นาที
- เด็กโตและผู้ใหญ่ อัตราการหายใจ มากกว่า 24 ครั้ง /นาที

ร่วมกับผลการตรวจวินิจฉัยพบว่า การฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ ผล SpO2 น้อยกว่าร้อยละ 95 โดยไม่ได้ให้ออกซิเจนเพิ่ม ภาพรังสีปอดที่แสดงว่าปอดอักเสบ โดยในระยะแรกอาจพบแค่ increased bronchovascular marking หรือ คล้ายกับมี cardiogenic pulmonary congestion ได้ หลังจากนั้นควรถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำในวันถัดไปเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ซึ่งภาพรังสีปอดส่วน

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ห้องสมุด

วันที่..... 10 ก.ย. 2555

เลขทะเบียน..... 248348

เลขเรียกหนังสือ.....

ใหญ่มีลักษณะเป็น interstitial infiltration แบบ bilateral หรือ unilateral ที่พบเป็น lobar หรือ multi-lobar infiltration อาจมีบ้างแต่พบได้น้อย

2) การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกรายโดยมีหลักในการรักษา (สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2552) ดังนี้

2.1) การรักษาโดยการให้ยาต้านไวรัส โดยการเริ่มยา Oseltamivir ทันที โดยไม่ต้องรอผลการตรวจหาไวรัส ควรให้ยานาน 5 วัน แต่หากเป็นผู้ป่วยหนักหรือยังมีอาการหนักเมื่อรักษาได้ 5 วัน ให้กินยาต่ออีก 5 วัน รวมเป็น 10 วัน และไม่หยุดยาก่อนกำหนดแม้ว่าผลการตรวจจะพบเป็นลบในภายหลัง สามารถหยุดยาก่อนกำหนดได้เมื่อพบและเปลี่ยนการวินิจฉัยสาเหตุของปอดอักเสบว่าเกิดจากสาเหตุอื่นเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบที่อาการรุนแรงมาก หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจพิจารณาให้ Zanamivir ร่วมด้วย โดยขนาดยา Oseltamivir (ชื่อการค้า Tamiflu) โดยทั่วไปในผู้ใหญ่ คือ 75 มิลลิกรัม ต่อครั้งวันละ 2 ครั้ง ในคนอ้วนมาก อาจพิจารณาให้เป็นสองเท่าของคนปกติ หรือ 150 มก. ต่อครั้งวันละ 2 ครั้ง ขนาดของยาสำหรับเด็กให้ยาโดยการคำนวณได้จากน้ำหนักตัว เช่น ถ้าน้ำหนักตัวเด็กมากกว่า 40 กิโลกรัม ขนาดของยา คือ 75 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง เป็นต้น สำหรับเด็กทารกสามารถให้ยาได้โดยดูจากอายุ เช่น อายุ 6-11 เดือน ขนาดของยา คือ 25 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง อายุ 3-5 เดือน ขนาดของยา คือ 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง สำหรับเด็กที่อายุน้อยกว่า 3 เดือน 12 มก. วันละ 2 ครั้ง เป็นต้น โดยยา Zanamivir นั้นเป็นยาที่สามารถใช้ได้ทั้งในเด็กอ่อนจนถึงผู้ใหญ่ มีตัวยาที่เป็นทั้งยาเม็ดและน้ำผลข้างเคียงของยา คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ในเด็กอาจมีอาการปวดท้อง เลือดกำเดาออกได้ ส่วนยา Zanamivir นั้นเป็นยาที่ใช้ได้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 5 ปี และไม่ควรใช้ในคนที่ปอดเรื้อรัง เช่น โรคหืด และไม่ควรใช้ในคนที่มีอาการแพ้สาร lactose ส่วนผลข้างเคียงของยา Zanamivir นี้คือการเพิ่มความเสียหายของหัวใจลำบาก ในเด็กเล็กและวัยรุ่น อาจมีความเสี่ยงสูงขึ้นจากการเกิดอาการชัก อาการสับสน ความประพฤตินอกปกติได้ (พิสุทธิพร น้าใจ, 2552) นอกจากการให้ยาต้านไวรัสแล้วแพทย์อาจพิจารณาในการใช้ยาอื่นในการรักษาตามอาการร่วมด้วย เช่น ยาต้านแบคทีเรีย systemic corticosteroid ยาขยายหลอดลม รวมทั้งการใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำในร่างกาย เป็นต้น

2.2) การแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ให้ออกซิเจน ผ่านทาง nasal cannula simple mask หรือ partial rebreathing mask เพื่อให้ SpO₂ มากกว่าร้อยละ 95 และควรพิจารณา endotracheal intubation และการช่วยหายใจ ในกรณีที่ให้ออกซิเจนทาง partial

rebreathing mask มากกว่า 10 ลิตร/นาที่ แล้ว SpO₂ ยังน้อยกว่าร้อยละ 95 หรือผู้ป่วยมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงเช่น respiratory alternans หรือ respiratory paradox หรือผู้ป่วยซีมีลงหรือกระสับกระส่าย มี ventilatory failure เช่นหายใจตื้นลง หรือ PaCO₂ มากกว่า 45 mmHg

กล่าวได้ว่าอาการของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95 มีอาการไม่รุนแรงโดยจะมีอาการเหมือนโรคไข้หวัดทั่วไป เช่น มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ และบางรายอาจมีอาการของระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีอาการท้องเสียร่วมด้วย ซึ่งสามารถหายเองได้โดยได้รับการดูแลรักษาอยู่ที่บ้านและต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนร้อยละ 5 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตของโรคนี้นี้ คือ เกิดภาวะปอดอักเสบอย่างรุนแรงและพบว่าร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง แต่อีกร้อยละ 30 ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อโดยมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงก่อนการติดเชื้อซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน

1.1.4 การแพร่กระจายของเชื้อ

โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 พบว่าคนทุกเพศทุกวัยติดเชื้อนี้ได้เนื่องจากเป็นเชื้อใหม่ คนส่วนใหญ่ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคนี้ โดยเฉพาะเด็กและคนหนุ่มสาว แต่ผู้สูงอายุบางคนอาจมีภูมิคุ้มกันโรค จากการที่เคยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่คล้ายกันกับเชื้อตัวใหม่นี้มาแล้ว โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคใหม่นี้สามารถแพร่เชื้อได้มากที่สุดช่วง 3 วันแรก เมื่ออาการทุเลาขึ้นจะแพร่เชื้อได้ลดลง ส่วนใหญ่มักไม่เกิน 7 วัน (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่สามารถแพร่เชื้อได้ก่อนมีอาการ 1 วัน ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูงจะสามารถแพร่กระจายเชื้อได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีไข้ร้อยละ 10-20 สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี โดยเฉพาะเด็กเล็กและผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น HIV/AIDS จะมีระยะเวลาในการแพร่เชื้อได้นานกว่าคนปกติ (จรรยา แสงสว่าง, 2552) วิธีการแพร่กระจายเชื้อ เกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูดคุย โดยเชื้อไวรัสในฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ จะฟุ้งกระจายไปไกล 1 ถึง 2 เมตร (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2552) พบว่าฝอยละอองที่เกิดขึ้นนี้มีขนาดมากกว่า 5 ไมครอน (Droplet transmission) ซึ่งการแพร่กระจายของเชื้อโดยวิธีนี้ยังขึ้นอยู่กับทิศทางลม และความชื้นด้วย ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีความชัดเจนว่าเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีการแพร่กระจายเชื้อได้แบบ airborne transmission ในระยะทางไกล แบบวัณโรค แต่เชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 สามารถแพร่เชื้อแบบ aerosol transmission กรณีที่ผู้ป่วยไอรุนแรง หรือการทำหัตถการบางอย่าง เช่น การดูดเสมหะ การใส่หรือถอดท่อช่วยหายใจ การพ่นยา หรือการอยู่

ร่วมกับผู้ป่วยที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยในห้องที่แออัด โดยเชื้อไข้หวัดใหญ่สามารถเข้าสู่ร่างกายทางเยื่อบุจมูก ปาก และ ตา ซึ่งตำแหน่งรับเชื้อในร่างกาย คือ หลอดลมฝอย และ ถุงลมในปอด นอกจากนี้เชื้อยังเข้าสู่ร่างกายได้จากสัมผัสเชื้อ (Contact transmission) โดยการสัมผัสเสมหะ หรือ สารคัดหลั่งอื่นจากผู้ป่วย เช่น อุจจาระที่ปนเปื้อนตามพื้นผิวใกล้ตัวผู้ป่วย โดยเชื้อสามารถผ่านทางมือของผู้สัมผัส หรือจากสิ่งของที่ใช้ร่วมกับผู้ป่วย ทำให้เชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทางเยื่อบุจมูก ปาก และตา (จรรยา แสงสัจจา, 2552) เช่น การใช้มือสัมผัสเชื้อโรค หรือการจับสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น ลูกบิด ราวบันได และนำมือมาขยี้ตา แคะจมูก หยิบอาหารเข้าปาก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อได้ เพราะเชื้อไข้หวัดใหญ่มีความคงทนในสิ่งแวดล้อมได้ 24 – 48 ชั่วโมงบนพื้นผิวเรียบ สามารถคงทนได้ 8 – 12 ชั่วโมง บนผ้า หรือกระดาษ และสามารถคงทนได้ถึงนาน 5 นาทีบนมือ สำหรับในน้ำที่อุณหภูมิ 22 องศาเซลเซียส คงทนได้นาน 4 วัน ส่วนในน้ำที่อุณหภูมิ 0 องศาเซลเซียส คงทนได้นาน 30 วัน แต่เชื้อสามารถถูกทำลายได้ด้วยความร้อน 60 องศาเซลเซียส ภายในเวลา 30 นาที และสามารถฆ่าเชื้อได้โดย การใช้ 70% alcohol chlorine detergent phenolic iodophor quarternary (WHO, 2009 อ้างถึงในจรรยา แสงสัจจา, 2553) ซึ่งเมื่อเกิดมีการแพร่ระบาดเกิดขึ้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้รณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ดังนี้

- 1) อยู่ห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งช่วงแขน เพื่อไม่ให้ถูกไอจามรดโดยตรง หรือสูดฝอยละอองเชื้อโรคเข้าไป
- 2) ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วย เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ และใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อรับประทานอาหารกับผู้อื่น
- 3) หมั่นล้างมือบ่อยๆ และล้างมือหลังจากสัมผัสพื้นผิว สิ่งของเครื่องใช้ที่อาจปนเปื้อนเชื้อ เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได ปุ่มลิฟต์ โทรศัพท์ เป็นคอมพิวเตอร์
- 4) ฝีกนิสัยไม่ใช้มือแคะจมูก จับปาก ขยี้ตา หรือจับต้องใบหน้า หากยังไม่ได้ล้างมือให้สะอาด ควรใช้กระดาษทิชชูจะปลอดภัยกว่า
- 5) ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดมาก หากจำเป็น ผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง ควรป้องกันตนเองอย่างดี เช่น สวมหน้ากากอนามัย และเช็ดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์บ่อยๆ
- 6) รักษาร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง และมีภูมิคุ้มกันโรค โดย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และสัมผัสแสงแดดยามเช้า เพื่อให้ร่างกายได้รับวิตามินดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก เช่น ฝรั่ง คึ่นฉ่าย สะอึก ให้มากพอ พักผ่อน นอนหลับ

ให้พอเพียง ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เที่ยวไปในสถานที่แออัด อากาศถ่ายเท ไม่สะดวก

7) รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล ช่วยให้ห่างไกลจากโรคติดต่อ โดยหมั่นล้างมือบ่อย ๆ และล้างมือทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร ป้อนอาหารเด็ก หลังล้างมือ ออกรับแขก จับถ่าย ถ่ายอุจจาระ จับต้องสิ่งของเครื่องใช้ พื้นผิวที่มีผู้สัมผัสมาก สัตว์ (โดยเฉพาะสัตว์ที่มีอาการป่วย) ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ให้สะอาดทั่วถึง (ถูฝ่ามือ หลังมือ ซอกนิ้ว หัวแม่มือ ข้อมือ) นานประมาณ 20 วินาที (นับในใจ 1 ถึง 20) พกเจลแอลกอฮอล์ 70% ไว้ สำหรับเช็ดมือให้สะอาดเวลาเดินทาง ใช้หน้ากากอนามัยเมื่อเป็นไข้หวัด เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนรอบข้าง

สรุปว่าการแพร่กระจายของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อได้มากที่สุดช่วง 3 วันแรกของการติดเชื้อและในระยะมีไข้ โดยเชื้อการแพร่กระจายเชื้อเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยไอ จาม พุดคุย เชื้อไวรัสในฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ จะฟุ้งกระจายไปไกล 1 ถึง 2 เมตร นอกจากนี้เชื้อยังเข้าสู่ร่างกายได้จากสัมผัสเชื้อ (Contact transmission) และผ่านเข้าสู่ร่างกายได้โดยทางเยื่อจมูก ปาก และตา

1.2 สถานการณ์การระบาด

WHO (2009 อ้างถึงใน ศรัญญู ชูศรี, 2552) ได้กำหนดระดับการเตือนภัยการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เพื่อให้ง่ายต่อการกำหนดทิศทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และมีความเข้าใจตรงกันทั่วโลก ไว้ 6 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 มีรายงานของไวรัสชนิดใหม่ในสัตว์ แต่ยังไม่แพร่กระจายมายังมนุษย์ หรือทำให้มนุษย์ติดเชื้อ

ระดับที่ 2 ไวรัสที่แพร่กระจายในหมู่มนุษย์ระดับที่ 1 ไม่ว่าจะเป็นสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ป่า และสามารถก่อโรคในมนุษย์ให้ถือว่าสามารถที่จะคุกคามก่อให้เกิดการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก

ระดับ 3 ไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ที่เกิดการผสมผสานทางพันธุกรรม ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ในลักษณะกระจัดกระจาย หรือเป็นกลุ่มเล็กๆแต่ยังไม่เพิ่มระดับเป็นการติดต่อกันระหว่างมนุษย์สู่มนุษย์จนก่อให้เกิดการระบาดในระดับชุมชนได้ แต่การแพร่ติดต่อกันระหว่างมนุษย์อาจเกิดขึ้นได้ในบางกรณี เช่นการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือการติดต่อไปยังบุคคลากรผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ

ระดับ 4 คือ เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่กลายพันธุ์จากการผสมสายพันธุ์ (Reassortant) สามารถทำให้เกิดการระบาดในระดับชุมชนมีความเสี่ยงของการเกิดการระบาดใหญ่เพิ่มขึ้น บ่งชี้ถึงการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงของการเกิดการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก

ระดับ 5 คือ มีการแพร่เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ดังกล่าวจากคนสู่คนอย่างน้อย 2 ประเทศในภูมิภาคเดียวกันขององค์การอนามัยโลก (WHO region) ประเทศส่วนใหญ่ยังไม่มีการพบการติดเชื้อ

ระดับ 6 คือ มีการระบาดของโรคในประเทศอย่างน้อย 1 ประเทศในภูมิภาคอื่นขององค์การอนามัยโลก คือมีการระบาดข้ามทวีป และ นอกเหนือจากเกณฑ์ในระดับ 5 ซึ่งเป็นระดับการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก

หลังจากระดับที่ 6 ซึ่งเป็นระดับที่เกิดการระบาดไปทั่วโลกแล้ว WHO (2009 อ้างถึงใน ประเสริฐ ทองเจริญ, 2552) ยังได้กล่าวถึงระดับปัจฉิมภาค (Post period) ซึ่งหมายถึง การเกิดระดับการเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลกในหลายประเทศมีมาตรการในการเฝ้าระวังที่ดีเพียงพอ โรคได้ลดระดับของการระบาดต่ำกว่าจุดที่สูงสุดของการระบาดแล้ว แสดงว่าการระบาดได้บรรเทาลงอย่างไรก็ตาม การระบาดระลอกต่อไปยังสามารถเกิดขึ้นตามมาและประเทศต่างๆ ยังจำเป็นต้องคงการเตรียมพร้อมไว้สำหรับระลอกที่สอง

ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ได้พบผู้ติดเชื้อรายแรกของโลกที่ประเทศเม็กซิโก ในเดือน เมษายน (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2552) หลังจากนั้นการแพร่ระบาดก็มีการขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่ง ในวันที่ 12 มิถุนายน 2552 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศระดับการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ให้จัดอยู่ในระดับที่ 6 (WHO, 2009 อ้างถึงใน พิสุทธิพร น้ําใจ, 2552) ซึ่งหมายถึงการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ได้แพร่กระจายไปทั่วโลกแล้ว (Pandemic) และจากข้อมูลวันที่ 21 สิงหาคม 2553 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกทั้งสิ้นมากกว่ามากกว่า 375,000 ราย เสียชีวิตมากกว่า 18,449 ราย (WHO, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเวลาผ่านไปเชื้อจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจส่งผลให้การระบาดมีความรุนแรงน้อยลง หรือมากขึ้น ยังไม่อาจคาดการณ์ได้ แต่จากประสบการณ์การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา มักมีการระบาดระลอกหลังตามมามาก และมีความรุนแรงของโรคมักกว่าระลอกแรก (WHO, 2009 อ้างถึงใน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังนั้น สิ่งที่ต้องตระหนัก คือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการติดตามสถานการณ์การระบาด และมีมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการระบาดในประเทศไทยผู้ป่วยรายแรกที่ตรวจพบการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2552 เป็นนักเรียนไทยอายุ 17 ปี ซึ่งเดินทางไปแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม และเดินทางกลับมาจากประเทศเม็กซิโก (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2552) หลังจากนั้นพบการแพร่ระบาดขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ ในหลายจังหวัดทั่วประเทศ จากการศึกษาภายใต้ข้อมูล ณ วันที่ 10 กรกฎาคม 2552 คาดว่าแนวโน้มการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 จะอยู่ในประเทศต่อไปอีก ไม่น้อยกว่า 1-3 ปี จะพบยอดผู้ป่วยสูงขึ้นในระยะต่อจากนี้ 1-2 เดือน หลังจากนั้นจะเริ่มลดจำนวนลง หลังจากนั้นอาจจะมีการระบาดอีกครั้ง และการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 จะมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากกว่าการเกิดไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และในขณะนี้จากข้อมูลวันที่ 21 สิงหาคม 2553 พบผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศไทยทั้งสิ้น 38,210 ราย เสียชีวิต 249 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งในขณะนี้ถึงแม้ว่าการแพร่ระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 พบผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์การระบาดยังสามารถผันแปรอยู่ และมีโอกาสกลับมาแพร่ระบาดระลอก 2 ตลอดเวลา จากรายงานการแพร่ระบาดและเสียชีวิตของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในประเทศไทย พบว่าประเทศไทยเป็นอันดับ 1 ของผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มากที่สุดใเอเชีย โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 11-20 ปี ถึงร้อยละ 42.0 และพบการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในสถานศึกษาและสถานประกอบการ (อัญณิกา กฤษสมัย, 2552)

สรุปได้ว่าการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในขณะนี้เนื่องด้วยการอนามัยโลกได้ประกาศระดับการแพร่ระบาดของโรคอยู่ในระดับที่ 6 ซึ่งการระบาดของโรคได้แพร่กระจายไปทั่วโลกแล้ว (Pandemic) และในประเทศไทยพบว่าแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้นเกือบทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเหนือตอนบน และภาคกลาง โดยในปัจจุบันพื้นที่การระบาดอยู่ในระดับอำเภอและชุมชนชนบท และสถานศึกษา

1.3 ผลกระทบจากการระบาด

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะการเกิดวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพของประชาชน และการสาธารณสุข เพราะเชื้อไวรัสชนิดนี้สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเป็นอันตรายถึงชีวิต และสามารถติดต่อจากคนสู่คน มีความสามารถในการแพร่กระจายทางอากาศได้เป็นวงกว้าง (ชงชัย สาระกุล, 2552) ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีมาตรการในการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ โดยต้อง

บริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณและอัตรากำลังของบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุข นอกจากจะมีหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อให้ปลอดภัยแล้ว ต้องประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส และจากเหตุการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นในครั้งนี้นับว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก สำหรับผลกระทบด้านอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการระบาดของประเทศไทย มีดังนี้ (ชูชาติ เทศสีแดง, 2552)

1) ผลกระทบทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะธุรกิจการท่องเที่ยว ซึ่งจากข่าวการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ส่งผลให้นักท่องเที่ยวยกเลิกทัวร์ที่จองไว้ล่วงหน้าเกือบทั้งหมด สร้างความเสียหายต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวแล้วกว่า 1.5 พันล้านบาท

2) ผลกระทบต่อความเชื่อมั่นรัฐบาลไทย ซึ่งข้อมูลจากผลการสำรวจของสวนดุสิตโพล สะท้อนถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเรื่องการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคว่ายังคงมีอัตราส่วนที่ต่ำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระยะยาวได้

3) ผลกระทบต่อความต้องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของโลก (Medical hub) เพราะการที่ไทยมีความพยายามในการพัฒนาความเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ แต่หากไทยยังคงไม่สามารถรักษาเสถียรภาพในการควบคุมป้องกันโรคได้ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อความเชื่อมั่นทางสาธารณสุขของไทยในสายตาทั้งชาวไทยและชาวโลกได้

อาจกล่าวได้ว่าการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางด้านสุขภาพประชาชน ผลกระทบต่อระบบบริการทางสาธารณสุข ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ และผลกระทบต่อสังคมและการเมือง ซึ่งความเสียหายดังกล่าวไม่สามารถประมาณค่าได้

1.4 แนวทางการจัดการผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

ตามนโยบายการเตรียมความพร้อมแห่งชาติ รัฐบาลได้กำหนดให้ภัยร้ายแรงจากโรคระบาดในมนุษย์เป็นสาธารณสุขชนิดหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบรุนแรงหลายด้าน และได้มอบให้กระทรวงมหาดไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงประชาชน มีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนัก เพื่อให้เตรียมความพร้อมตั้งแต่ในยามปกติ สามารถร่วมกันป้องกันแก้ไขสถานการณ์การระบาดใหญ่ในยามที่เกิดภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะเกิดแก่ประเทศชาติได้มากที่สุด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ

ภายใต้ “แผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551-2553 ” และ “แผนปฏิบัติการแม่บทการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ พ.ศ. 2552 ” โดยที่การเตรียมความพร้อมและป้องกันแก้ไขสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ จะเน้นการพัฒนาขีดความสามารถหลักของประเทศ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมแก้ไขสถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาระดับนานาชาติ (Public Health Emergency Of International Concern : PHEIC) ได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในปี ค.ศ. 2012 ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 โดยกระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้กำหนดมาตรการและยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 2 มาตรการ คือ มาตรการใช้เวชภัณฑ์ (Pharmaceutical interventions) ซึ่งหมายถึงการใช้ยาด้านไวรัส วัคซีนไข้หวัดใหญ่ เวชภัณฑ์อื่น ๆ ที่จำเป็น รวมทั้งชุดป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และมาตรการไม่ใช้เวชภัณฑ์ (Non-pharmaceutical interventions) จะเน้นการส่งเสริมให้คนไทยมีพฤติกรรมสุขอนามัยป้องกันโรค และการใช้มาตรการควบคุมการระบาด เช่น การแยกผู้ป่วย โดยการหยุดงาน หยุดเรียน ปิดชั้นเรียน การป้องกันการแพร่เชื้อในกิจกรรมการชุมนุมของคนหมู่มาก ฯลฯ หรือหากการระบาดรุนแรงอาจจำเป็นต้องปิดโรงเรียน เลื่อน ลด หรือยกเลิกกิจกรรมการชุมนุมของคนหมู่มาก

สำหรับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ 2 ลด 3 เร่ง ได้แก่

ยุทธศาสตร์ลดการเสียชีวิตให้ได้มากที่สุด โดยเร่งปรับปรุงและขยายเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลภาครัฐ ไปสู่โรงพยาบาลภาคเอกชนทั่วประเทศ และเปิดให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง โดยมียาด้านไวรัสพอเพียงสำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว หญิงมีครรภ์ ผู้ที่เป็นโรคอ้วน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ลดการป่วยลงให้ได้มากที่สุด เป็นงานพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญมากที่จะช่วยชะลอและลดการแพร่ระบาด เป็นผลให้ลดการเสียชีวิตลงด้วย มีแนวทางหลัก 2 ประการ ได้แก่

แนวทางแรก การสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคโดยประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง ต้องป้องกันตนเองอย่างดีที่สุดไม่ให้ติดเชื้อ และผู้ที่มีอาการป่วยต้องป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง

แนวทางที่สอง การลดโอกาสการแพร่เชื้อในชุมชน ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด คือ ผู้ป่วยต้องหยุดเรียน หยุดงาน ดูแลรักษาตนเองอยู่ที่บ้าน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ไปในที่ชุมนุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่น ซึ่งนอกจากจะมีประสิทธิภาพในการลดการแพร่ระบาดแล้ว ยังช่วยลดผลกระทบต่อ การเรียนการสอน การดำเนินธุรกิจ และการดำเนินกิจกรรมตามวิถีชีวิตปกติได้อีกด้วย

ยุทธศาสตร์เร่งการออกเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศจำนวน 980,000 กว่าคน เพื่อให้คำแนะนำและแจกเอกสารให้ความรู้เรื่องไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ค้นหาผู้ป่วยในทุกหมู่บ้านทุกชุมชน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่บ้าน หรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์เร่งการเผยแพร่สื่อสาร โดยหน่วยงานและทุกภาคส่วน ให้ความร่วมมือกันเผยแพร่ข้อมูลที่จำเป็นแก่ประชาชน ผ่านช่องทางและสื่อต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ไม่ตื่นตระหนก สามารถป้องกันและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ยุทธศาสตร์เร่งการบริหารจัดการ การจัดการในระดับจังหวัดและระดับชาติ โดยรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานศูนย์ปฏิบัติการระดับชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานศูนย์ ฯ ระดับจังหวัด เพื่อระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน กำหนดมาตรการและดำเนินงานอย่างเป็นเอกภาพ

จะเห็นได้ว่าการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 จัดเป็นภัยร้ายแรงซึ่งส่งผลกระทบรุนแรงหลายด้าน สำหรับประเทศไทยปัจจุบันพบการระบาดแพร่ระบาดไปทุกจังหวัดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แนวทางสำคัญอีกอย่างหนึ่งเมื่อเกิดการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ก็คือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อในสถานพยาบาล เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลด้วย โดยมีการกำหนดแนวทางสำคัญตามหลักการของ isolation precautions standard precautions droplet precautions และ respiratory hygiene and cough etiquette (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1.4.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในสถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดข้อปฏิบัติสำคัญ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ข้อปฏิบัติที่ 1 สถานที่สำหรับตรวจผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ หลักการปฏิบัติ ดังนี้

1) ควรแยก influenza OPD ออกจาก OPD สำหรับผู้ป่วยอื่น ควรเป็นพื้นที่ซึ่งไม่มีผู้คนพลุกพล่าน สะดวกในการขนส่งผู้ป่วยและสามารถเคลื่อนย้ายเอกซเรย์เคลื่อนที่เข้ามาถึงได้โดยง่าย โดยจัดระบบเป็น one stop service ในพื้นที่เดียวกัน ตั้งแต่การทำบัตร คัดกรอง ตรวจรักษา เอกซเรย์ ให้สุขศึกษา จ่ายเงินและรับยา รวมทั้งสถานที่ดูแลผู้ป่วยก่อนรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

2) เป็นห้องที่โล่งที่มีการระบายอากาศตามธรรมชาติได้ จัดให้มีทิศทางลมให้พัดจากบุคลากรสู่ผู้ป่วยและระบายออกภายนอกหรือให้มีพัดลมระบายอากาศช่วย มีอ่างล้างมือและน้ำยาล้างมือแห้งอย่างเพียงพอ ในกรณีที่ไม่สามารถจัดสถานที่ตรวจบริเวณห้องได้ (ระบายอากาศตามธรรมชาติ) มีความจำเป็นต้องจัดใน ห้องปรับอากาศควรคูทิศทางลมของเครื่องปรับอากาศและมีการแยกส่วนสถานที่อย่างชัดเจนจากผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

3) จัดระบบการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความรุนแรงของอาการ ควรจัดแยกพื้นที่ สำหรับผู้ป่วยอาการหนักแยกจากผู้ป่วยอาการน้อย โดยผู้ป่วยที่มีอาการมากหรือรุนแรงต้องให้ได้รับการดูแลรักษาก่อน

4) ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่ได้รับการตรวจทุกราย ควรได้รับหน้ากากอนามัย และน้ำยาล้างมือแห้ง (เจลล้างมือ) นอกเหนือจากยาที่จำเป็นอื่นๆ ตามอาการ โดยสั่งเป็นมาตรฐานการรักษา (standing order)

ข้อปฏิบัติที่ 2 การปฏิบัติสำหรับหอผู้ป่วย ที่รับผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ไว้ในโรงพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1) จัดหอผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอช1เอ็น1 แยกจากหอผู้ป่วยอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อผลแทรกซ้อนของโรคไข้หวัดใหญ่

2) ในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนน้อย ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกเดี่ยวที่มีห้องน้ำในตัว และ ปิดประตู

3) ในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนมาก ให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกแล้วว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ควรอยู่รวมกันในหอผู้ป่วยรวมแยกโรค (Cohort ward) ซึ่งคุณลักษณะของหอผู้ป่วยรวมแยกโรค มีลักษณะสำคัญ คือ มีการระบายอากาศที่ดี พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่าย มีอ่างล้างมือและห้องน้ำแยก มีถังขยะติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยทุกคน และเจลล้างมือไว้ทำยาล้างมือทุกเตียง การจัดระยะห่างระหว่างเตียง 1-2 เมตร อาจมีม่านกั้นระหว่างเตียงซึ่งทำจากวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่าย หรือผ้าม่านซึ่งซักล้างได้ง่าย ควรมีพื้นที่และอุปกรณ์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและผู้ป่วยวิกฤต ควรมีพื้นที่สำหรับถอดเครื่องป้องกันร่างกายที่

ปนเปื้อนแล้วซึ่งควรอยู่ใกล้หรือหน้าประตูห้องผู้ป่วย สำหรับ nurse station ควรอยู่นอกห้องผู้ป่วย แต่ต้องสังเกตอาการผู้ป่วยได้โดยง่าย เช่น มีบานกระจกใสหรือโทรทัศน์วงจรปิด

ข้อปฏิบัติที่ 3 แนวทางการปฏิบัติสำหรับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ และของที่ใช้ในหอผู้ป่วยใช้หัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือหรืออุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยควรแยกออกจากผู้ป่วยอื่นๆ และควรเป็นชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง สำหรับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ซ้ำให้พิจารณาทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อตามลักษณะของอุปกรณ์นั้น ซึ่งแบ่งเป็น critical items semi-critical items และ non-critical items กรณีผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องมีการต่อ Filter ที่ expiratory part และควรใช้ closed circuit suction

2) อุปกรณ์รับประทานอาหารเช้า ให้ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหารเช้าในเครื่องล้างจาน ซึ่งใช้น้ำร้อนและน้ำยาล้างจาน หากไม่มีเครื่องล้างจาน บุคลากรต้องสวมถุงมืออย่างในการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการรับประทานอาหารเช้า หากมีญาติเฝ้าผู้ป่วย ไม่ควรให้ญาติรับประทานอาหารเช้าในห้องผู้ป่วย อาจใช้อุปกรณ์ในการรับประทานอาหารเช้าชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง

3) ผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย การเก็บผ้าที่ใช้แล้วภายในห้องผู้ป่วย ต้องใช้ความระมัดระวังและป้องกันการฟุ้งกระจาย และให้ใส่ในถุงขยะติดเชื้อแล้วส่งห้องบริการผ้า บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผ้าของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ต้องสวมใส่เครื่องป้องกันร่างกาย เช่น เสื้อกาวน์ mask (Medical/ surgical mask) และ ถุงมือ การซักผ้าถ้าใช้ความร้อนต้องซักผ้าด้วยน้ำร้อนมากกว่า 71 องศาเซลเซียส หรืออาจใช้ไต้ผงฟอกขาว และอบผ้าให้แห้งก่อนนำกลับมาใช้อีก

4) แนวทางการกำจัดขยะในห้องแยกหรือหอผู้ป่วยใช้หัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ให้ถือว่าเป็นขยะติดเชื้อ ซึ่งให้ดำเนินการทำลายตามมาตรการสำหรับขยะติดเชื้อ

ข้อปฏิบัติที่ 4 การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยใช้หัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีดังต่อไปนี้

1) คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ให้แนะนำให้ปฏิบัติเรื่องการทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะการติดต่อของโรค และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการทำให้สิ่งแวดล้อมปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ต้องให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีบุคคลอื่นอยู่ร่วมห้อง หากทำ

ไม่ได้ให้ใช้กระดาษทิชชูปิดปาก จมูก เวลามีอาการจามหรือไอ แล้วทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงในถังขยะติดเชื้อมีฝาปิด

2) คำแนะนำสำหรับญาติ หรือผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีดังต่อไปนี้

2.1) ต้องมีการจำกัดการเยี่ยมเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น มีสมุดบันทึกรายชื่อญาติที่เข้าเยี่ยมและวันเวลาที่เข้าเยี่ยมของผู้เข้าเยี่ยม

2.2) ห้ามไม่ให้บุคคลดังต่อไปนี้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย คือ ผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด ผู้ที่มีโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โรคหัวใจ สตรีตั้งครรภ์ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เข้าเยี่ยมผู้ป่วยใน influenza ward

2.3) ญาติต้องสวมเครื่องป้องกันร่างกาย ได้แก่ medical/surgical mask หรือหน้ากากอนามัย ในกรณีที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดอาจพิจารณาให้สวมเสื้อกาวน์แขนยาว หากจะแตะต้องเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วย แนะนำให้สวมถุงมือ และต้องแนะนำให้ปฏิบัติ hand hygiene และ personal hygiene อย่างเคร่งครัด แนะนำให้ถอดเครื่องป้องกันร่างกายในห้อง anteroom หรือหากไม่มีห้อง anteroom ให้ถอดก่อนออกจากห้องผู้ป่วย

2.4) แนะนำให้ผู้เข้าเยี่ยมสังเกตอาการตนเองว่ามีไข้ อาการผิดปกติทางเดินหายใจหรือไม่หลังเยี่ยมครั้งสุดท้ายภายใน 7 วัน หากมีความผิดปกติให้มาพบแพทย์ นอกจากนี้โรงพยาบาลต้องจัดให้มีระบบรายงานการป่วยของญาติ ไปยังหน่วยงานด้านระบาดวิทยาต่อไป

2.5) สำหรับหอผู้ป่วยที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Non-influenza ward) ควรจำกัดการเยี่ยมเช่นเดียวกัน โดยห้ามผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่เข้าเยี่ยมโดยเด็ดขาด และห้ามการเยี่ยมข้ามเขตระหว่าง หอผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza ward) และ หอผู้ป่วยที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

3) คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านสามารถแนะนำได้ ดังนี้ แนะนำให้ปฏิบัติ hand hygiene อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะการติดต่อของโรคต้องสวมผ้าปิดปาก ปิดจมูกตลอดเวลา นอกจากเวลารับประทานอาหารและทำกิจธุระส่วนตัว เวลาไอ ควรปิดปาก จมูก ด้วยกระดาษชำระ หลังจากนั้นต้องล้างมือทุกครั้ง นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับบุคคลในครอบครัว ไม่ควรไปในที่ชุมชน และให้หยุดงาน หยุดเรียน จนกว่าจะพ้นระยะการติดต่อของโรค คือ 7 วันหลังเริ่มป่วยด้วยอาการไข้ในผู้ใหญ่ หรืออย่างน้อย 1 วันหลังไม่มีไข้ และ 14 วันในเด็กนับตั้งแต่วันเริ่มมีอาการ และหากมีอาการมากขึ้น เช่น ไข้สูงเกิน 48 ชั่วโมง ไอ

มาก เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว เหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ อาเจียน หรือ ถ่ายอุจจาระมาก ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

ข้อปฏิบัติที่ 5 เครื่องป้องกันร่างกายสำหรับบุคลากรในสถานพยาบาล (Personal Protective Equipment : PPE) PPE ประกอบด้วย mask (N 95 หรือ Medical/surgical mask) ถุงมือ เสื้อกาวน์ แว่นป้องกันตา (Goggles) โดยมีจุดเน้นในระบะการระบาดใหญ่ของ โรคไข้หวัดใหญ่ คือ medical/surgical mask ในการดูแลผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจทุกคน กรณีต้องทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝอยละออง เช่น ดูแลเสมหะ พ่นยา หรือการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไอมาก ควรใช้ N 95 การใช้ถุงมือใช้เฉพาะเมื่อต้องแตะสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งหรือเนื้อเยื่อของผู้ป่วย/ศพ และต้องเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งที่จะดูแลผู้ป่วยรายอื่น การใช้เสื้อกาวน์ และ แว่นป้องกันตา (Goggles) ให้ใช้กรณีทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการฟุ้งกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่ง การใช้ PPE ใน cohort ward ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยน PPE ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ยกเว้นถุงมือซึ่งต้องเปลี่ยนเสมอเมื่อต้องเปลี่ยนไปดูแลผู้ป่วยรายอื่น ต้องใช้ N-95 mask และ goggles เสมอในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝอยละออง ในห้อง/หอผู้ป่วยแยกโรค ห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยวิกฤต ควรฝึกซ้อมการใช้ PPE ทั้งการใส่และถอดให้ถูกต้อง

ข้อปฏิบัติที่ 6 บุคลากรในสถานพยาบาล ควรได้รับการเตรียมความพร้อม คือ ได้รับการอบรมความรู้ เรื่องไข้หวัดใหญ่มาแล้ว และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ทั้งในระยะก่อนและระยะวิกฤตได้ดี ได้รับการฝึกปฏิบัติในเรื่อง infection control practices ต้องพิจารณาให้ได้รับ หรือมีภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ สร้างขวัญและกำลังใจ โดยจัดสวัสดิการต่างๆ ห้ามบุคลากรที่มีลักษณะต่อไปนี้ปฏิบัติงานหรือสัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ได้แก่ ป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้กำลังตั้งครรภ์ มีโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไตวาย ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ ป่วยเป็น HIV/ AIDS ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

ข้อปฏิบัติที่ 7 การจำแนกและหมุนเวียนบุคลากร มีแนวทางปฏิบัติ คือ ควรแยกบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในแผนกโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza area) ออกจากแผนกอื่นๆ (Non-influenza area) เพื่อลดความเครียดของบุคลากร ควรมีการหมุนเวียนการปฏิบัติหน้าที่เป็นช่วงๆ ประมาณ 1 เดือน ก่อนย้ายบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในแผนกโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ไปปฏิบัติงานที่แผนกอื่นๆ ควรให้พัก 3 วัน เพื่อรอดูอาการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่เนื่องจากอาจอยู่ในระยะฟักตัวของโรค และควรจัดเตรียมทีมบุคลากรเสริมจากแผนกอื่น และอบรมเรื่องความรู้ก่อนปฏิบัติงาน

ข้อปฏิบัติที่ 8 การเฝ้าระวังบุคลากร ควรจัดให้มีการลงนาม วัน เวลา ลักษณะการสัมผัสของบุคลากรทุกคนที่เข้าปฏิบัติงานกับผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ นอกจากนี้ควรจัดให้มีระบบเฝ้าระวังอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในสถานพยาบาล หากมีอาการไข้หรืออาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ต้องหยุดงาน และ แยกตนเองจากผู้อื่น รวมทั้งไปพบแพทย์ และควรจัดให้มีระบบการคัดกรอง มิให้บุคลากรที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ขึ้นปฏิบัติงาน

ข้อปฏิบัติที่ 9 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติ คือ จำกัดการเคลื่อนย้ายเท่าที่จำเป็น เพื่อลดการกระจายเชื้อ จัดเส้นทางที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ให้ผ่านฝูงชน และต้องแจ้งบุคลากรปลายทางที่จะรับผู้ป่วยเพื่อสวมใส่เครื่องป้องกันร่างกายตามความเหมาะสม บุคลากรที่ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย สวมใส่เครื่องป้องกันร่างกายตามความเหมาะสมของลักษณะการสัมผัส ได้แก่ mask หรือ ถุงมือ สวมหน้ากากอนามัย ให้ผู้ป่วยเสมอ (หากผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ) เมื่อจะต้องเคลื่อนย้าย และ ถ้ามีการเคลื่อนย้ายโดยรถพยาบาล บุคลากรที่นำส่งจะต้องสวมใส่เครื่องป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม และปฏิบัติ infection control practice อย่างเคร่งครัด และวิธีการทำความสะอาดรถพยาบาลหลังจากส่งผู้ป่วยแล้ว ให้เช็ดพื้นและผนังห้องโดยสารผู้ป่วยด้วยน้ำยาทำความสะอาดตามปกติ หากบริเวณใดเปรอะเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งให้เช็ดออกให้มากที่สุด ด้วยกระดาษชำระแล้วทำความสะอาดด้วยน้ำผงซักฟอกหรือน้ำยาทำความสะอาดตามปกติ จากนั้นเช็ดบริเวณนั้นด้วย 0.05% sodium hypochlorite ทิ้งไว้ 15 นาที หรือเช็ดด้วย 70% alcohol

ข้อปฏิบัติที่ 10 สายด่วนไข้หวัดใหญ่ (Influenza hotline) ของสถานพยาบาลในสถานการณ์การระบาดซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก การจัดตั้งสายด่วนไข้หวัดใหญ่ของสถานพยาบาลจะช่วยแบ่งเบาภาระของสถานพยาบาล เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่จะมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ ซึ่งหน้าที่ของสายด่วนไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ประจำสถานพยาบาล คือ การคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การติดตามอาการผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การลงทะเบียน ชื่อ และที่อยู่ผู้ป่วยที่โทรเข้ามายังสายด่วน จากนั้นจึงประสานข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลเสริมในการประเมินสถานการณ์การระบาด

ข้อปฏิบัติที่ 11 ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับศพ มีแนวทางการปฏิบัติในสถานพยาบาล คือ บุคลากรที่จัดการเกี่ยวกับศพต้องปฏิบัติตาม standard precautions อย่างเคร่งครัด สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่งจากศพ หากต้องสัมผัสศพ ต้องล้างมือหลังสัมผัสเสมอ แต่เมื่อจำเป็นต้องมีการผ่าศพพิสูจน์ (Autopsy) ควรทำในห้องที่เป็น negative air pressure room หรือห้องที่มีการระบายอากาศที่ดี (อย่างน้อย

12 air change per hour) บุคลากรต้องสวมใส่เครื่องป้องกันร่างกาย คือ N95 mask goggles กาวน์กันน้ำ ถุงมือ หมวกคลุมผม และต้องกระทำโดยระมัดระวังอย่างยิ่ง โดยมีหลักการ คือ จำกัดบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้น้อยที่สุด ควรใช้อุปกรณ์เท่าที่จำเป็น หากเป็นอุปกรณ์ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งจะเหมาะสมกว่า การส่งต่ออุปกรณ์ต้องใช้ภาชนะเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากของมีคม หลีกเลี่ยงการกระทำที่จะทำให้เกิดฝอยละออง เช่น การใช้เลื่อยไฟฟ้า หากจะต้องทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝอยละออง (Aerosolization) ควรทำได้นำโดยเฉพาะการผ่าปอดและลำไส้ และระมัดระวังการกระเด็นของสารคัดหลั่งจากศพขณะทำการตรวจศพ

1.5 แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (2552)

ข้อปฏิบัติที่ 1 ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคแก่บุคลากร ดังนี้

1) ระยะฟักตัวของโรคอยู่ในช่วงเวลาประมาณ 1-7 วัน หลังจากการสัมผัสเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และระยะการแพร่กระจายของโรคสู่ผู้อื่นสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 1 วันก่อนเกิดอาการจนถึงประมาณ 5-7 วัน หลังเริ่มมีอาการ

2) การแพร่กระจายและการติดต่อของโรคทำได้โดยการไอจามรดกัน การหายใจเอาเชื้อไวรัสที่ปะปนอยู่ในฝอยละออง น้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ซึ่งเกิดจากการไอจามของผู้ป่วย และฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศ สัมผัสน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ โดยการหยิบจับสิ่งของเครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น และเครื่องใช้ในที่สาธารณะ เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า ลูกบิดประตู ราวโหนบนรถเมย์ ราวบันได เป็นต้น แล้วใช้มือที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสมาสัมผัสบริเวณใบหน้า

ข้อปฏิบัติที่ 2 การแบ่งระดับผู้ป่วยแบ่งได้ 2 ระดับ

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวัง และเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ หายใจผิดปกติ (หอบ หายใจลำบาก) ปวดกล้ามเนื้อ หรือวินิจฉัยสงสัยว่าเป็นปอดบวม หรือไข้หวัดใหญ่ หรืออาจมีไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศา) หรือไม่มีก็ได้ร่วมกับ มีประวัติอาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากพื้นที่ ที่มีการระบาดของโรค ซึ่งหมายถึง สถานที่ทำงาน หรือประเทศที่ยืนยันว่ามีการระบาดในชุมชน ในระยะ 7 วันก่อนวันเริ่มมีอาการเจ็บป่วย หรือ มีประวัติสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรค

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Confirm case) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

โดยวิธีการตรวจเพาะเชื้อไวรัส (PRC) ซึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย พิจารณาตรวจในกรณีต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือ ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ หรือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ หญิงมีครรภ์ เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับ long term aspirin treatment หรือ ผู้ป่วยที่เป็นบุคลากร โรงพยาบาล กรณีสอบสวนโรคตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้ป่วยกรณีอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

ข้อปฏิบัติที่ 3 แนวทางการให้ยาด้านไวรัส โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีอาการและการดำเนินโรค ไม่แตกต่างจากโรคไข้หวัดใหญ่ทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายเองได้ และการให้ยาด้านไวรัสมีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และมีรายงานการเกิดอาการทางจิตประสาทจากยา รวมถึงอาจทำให้ไวรัสคือยาได้ในอนาคต กรณีให้ยาเพื่อการรักษา ต้องพิจารณาให้ในกลุ่มผู้ป่วยต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) ผู้ป่วยอื่นๆที่ยืนยันว่าเป็นโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา โดยแพทย์ที่ แพทย์สามารถสั่งยาด้านไวรัส oseltamivir ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อและกุมารแพทย์โรคติดเชื้อ 4) กรณีที่ไม่ได้สัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ หรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ surgical mask อาจเพียงพอที่จะป้องกันโรค

ข้อปฏิบัติที่ 4 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 หากมีข้อบ่งชี้ที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล หากเป็นผู้ใหญ่ผู้ใหญ่ให้รับไว้ที่ห้องแยกโรคสำหรับผู้ใหญ่ และผู้ป่วยเด็กให้รับไว้ที่ห้องแยกโรคสำหรับเด็ก

ข้อปฏิบัติที่ 5 การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อบุคลากร ทุกระดับ ของโรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามหลักการของ standard precaution และ isolation precautions อย่างเคร่งครัด ดังนี้

1) บุคลากรพิจารณาการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เหมาะสมกับกิจกรรมการรักษายาบาล โดยใช้หน้ากาก N95 ใช้ในกรณี เมื่อบุคลากรที่ต้องเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งส่งตรวจโดยตรง เช่น ส่งสิ่งส่งตรวจ หรือใส่ท่อช่วยหายใจ สำหรับ surgical mask ใช้ในกรณี บุคลากรที่ตรวจ หรือคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องสงสัยว่าติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โดยสวม surgical mask ให้ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการไอจาม และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และ อุปกรณ์ร่างกายต้องใส่ และถอดอย่างถูกวิธี เพื่อระวังเรื่องการปนเปื้อนและการแพร่กระจายเชื้อ

- 2) การรักษาสุขภาพอนามัยของมือ (Hand hygiene) บุคลากรทุกระดับต้องล้างมือก่อน-หลังดูแลและสัมผัสผู้ป่วย เก็บสิ่งส่งตรวจ ทำหัตถการต่างๆ โดยฟอกมือด้วย 4% chlorhexidine scrub หรือทำความสะอาดด้วย alcohol hand rub
- 3) บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน หรือการเกิดอุบัติเหตุ
- 4) การจัดการผ้าเปื้อน และขยะมูลฝอย อุปกรณ์ disposable ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 5) ควรแยกอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับทำความสะอาด (0.5% Sodium hypochlorite) ไว้ใช้เฉพาะในห้องแยกเท่านั้น ไม่นำไปปะปนกับบริเวณอื่น
- 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หากจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย ต้องให้ผู้ป่วยใส่ surgical mask

ข้อปฏิบัติที่ 6 การปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 หรือเป็นโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ต้องตระหนักถึงหลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยจัดแบ่งตามแนวทางของงานการพยาบาลได้เป็น 3 หน่วย ได้ดังนี้

หน่วยที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวัง และ มีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 พยาบาลในหน่วยคัดกรองมีบทบาท คือ คัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ check list เพื่อคัดกรองอาการสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ให้เจาะเลือด และเก็บเสมหะผู้ป่วย พร้อมบรรจุสิ่งส่งตรวจให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ ให้การพยาบาลโดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพพร้อมให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
- 2) ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และบรรเทาอาการไม่สุขสบาย
- 3) แนะนำเรื่องการรับประทานยา (Oseltamivir/Tamiflu) ให้ครบ 5 วัน พร้อมแนะนำอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส
- 4) แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ พร้อมวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย



5) การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆเมื่อต้องรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล

หน่วยที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย คือ จัดการให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การเฝ้าระวังสังเกตอาการเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผิวหนังให้คงความสมบูรณ์ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การดูแลความสมดุลของการได้รับอาหาร และน้ำ

หน่วยที่ 3 การรายงานผู้ป่วย โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ รายงานผู้บริหาร และดำเนินการแจ้ง ฝ่ายระบาดวิทยา กองควบคุมโรค สำนักอนามัยเพื่อการเฝ้าระวังสอบสวนผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ตามใบแจ้งผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ ถึงสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ภายใน 24 ชั่วโมง

สรุปได้ว่า บุคลากรในสถานพยาบาลและพยาบาล นอกจากจะมีหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและรายงานจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อแล้ว ยังต้องคำนึงถึงหลักสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ็บป่วยรวมทั้งการป้องกันความเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วย

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

การบริการทางสุขภาพมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในปัจจุบันทั้งทางด้านการเกิดโรคระบาดใหม่ ด้านสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ประกอบกับความต้องการของผู้ใช้บริการที่ต้องการบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ดังนั้นในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจึงมีขอบเขตความรับผิดชอบที่กว้างขวางขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายการปฏิบัติงาน และขอบเขตของงานการพยาบาล ดังนี้

2.1 ความหมายของการปฏิบัติงาน

Gibson (1982) ให้ความหมายของการปฏิบัติงานว่า เป็นการรวบรวมผลลัพธ์ทั้งหมดในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายขององค์กรทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

Whetten and Cameron (2002) ให้ความหมายของปฏิบัติงานว่า เป็นผลที่เกิดจากความสามารและารุงใจที่เกิดขึ้นในบุคคล ซึ่งความสามารถเกิดจากความฉลาด การเรียนรู้และแหล่งทรัพยากร

Rue and Byars (2003) ให้ความหมายของการปฏิบัติงานว่าเป็นประสบการณ์ทางสังคมของบุคคลที่เกิดจากการรวมกันระหว่างความพยายาม การรับรู้บทบาท และผลผลิตเชิงผลลัพธ์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของปฏิบัติงานคือการดำเนินกิจกรรมที่ต้องกระทำโดยต้องมีระเบียบหรือแบบแผนในการดำเนินการนั้นๆ

ธงชัย สันติวงษ์ (2546) ให้ความหมายการปฏิบัติงานว่า เป็นการกระทำกิจกรรมในความรับผิดชอบให้ประสบความสำเร็จ

สรุปได้ว่า การปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมในความรับผิดชอบให้บรรลุผลสำเร็จขององค์กร ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับประสิทธิผลและประสิทธิภาพ โดยอาศัยความสามารถ ทักษะ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ความพยายาม การุงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรที่เหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาล มีผู้ให้ความหมายดังนี้

Swansburg (1995) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาลว่า เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล โดยมีพื้นฐานมาจากการศึกษา และสามารถสังเกตได้จากการทำงานกับผู้รับบริการ

Kenny (1995 อ้างในธีรภัทร แสนนุดดา, 2546) อธิบายการปฏิบัติงานของพยาบาลไว้ว่าเป็นศาสตร์และศิลป์ พยาบาลต้องมีบทบาทที่มีความรับผิดชอบ และเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพและเป็นนักบริหาร

CAN Conection (1984 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การปฏิบัติกรพยาบาล หมายถึง การระบุง การรักษา การตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสจะเกิดขึ้นรวมถึงการปฏิบัติหรือการนิเทศ การกระทำหรือการกระทำทั้งโดยตรงและโดยอ้อมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย บรรเทาความทุกข์ทรมาน การฟื้นฟูสภาพของบุคคลและการพัฒนาสุขภาพให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และรวมทุกแง่ทุกมุมของกระบวนการพยาบาล

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 (2540 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2542) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาลว่า เป็นการกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการ

ส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล

ธีรภัทร แสตนบุคคา (2546) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติในการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาให้บุคคลคงไว้ซึ่งสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์สังคม ทั้งในยามเจ็บป่วยและในยามปกติโดยอาศัยหลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาลในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จอย่างถูกต้องเหมาะสมตามขอบเขตหน้าที่ที่รับผิดชอบและอยู่บนความเคารพในคุณค่าของบุคคล

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติงานของพยาบาล เป็นการกระทำต่อมนุษย์ ที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยโดยการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค และมุ่งเน้นให้บริการครอบคลุมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยใช้หลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ผสมผสานความรู้และประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพตามขอบเขตหน้าที่ โดยต้องเคารพในคุณค่าของบุคคล

2.2 ขอบเขตการปฏิบัติงานพยาบาล

ขอบเขตของการปฏิบัติงานพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติงานที่วิชาชีพพยาบาลมีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพการพยาบาล สถานพยาบาลอธิบายว่าการปฏิบัติงานพยาบาลไม่สามารถกำหนดขอบเขตแยกออกจากวิชาชีพอื่นได้อย่างชัดเจน เพราะการปฏิบัติงานของพยาบาลต้องยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนให้มากที่สุด ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความก้าวหน้าขององค์ความรู้ องค์การอนามัยโลก (1996 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้กำหนดขอบเขตของงานพยาบาลของวิชาชีพไว้ ดังนี้

1. การจัดการกับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยพยาบาลกระทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ คือ การประเมิน การเฝ้าระวัง การประสานงาน การดูแลร่วมกับบุคคลและครอบครัว ชุมชน ตรวจค้นและให้การรักษาเบื้องต้นในผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และเกิดโรคประจำถิ่น ตลอดจนเฝ้าติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ซึ่งการกระทำอยู่ภายใต้สัมพันธภาพที่ให้การสนับสนุนเอื้ออาทร ยอมรับ ความรู้สึก ความเชื่อนบนธรรมเนียมประเพณี และประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

2. การเฝ้าระวังและติดตาม เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลในบทบาทหน้าที่พยาบาล ซึ่งต้องรับผิดชอบการปฏิบัติงานของตนในฐานะวิชาชีพ เช่น การควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลของตน และการปรึกษานุเคราะห์อื่นตามความเหมาะสม

3. การจัดระบบ และมีทักษะในการบริหารจัดการในระบบสุขภาพ โดยพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการจัดการระบบบริการสุขภาพ และสามารถบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

4. การช่วยเหลือและการดูแล เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ช่วยสร้างบรรยากาศส่งเสริมการฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ได้มีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลสุขภาพ และปัญหาของตนเองด้วยการจัดการเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลสนับสนุนการพัฒนาครอบครัว ชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการเกิด แก่ เจ็บ ตาย อย่างสงบ

5. การสอน เป็นบทบาทสำคัญสำหรับพยาบาล เพราะข้อมูลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการพึ่งพาตนเองของผู้ใช้บริการ การสอนหรือการให้ข้อมูลนั้นจะต้องปฏิบัติเมื่อผู้ใช้บริการมีความพร้อม โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม

6. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การดูแล และฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

7. การจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งพยาบาลไม่เพียงแต่มีทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน แต่ต้องสามารถจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน และสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมโดยที่ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

นอกจากนี้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 มาตรา 4 กำหนดขอบเขตการประกอบวิชาชีพพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. การสอนและ การให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ
3. การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกัน
4. การช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทัศนา บุญทอง (2543) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการบริการ

สุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สามารถจำแนกลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 6 หมวดงาน ดังนี้

หมวดงานที่ 1 การตรวจและรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น เป็นการบริการพยาบาลให้ผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงสามารถตรวจพบได้ง่ายด้วยวิธีการที่ไม่ซับซ้อน

หมวดงานที่ 2 การพยาบาลครอบครัวและชุมชน เป็นการบริการพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริม ดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิกทุกคน ในครอบครัว การติดตามพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง

หมวดงานที่ 3 การพยาบาลแม่และเด็ก เป็นการบริการพยาบาลที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลทารกแรกเกิด และให้บริการกรณีที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมีบุตร

หมวดงานที่ 4 การควบคุมและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เป็นการบริการพยาบาลที่ครอบคลุมงาน 4 ประเภทงาน คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การเป็นผู้นำเพื่อสุขภาพชุมชน 3) การค้นหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อประสิทธิภาพการบริการ 4) การเป็นผู้นำการพัฒนาระบบและทีมสุขภาพ

หมวดงานที่ 5 การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลัน เป็นการบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยที่มารักษาในสถานบริการ เช่น การเตรียมการตรวจร่างกาย การแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อน

หมวดงานที่ 6 การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ และฉุกเฉิน เป็นการบริการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน

สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2549) อธิบายการปฏิบัติงานตามขอบเขต และหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการ/งานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Operation/Expertise) เช่น การปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการเพื่อให้การบริการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ และการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดแนวทางตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานจริยธรรม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการ

2. ด้านการวางแผน (Planning) เช่น พยาบาลต้องวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการประสานงานส่งต่อการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการร่วมในการวางแผนการพัฒนากฎหมายบริการพยาบาลตามขอบเขต เป้าหมาย และตัวชี้วัด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

3. ด้านการประสานงาน (Communication and cooperation) โดยพยาบาลต้องร่วมกับทีมแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามขอบเขตพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อให้กระบวนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และการประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผลลัพธ์ทางการเกิดประโยชน์สูงสุด

4. ด้านบริการวิชาการ (Service) เช่น พยาบาลต้องสามารถสอนและให้คำแนะนำด้านสุขภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ทราบวิธีปฏิบัติให้ปลอดภัยจากโรคต่างๆ และ ให้คำแนะนำปรึกษาด้านสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

ศาสตราจารย์ ทองรัช (อ้างถึงใน ธีรภัทร แสนบุคดา, 2546) ได้แบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาลต่อสังคมว่ามี 3 ลักษณะ คือ

1. หน้าที่ให้การดูแล (Care) เป็นหน้าที่ดั้งเดิมและหน้าที่หลักของพยาบาล การดูแลที่เกิดจากความเอื้ออาทร เอื้ออารี และปรารถนาที่จะเห็นผู้รับบริการมีความสุขนั้น เริ่มต้นอย่างง่ายเกี่ยวกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า ผู้ให้บริการใช้ความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม บวกด้วยความผูกพันส่วนตัว ความห่วงใย ความปรารถนาดี และทัศนคติที่ปรารถนาจะให้ความช่วยเหลือทำให้ผลงงานการดูแลนั้นได้ผลซาบซึ้งใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. หน้าที่ให้การรักษา (Cure) หน้าที่ด้านการดูแลและการรักษาจะแยกจากกันไม่ได้ บริการการดูแลเป็นสำคัญมีผลต่อการรักษาอย่างยิ่ง หน้าที่ของพยาบาลด้านการรักษามีได้มีความหมายเช่นการรักษาของแพทย์ แต่มีความหมายในฐานะสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาทางการแพทย์ หน้าที่ด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรักษา การปฏิบัติกรทดลอง วินิจฉัยและการรักษา พยาบาลจะให้บริการด้านนี้ได้ดีจะต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของแพทย์ โดยเฉพาะกิจกรรมการรักษาแต่ละชนิดเข้าใจและมีความรู้ในความก้าวหน้าของโรค การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย และผลที่เกิดขึ้นจากการรักษาต้องการความรู้พื้นฐานทางเคมี พยาธิสภาพ หน้าที่ของพยาบาลในด้านนี้เกี่ยวข้องกับการสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ปฏิกริยาต่อยาและการรักษา การจดบันทึกรายงานความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาจะต้องอยู่ที่ผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบายมากที่สุดต้องเจ็บปวด ทนทุกข์และกลัวน้อยที่สุด และให้ความปลอดภัยมากที่สุด จะต้องให้คำบอกกล่าวแก่ผู้รับบริการก่อนลงมือปฏิบัติ และชวนสนทนาให้คำแนะนำระหว่างปฏิบัติการพยาบาลด้านการรักษาทุกครั้ง

3. หน้าที่การประสานงาน (Coordination) ในปัจจุบันการบริหารด้านสุขภาพอนามัยของพยาบาลแตกต่างไปจากอดีต ซึ่งมีเพียงพยาบาลกับผู้รับบริการ แต่ปัจจุบันมีบุคลากรในทีมสุขภาพอีกเป็นจำนวนมากเกี่ยวข้องด้วย ถึงแม้ว่าบุคลากรในทีมสุขภาพแต่ละวิชาชีพจะมี

เป้าหมายร่วมกันในการดูแลด้านสุขภาพอนามัย แต่ก็ยังมีข้อปดักย่อย จุดเน้นที่สำคัญของวิชาชีพที่แตกต่างกัน พยาบาลเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยวิชาชีพเดียวกันที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการและครอบครัวมากที่สุด และหน้าที่ในการดูแลที่ต้องดูแลบุคคลทั้งหมดทำให้พยาบาลมองผู้รับบริการในมุมกว้าง สามารถประสานงานงานเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการได้ดี หน้าที่นี้เป็นหน้าที่สำคัญที่ต้องการทักษะในการสื่อสาร และมีมนุษยสัมพันธ์เพิ่มเติมจากทักษะการปฏิบัติหน้าที่ดูแลและหน้าที่รักษามาแล้วข้างต้น เพราะพยาบาลทำงานร่วมกับทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและหายป่วยจากโรค

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้กล่าวถึงลักษณะการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบในด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานในการให้การพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนและให้การพยาบาล ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม และเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ โดยต้องใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และครอบครัว ทั้งในยามเจ็บป่วยและยามปกติและในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย รวมถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมและจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล

2. ด้านการบริหารจัดการ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การดูแลภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ เพื่อให้เข้าใจถึงคุณภาพบริการพยาบาล โดยมีส่วนร่วมในการสร้างทีมพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ การร่วมกันในการแก้ปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดจากระบบงานบุคคล และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมร่วมกันกับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ

3. ด้านวิชาการ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวิจัย และนำผลการวิจัย

มาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาล การปฐมภูมิเทศ หรือการเป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่

4. ปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานตามหน่วยงานต่างๆ โดยพยาบาลต้องถือปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาล

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ขอบเขตของการปฏิบัติงานของพยาบาลจะครอบคลุมการปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน พยาบาลต้องสามารถผสมผสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตลอดจน ครอบครัว บุคคล และชุมชน การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพนั้น ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ รวมไปถึงการเป็นผู้ประสานงาน และงานด้านวิชาการแล้ว พยาบาลยังต้องสามารถปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงและความต้องการของประชาชนในระบบบริการสุขภาพด้วย เช่น ในสถานการณ์การเกิดโรคระบาดใหม่ พยาบาลซึ่งเป็นกลจักรสำคัญในระบบบริการสุขภาพต้องมีศักยภาพในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดด้านการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมาเป็นกรอบในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

2.3 งานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นงานสนับสนุนสำคัญของการบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะบริการพยาบาลที่มีกิจกรรมหลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่สัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ดังนั้นงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงจัดอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายหลักของการดำเนินงานคือเป็นระบบสนับสนุนทางวิชาการ การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล และระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลในด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อของผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2542) เมื่อเกิดการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องมีบทบาทสำคัญและร่วมมือกับบุคลากรหลายฝ่ายในการควบคุมการระบาดให้สงบโดยเร็ว (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2548) ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลในการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ มีดังต่อไปนี้

วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร (2542) กล่าวถึงการปฏิบัติงานพยาบาลในการควบคุมการติดเชื้อ ดังนี้

1. พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยตรง (Infection Control Nurse: ICN) เป็นพยาบาลที่รับผิดชอบโดยตรงในการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการช่วยให้การติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.1 การเฝ้าระวังและสืบค้น (Surveillance and investigation) เพื่อประเมินสถานการณ์ของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและค้นหาว่ามีภาวะระบาดหรือไม่

1.2 การตรวจสอบคุณภาพประจำ (Routine monitoring) โดยการกำหนดเป็นนโยบาย และแผนงานว่าจะประเมินอะไรบ้าง เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการในส่วนของการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.3 การให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อต้องสามารถตอบคำถาม และให้คำปรึกษา ชี้แนะจากบุคลากรในโรงพยาบาลเมื่อประสบปัญหาต่างๆ ได้

1.4 การร่วมเป็นกรรมการต่างๆของโรงพยาบาล (Committee involvement) ซึ่งเป็นทางที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจะได้นำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง และต้องมีส่วนร่วมในการประชุมคณะกรรมการต่างๆ เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.5 การควบคุมบุคลากรให้ปฏิบัติตาม (Regulatory compliance) เนื่องจากการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรให้ปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือมาตรฐานในการปฏิบัติ

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยทั้งที่มีการติดเชื้ออยู่แล้ว และยังไม่มีการติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วย วางแผนและให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บป่วยรวมทั้งปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล และต้องควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่ผู้ป่วยอื่นๆ ผู้เข้าเยี่ยม บุคลากรผู้ให้บริการ รวมทั้งการแพร่ของเชื้อสู่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น อากาศ สถานที่ อุปกรณ์ของใช้ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีหน้าที่สำคัญ ดังนี้

2.1 การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย (Risk assessment) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคลว่า เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น หรือบางรายอาจเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อหรือป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

2.2 การปฏิบัติการพยาบาลตามเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) และสุขอนามัยที่ดี (Good hygiene) ดังต่อไปนี้

2.2.1 เทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ซึ่งเป็นหลักในการป้องกันไม่ให้เชื้อกระจายไปสู่ผู้อื่น (Ayliffe and Collin, 1996) ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ซึ่งจากแนวคิดของ Sitter and Kockrow (1995) ได้แบ่งตามเทคนิคการปฏิบัติได้เป็น 2 ระดับ ดังนี้

1) เทคนิคปลอดเชื้อทางศัลยกรรม (Surgical asepsis technique) เป็นการปฏิบัติเพื่อทำลายเชื้อโรค หรือสปอร์ออกจากอุปกรณ์หรือบริเวณที่ต้องการให้ปราศจากเชื้อใช้ในการปฏิบัติที่จำเพาะหรือต้องอาศัยความชำนาญเป็นพิเศษ เช่น การทำแผลผ่าตัด

2) เทคนิคปลอดเชื้อทางอายุรกรรม (Medical asepsis or clean technique) เป็นการยับยั้งการเพิ่มจำนวนและการแพร่กระจายของเชื้อโรค ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันกับผู้ป่วย เช่น การล้างมือ การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน เป็นต้น

2.2.2 การล้างมือ (Handwashing) มือของบุคลากรถือเป็นพาหะนำเชื้อที่สำคัญในการนำเชื้อโรคจากบุคลากรสู่ผู้ป่วยและเครื่องใช้ต่างๆ นอกจากนี้อาจทำให้บุคลากรนั้นมีการติดเชื้อด้วย เพราะมือเป็นอวัยวะส่วนที่ใช้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมผัสสารคัดหลั่งที่ออกจากตัวผู้ป่วย ดังนั้นการล้างมือจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2.2.3 การดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วย (Bathing the patients) เป็นการขจัดสิ่งสกปรกและเชื้อโรคออกจากผิวหนังของผู้ป่วย ทั้งนี้รวมถึงทำความสะอาดในช่องปากและ บริเวณอวัยวะที่ใช้จับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วย

2.2.4 การแยกผู้ป่วยและการระมัดระวังไม่ให้เชื้อแพร่กระจาย (Isolation precautions) ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อ ซึ่งอาจจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น โดยอาจเป็นผู้ป่วยด้วยตนเอง ผู้เข้าเยี่ยมหรือนุคลากรผู้ดูแล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสามารถทำได้โดย การแยกผู้ป่วย และการใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจาย (Isolation precaution) (Weston, 2008) โดยหลักการป้องกันการแพร่กระจายดังกล่าวทำได้โดยการแยกผู้ป่วยพร้อมอุปกรณ์เครื่องใช้ รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันผู้ที่จำเป็นต้องเข้าไปสัมผัสผู้ป่วย ต้องใช้ผ้าปิดปากจมูก การสวมเสื้อคลุม ทั้งนี้ต้องใช้วิธีการปฏิบัติในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้องเหมาะสม สิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออีกอย่างหนึ่ง คือ การล้างมือ

2.2.5 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (Disinfection and sterilization) เป็นการกำจัดเชื้อโรคออกจากอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ

2.3 การควบคุมสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย (Environment control) สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ รวมถึงอากาศภายในหอผู้ป่วย ซึ่งสามารถเป็นแหล่งของเชื้อโรคและก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นควรใช้หลักเพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล (WHO, 2004) ดังนี้

2.3.1 การจำกัดการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม โดยดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาด แห้ง มีแสงสว่าง และการระบายอากาศที่ดี ระบบน้ำที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ

2.3.2 การดูแลให้ผู้ป่วย และบุคลากรมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค เช่น การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอในผู้ป่วย หรือการได้รับวัคซีนในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ

2.3.3 ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ควรห้ามไม่ให้บุคลากรหรือผู้เข้าเยี่ยมที่มีโรคติดเชื้อทุกชนิดเข้าสัมผัสผู้ป่วย บิดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดในการให้การรักษาผู้ป่วย เป็นต้น

2.4 มีมาตรการในการกำจัดขยะ หรือ สารคัดหลั่ง ผ้าเปื้อนอย่างถูกต้อง

อะเคื่อ อุณหเลขกะ (2548) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการควบคุมและสอบสวนการระบาด ว่า พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีความสำคัญยิ่งในการค้นหาความผิดปกติของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เพราะการค้นพบว่าเกิดความผิดปกติได้รวดเร็วเพียงใด โอกาสในการควบคุมการระบาดก็จะเร็วขึ้นเท่านั้น บุคลากรจะต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพบผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ไม่เคยพบมาก่อน เช่น พบเชื้อที่มีลักษณะการคือยาต้านจุลชีพหลายชนิดที่ไม่เคยพบมาก่อน พบเชื้อชนิดเดียวกัน มีลักษณะการคือยาเช่นเดียวกันเกิดขึ้นในผู้ป่วยหลายรายในเวลาใกล้เคียงกัน ต้องแจ้งให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อทราบโดยเร็ว เพื่อหาว่าเกิดการระบาดขึ้นหรือไม่ และรีบดำเนินการควบคุม ในกรณีเกิดการระบาด บุคลากรในหอผู้ป่วยจะมีความสำคัญในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อ และการค้นหาผู้ป่วยในการระบาดเพิ่มเติม รวมทั้งเก็บตัวอย่างส่งตรวจจากผู้ป่วย บุคลากรและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เพื่อค้นหาแหล่งโรคที่เป็นสาเหตุของการระบาด ในขณะที่ดำเนินการสอบสวน จะต้องควบคุมการระบาดไปด้วยโดยใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อที่สำคัญ

คือ การล้างมือ และมาตรการอื่นๆ ที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติตามคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด

สมพร สันติประสิทธิ์กุล (2551) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่ (Emerging disease) ซึ่งหมายถึงโรคที่เกิดขึ้นครั้งแรกโดยไม่พบการก่อให้เกิดอาการผิดปกติหรือโรคในคนหรือสัตว์มาก่อน แม้ว่าจะเคยพบเชื้อที่ก่อโรคนั้นมาก่อนแล้ว แต่ไม่เคยมีรายงานว่าเชื่อดังกล่าวนั้นก่อให้เกิดโรค ซึ่งเมื่อมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้น การปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นมีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อ ตั้งแต่เริ่มแรกจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นผู้ประสานการปฏิบัติตามมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรทุกระดับ โดยมีมาตรการควรกระทำเมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่ 5 มาตรการ ดังนี้

1. การจัดเตรียมสถานที่ การจัดห้องสำหรับสำหรับดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือเป็นโรคอุบัติใหม่ ตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาโรงพยาบาลมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1.1 จุดคัดกรอง กำหนดให้มีจุดคัดกรองที่ชัดเจน มีการระบายอากาศอย่างดี ไม่อยู่ลึกเกินไป เนื่องจากอาจมีการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ที่สงสัยติดเชื้อระหว่างการเดินทางสู่จุดคัดกรอง ดังนั้นจุดคัดกรองควรอยู่บริเวณด้านหน้าของโรงพยาบาลและไม่ไกลจากจุดจอดรถของญาติ เพื่อส่งผู้ป่วยเข้าตึกรักษาและเป็นจุดที่ผู้ป่วยและญาติต้องทำประวัติก่อนการตรวจรักษาประจำ เพราะมักเป็นจุดที่ผู้ป่วยและญาติจะมุงตรงมาก่อนจุดอื่นเพื่อรับการรักษา

1.2 ห้องคัดกรอง ควรจัดห้องคัดกรองไม่ให้ไกลจากจุดคัดกรองมากนักเพื่อสะดวกในการส่งผู้ป่วย ควรจัดให้อยู่มุมใดมุมหนึ่งของพื้นที่ ไม่จำเป็นต้องติดเครื่องปรับอากาศ แต่ต้องมีการระบายอากาศที่ดี สามารถเปิดหน้าต่างได้ และเปิดพัดลมตลอดเวลาขณะปฏิบัติงาน โดยเปิดพัดลมหันออกนอกหน้าต่างเพื่อให้อากาศสามารถระบายออกนอกหน้าต่างได้ หรือติดตั้งเครื่องดูดอากาศเพื่อเป็นการระบายอากาศก็ได้

1.3 ห้องแยกผู้ป่วย ควรเป็นห้องเดี่ยวที่มีระบบปรับความดันเป็นลบ และต้องติดตั้งเครื่องดูดอากาศภายในห้องให้มีการดูดอากาศออกนอกห้องทางหัวเตียงผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะโดยปกติแล้วบุคลากรจะให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านข้างเตียง เมื่ออากาศถูกดูดออกทางหัวเตียงจะทำให้อากาศไม่ถูกดูดย้อนกลับมาภายในห้อง เป็นการช่วยลดความเสี่ยงของบุคลากรจากการได้รับเชื้อขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย อากาศที่ถูกปล่อยออกนอกห้องควรมีท่อระบายอากาศสูงกว่าอาคารอย่างน้อย 25 ฟุต หรือ 8 เมตร หากไม่สามารถจัดห้องให้มีการปรับความดันได้ อาจใช้ห้องที่มีการระบาย

อากาศได้ดี เปิดหน้าต่างหรือพัดลมระบายอากาศตลอดเวลา นอกจากนี้ต้องมีห้องนำสำหรับผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกและลดการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย

2. อัตรากำลังของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ควรจัดให้เพียงพอแต่ไม่ควรมากเกินไปจนเกินไป อาจใช้เกณฑ์ตามความต้องการของการพยาบาลของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 กรณีที่มีอาการระยะแรก แต่ต้องการได้รับความดูแลอย่างใกล้ชิด ความต้องการพยาบาลเท่ากับผู้ป่วยกึ่งหนัก ซึ่งต้องใช้ชั่วโมงการพยาบาลประมาณ 4.5-5 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

2.2 กรณีที่มีอาการของโรคชัดเจนและมีการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น และผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ความต้องการพยาบาลเท่ากับผู้ป่วยหนักหรือหนักมาก ซึ่งต้องใช้ชั่วโมงการพยาบาลประมาณ 7.5 – 10 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

3. การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ มีหลักการดังนี้

3.1 การแยกผู้ป่วย (Isolation precautions) ควรนำผู้ป่วยไว้ในห้องแยกที่มีระบบปรับอากาศพิเศษ (Air Borne Infection Isolation Room: AIR) คือ การปรับอากาศที่มีความดันเป็นลบและมีระบบการกรองอากาศทั้งที่เข้ามาภายในห้องและออกจากห้องผู้ป่วย หรืออาจเป็นห้องเดี่ยวที่มีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกห้อง

3.2 การปฏิบัติกรพยาบาลด้วยวิธีมาตรฐาน (Standard precautions) เป็นมาตรการหลักในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายจากเลือด สารคัดหลั่ง และสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วย โดยการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย เช่น การสวมถุงมือ ผ้าปิดจมูก-ปาก เว้นตา ป้องกัน เสื้อคลุมสะอาด และผ้ากันเปื้อน รวมทั้งการล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย หรือสารคัดหลั่งต่างๆ และการเปลี่ยนถุงมือหลังการดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการบริหารจัดการเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ปนเปื้อน อุปกรณ์การรับประทานอาหาร ผ้าเปื้อน การป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคม การกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ และการจัดสถานที่สำหรับรับผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาโดยไม่ต้องรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งการปฏิบัติกรพยาบาลด้วยวิธีมาตรฐานถือเป็นหลักการสำคัญที่ป้องกันความเสี่ยงของบุคลากรที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย และลดปัญหาเรื่องการขาดความรู้เรื่องการแพร่กระจายของเชื้อโรคซึ่งอาจเป็นโรคอุบัติใหม่ได้ ทั้งยังป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น หรือญาติผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อม

3.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ฝอยละออง และการสัมผัส (Airborne droplet and contact precaution) เป็นมาตรการเสริมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่ทราบหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศ

(Airborn route) ซึ่งเชื้อชนิดนี้จะมีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอนและเชื้อชนิดนี้สามารถฟุ้งกระจายได้ไปทั่ว หากเชื้อมีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน เชื้อจะสามารถแพร่กระจายทางฝอยละออง (Droplet route) ซึ่งฝอยละอองที่แพร่กระจายเชื้อเกิดขึ้นได้จากการไอ จาม พุด การดูแลเสมหะ ซึ่งระยะการแพร่เชื้อไม่เกิน 3 ฟุต นอกจากนี้เชื้อยังสามารถแพร่กระจายได้โดยการสัมผัส (Contact route) และสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทางเยื่อจมูก ปาก และตา

3.4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม สำหรับสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้มาติดต่อ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต ได้แก่ โครงสร้างทั้งหมดของสถานบริการพยาบาล บริเวณอาคารสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย เครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งสิ่งแวดล้อมทั้งสองอย่างสามารถเป็นแหล่งที่ทำให้เชื้อเกิดการแพร่กระจายได้ ดังนั้นจึงต้องปฏิบัติตามมาตรการการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างเคร่งครัด โดยต้องครอบคลุมการลดปริมาณเชื้อโรค โดยการทำความสะอาด การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ การควบคุมความสะอาดของน้ำดื่ม น้ำใช้ ซึ่งต้องสอดคล้องกับมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล

4. ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร บุคลากรทุกระดับควรได้รับความรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคเพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรมีความพร้อมในด้านต่างๆ คือ หลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติในการใช้เครื่องป้องกันร่างกายได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลต้องมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

5. การจัดอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ สำหรับการปฏิบัติงาน แบ่งได้ 2 ส่วน คือ

5.1 อุปกรณ์เครื่องป้องกันสำหรับบุคลากร บุคลากรต้องมีเครื่องป้องกันอันตรายอย่างพอเพียงและเหมาะสม อุปกรณ์ป้องกันบางอย่างอาจใช้ครั้งเดียวทิ้ง เช่น ถุงมือ หรืออุปกรณ์บางอย่างสามารถใช้ซ้ำได้หลังจากผ่านขั้นตอนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม เช่น เสื้อกาวน์ หมวก รองเท้า สำหรับอุปกรณ์บางอย่างที่มีข้อจำกัดจำเป็นต้องนำมาใช้ซ้ำเฉพาะคน เช่น ผ้าปิดจมูกชนิด N95 ซึ่งจากการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ WHO (อ้างถึงในสมพร สันติประสิทธิ์กุล, 2551) แนะนำให้ใช้ผ้าปิดจมูกชนิด N95 ในกรณีที่ต้องดูแลผู้ป่วยหรือใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วย

5.2 ควรจัดให้มีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยโรค กูชีฟ และสิ่งจำเป็นในการกักตัวไว้ เช่น ปรอทวัดไข้ ไม้กีดกัน เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดใส่ห้อยออกซิเจน อุปกรณ์เจาะ

เลือด อุปกรณ์ต่างๆควรเป็นชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง หากไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวทิ้งได้ ควรปฏิบัติตามมาตรการการทำลายเชื้ออย่างถูกวิธี

กล่าวได้ว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลมีส่วนสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และเมื่อมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นการปฏิบัติงานของพยาบาลก็มีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคอุบัติใหม่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อจะทำหน้าที่โดยตรงในการเฝ้าระวัง และสืบค้น การตรวจสอบคุณภาพ การให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษา การร่วมเป็นคณะกรรมการในการควบคุมการติดเชื้อ และการควบคุมให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมี การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และภาวะเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย การปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อตามแนวทางที่ถูกต้องในการควบคุมการติดเชื้อ การควบคุมสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย การประสานงานกับบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ และการมีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งหลักในการควบคุมการติดเชื้อต้องให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากการติดเชื้อของผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

3. แนวคิดทฤษฎีความปลอดภัยในการทำงาน

3.1 ความหมายของความปลอดภัยในการทำงาน

ผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายของความปลอดภัยในการทำงานไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วิฑูรย์ สิมะ โขคติและวีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2547) กล่าวว่า ความปลอดภัยในการทำงานหมายถึง การปราศจากภัย รวมถึงการปราศจากอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นด้วย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2549) กล่าวว่า ความปลอดภัยในการทำงานหมายถึง ความปลอดภัย และสุขภาพอนามัยที่ดี ในการทำงาน ของผู้ประกอบการอาชีพในสาขาต่างๆ

ติเรก หมานมานะ (2549) กล่าวว่า ความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึงการรอดพ้นจากอันตราย การบาดเจ็บ และการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการหลีกเลี่ยง ป้องกัน และแก้ไขอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน

King and Magid (1979 อ้างถึงใน วราพร ช่างยา, 2551) กล่าวว่า ความปลอดภัยเป็นสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับอันตรายปราศจากซึ่งความเสี่ยงโดยสมบูรณ์ แต่เป็นเพียงความหมายในอุดมคติเท่านั้น โดยความปลอดภัยที่แท้จริงนั้น มีสาระที่การป้องกันจากความเสี่ยงมากกว่า

International Labour Organization (ILO) and The World Health Organization (WHO) (1995) กล่าวว่า ความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึง การป้องกันอันตรายหรือความเสี่ยงต่างๆ ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม ที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงกระบวนการทำงาน และสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน โดยที่แนวทางความปลอดภัยดังกล่าวต้องตั้งไว้ในระดับสูงสุด

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึงการที่ผู้ปฏิบัติงานรอดพ้นจากอันตราย การบาดเจ็บและการสูญเสีย การเกิดโรคจากการทำงาน รวมถึงการหลีกเลี่ยง ป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานและก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ หรือสภาพสังคม โดยแนวทางความปลอดภัยนั้นจะต้องคำนึงถึงกระบวนการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

3.2 ความสำคัญของความปลอดภัยในการทำงาน

ความปลอดภัยในการทำงาน มีความสำคัญอย่างมาก เพราะหากสามารถควบคุมความสูญเสียในการผลิตอันเนื่องมาจากความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติเหตุได้แล้ว พบว่าประโยชน์ที่เห็นได้ชัดมีดังนี้ (สุรพล พะยอมแย้ม, 2541)

1. ผลผลิตที่เพิ่มขึ้น เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยในการทำงาน และรู้สึกรู้สิดว่าตนปฏิบัติงานอยู่ในสถานที่และในสภาพการณ์ที่ปลอดภัย ผู้ปฏิบัติงานนั้นก็จะมีขวัญและกำลังใจในการทำงานดี ความหวาดกลัวหรือความวิตกกังวลต่อความไม่ปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำ จะมีความมั่นใจและทำงานได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึงผลผลิตโดยรวมย่อมมากขึ้นด้วย
2. ต้นทุนการผลิตลดลง หากเกิดอุบัติเหตุหรือความสูญเสียในการผลิตลดน้อยลง หมายถึงค่าใช้จ่ายสำหรับอุบัติเหตุเหล่านั้นลดลงไปด้วย เมื่อไม่ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในส่วนนี้อีก ต้นทุนการผลิตย่อมลดลงไปตามส่วน
3. กำไรเพิ่มขึ้น เมื่อมีการทำงานอย่างปลอดภัย มีการผลิตเพิ่มขึ้นและต้นทุนการผลิตลดลง โอกาสของการสร้างผลกำไรให้กับสถานประกอบการจะมากขึ้นกว่าเดิม

4. เป็นปัจจัยเชิงใจ ความมั่นใจในความปลอดภัยในการทำงานจะทำให้บุคคลนั้นมีความพร้อมและตั้งใจที่จะทำงานได้มากขึ้น ซึ่งหมายถึงความต้องการที่จะทำงานต่อไปในสถานที่ทำงานนั้น มากกว่าการโอนย้ายงาน

5. การรักษาทรัพยากรบุคคล ความไม่ปลอดภัยในการทำงานหรือการเกิดอุบัติเหตุในระหว่างการปฏิบัติงานก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพย์สินและร่างกายหรือชีวิตของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการสร้างสภาพการทำงานที่ปลอดภัยจึงมีความสำคัญต่อสังคมโดยรวม

ซึ่งสอดคล้องกับ Barling et al (2001) ที่อธิบายว่าความปลอดภัยในการทำงานของบุคคลสามารถก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อองค์กร คือ ทำให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพสูง ปริมาณผลผลิตเพิ่มมากขึ้น ทั้งยังสามารถช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายจากการบาดเจ็บ ตัดเชื้อ การหยุดงาน และลดต้นทุนการฝึกอบรมบุคลากรใหม่มาแทนผู้บาดเจ็บหรือพิการ

สรุป ได้ว่าความปลอดภัยในการทำงานนั้นก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งทั้งต่อบุคคลผู้ปฏิบัติงาน และ ต่อองค์กร คือ สามารถลดต้นทุน และเพิ่มผลผลิต องค์กรมีกำไรเพิ่มขึ้น ทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และสามารถธำรงรักษาทักษะบุคคลไว้ในองค์กรได้เนื่องจากมีสภาพงานที่ปลอดภัย

3.3 แนวคิดทฤษฎีเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน

ความปลอดภัยในการทำงานนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรงแล้ว ยังสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรเป็นอย่างยิ่ง เพราะสามารถทำให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพสูง ปริมาณผลผลิตเพิ่มมากขึ้น ทั้งยังสามารถช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายขององค์กรได้ จากการศึกษพบว่า มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานดังนี้

Machand and Simard (1995 อ้างถึงใน กนกพรพรณ อินพัททัน, 2549) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยในการทำงาน คือ การที่ผู้ปฏิบัติได้เข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องความปลอดภัยของตนเอง จะสามารถโน้มน้าวให้ผู้ปฏิบัติแต่ละคนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้น

Griffith (2002) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยในการทำงาน คือ แนวนโยบายความปลอดภัยที่สามารถเข้าใจได้อย่างดี มีวัตถุประสงค์ความปลอดภัยที่ชัดเจน มีระบบการฝึกอบรมที่ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ การเข้าร่วมรับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยของบุคลากร นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับบุคคลซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงาน เช่น อายุ

งาน ความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล ความรอบคอบ เป็นต้น นอกจากนี้บรรยากาศองค์กรก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย เช่น วัฒนธรรมองค์กร

International Civil Aviation Organization (1992 อ้างถึงใน สุเมธา เสงประเสริฐ, 2548) กล่าวว่า การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยจะประสบความสำเร็จ ผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นในการบริหารความปลอดภัย และผู้ปฏิบัติงานต้องเข้าใจถึงอันตรายที่มีอยู่ในระหว่างปฏิบัติงาน ผู้บริหารยอมรับในความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและยอมรับที่จะแก้ไข ผู้บริหารยินดียอมรับความคิดเห็น ความปลอดภัยเป็นเรื่องที่สำคัญและสามารถที่จะพูดถึงได้ตลอดเวลา องค์การสนับสนุนส่งเสริมงานด้านความปลอดภัย ผู้ปฏิบัติงานได้รับการศึกษาอบรม พัฒนาทักษะด้านความปลอดภัยครบถ้วน

DeReamer (1985) เสนอแนวคิดความปลอดภัยในการทำงาน จาก Supervisor's safety Check List โดยแบ่งพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานออกเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านการตรวจความปลอดภัยและพัฒนาสภาพการทำงาน หมายถึง ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจสอบสภาพการทำงานและการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัยของพนักงาน และพัฒนาปรับปรุงสภาพการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การตรวจตราเพื่อหาจุดอันตราย หรือจุดต่อแหลมอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีคุณภาพ ตลอดจนการจัดสภาพการทำงานที่เหมาะสมให้กับพนักงาน

2. ด้านการสนับสนุนกฎความปลอดภัย หมายถึง ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการปฏิบัติงานของพนักงานให้เป็นไปตามกฎระเบียบของความปลอดภัยที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

3. ด้านการแนะนำและการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย หมายถึง ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการแนะนำ ฝึกอบรมและการให้ความรู้แก่พนักงานในด้านความปลอดภัยให้เป็นไปตามกฎระเบียบแห่งความปลอดภัยที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การให้คำแนะนำ การให้พนักงานที่รับเข้าใหม่หรือพนักงานที่เปลี่ยนตำแหน่งการทำงานใหม่เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อให้รู้จักกับการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ เครื่องจักรหรือขบวนการผลิตอย่างปลอดภัย

4. ด้านการสอบสวนและการรายงานอุบัติเหตุ หมายถึง ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการสอบสวนหาสาเหตุและรายงานอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เพื่อให้ทราบสาเหตุที่

แท้จริงของอุบัติเหตุและหามาตรการแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์เช่นนั้นเกิดขึ้นอีกในอนาคต

นอกจากนี้ Parker et al. (2001) กล่าวว่า บนพื้นฐานของการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานและจุดมุ่งหมายเกี่ยวกับคุณลักษณะที่ดีเลิศของระบบการทำงาน สิ่งสำคัญคือความปลอดภัยในองค์การ ซึ่งไม่แตกต่างจากการบริหารจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆที่ควรตระหนักถึงและควรบริหารจัดการ เช่นเดียวกับคุณลักษณะที่ดี และด้วยเหตุนี้ นโยบายต่างๆที่เป็นที่รู้จักและส่งผลให้เกิดคุณลักษณะที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลในการทำงานนั้นมีหลายอย่างเช่น การปฏิบัติงานเป็นทีม การตัดสินใจ ภาระงาน ระบบการรักษาความปลอดภัยให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การฝึกอบรม ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารรวมทั้งพฤติกรรมความปลอดภัยซึ่งถือว่ามีผลสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานสามารถประเมินได้จากด้านต่างๆ ดังนี้

1. Safety compliance (ความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานต้องเชื่อฟังกฎข้อบังคับปฏิบัติตามวิธีการที่ปลอดภัยในลักษณะท่าทางที่ถูกต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมและการรายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยตามช่องทางที่ถูกต้องซึ่งก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรง

2. Safety participation (การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานต้องเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง แต่ช่วยส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัยมากขึ้นโดยเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยโดยสมัครใจ เช่น การสนใจการประชุมความปลอดภัยและการประกันคุณภาพ การช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานให้ปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และพยายามปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

สุพจน์ เต๋นดวง (2545) ได้อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดความปลอดภัยในการทำงาน 4 แนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข อยู่บนความสัมพันธ์ระหว่างคน (Host) กับเชื้อโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งเป็นพื้นฐานแนวคิดทางด้านระบาดวิทยา โดยที่แนวคิดทางด้านการแพทย์นั้นจะเน้นหนักที่การสืบหาเชื้อโรค การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเชื้อโรคกับร่างกาย และการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เพื่อที่จะเข้าไปทำลายเชื้อ

โรคหรือสิ่งแปลกปลอมให้สำเร็จ แนวคิดทางด้านการแพทย์จะใช้วัฒนธรรมของวิชาชีพมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหรือใช้วัฒนธรรมหลักของสังคมเป็นพื้นฐานในการแนะนำผู้ป่วย เช่น การแนะนำผู้ป่วยให้อยู่ห่างๆหรือหลีกเลี่ยงจากเชื้อโรค หรือหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ให้ระมัดระวัง ซึ่งต่างจากแนวคิดทางด้านอาชีวอนามัยจะเน้นหนักในเรื่องคน (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) มากกว่าการเน้นถึงเชื้อโรค (Agent) เพราะในแนวคิดด้านอาชีวอนามัยนั้น จะแก้ปัญหาโดยเน้นการป้องกัน ซึ่งได้แก่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมของคนเพื่อกำจัดเชื้อโรคออกไปจากวงจร

2. แนวคิดทางวิศวกรรมศาสตร์

แนวคิดนี้สร้างวัฒนธรรมหรือบรรทัดฐาน เรื่องความปลอดภัยในการทำงานให้กับสังคมในรูปคู่มือของความปลอดภัยในการทำงานหรือกฎหมายของรัฐ โดยการเข้ามาให้นิยามหรือความหมายของการเสี่ยง การคำนวณความเป็นไปได้ของความเสี่ยง และการเสนอแนะมาตรฐานหรือวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์อย่างแท้จริง โดยสรุปแนวคิดนี้จึงเน้นให้มีการออกกฎหมายบังคับเพื่อที่จะลดความเสี่ยงและเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี เปรียบกับการพยายามสร้างรั้วรอบๆหลุมเพื่อป้องกันมิให้ผู้ปฏิบัติงานตกลงไป แต่ในความเป็นจริงแล้ว ไม่อาจสร้างรั้วได้ครอบคลุมทุกหลุมและทั่วทุกพื้นที่ เพราะมีลักษณะงานอีกหลายอย่างที่ไม่สามารถแยกอันตรายจากคนได้ จึงยังมีผู้ปฏิบัติอีกจำนวนมากที่ต้องออกไปเสี่ยงกับอันตราย ดังนั้นความปลอดภัยในการทำงานจึงเป็นเรื่องของผู้ปฏิบัติงาน ในการคิดให้ได้ว่าอะไรคืออันตราย และจะทำอะไร อย่างไรกับตัวผู้ปฏิบัติเอง หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติ

3. แนวคิดทางจิตวิทยา

นักจิตวิทยาได้พยายามที่จะรวมเอาวัฒนธรรมเข้ามาในกรอบความคิดในรูปของความเชื่อ และการรับรู้ของประชาชนหรือคนงานเข้าไปในการวิเคราะห์เรื่องความเสี่ยง โดยนักจิตวิทยาตระหนักว่าบุคคลเป็นคนที่มีความรู้สึก ความเชื่อ โดยมีหลักการว่าพฤติกรรมนั้นเป็นผลมาจากการเรียนรู้ โดยพฤติกรรมใดที่ได้รางวัลก็มักจะได้รับการทำซ้ำอีก ซึ่งในชีวิตจริงพฤติกรรมเสี่ยงมักไม่ค่อยได้รับผลในทางลบ แต่มักจะได้ผลในทางบวก เช่น ประหยัดเวลาความสะดวก เมื่อเป็นเช่นนี้ก่อให้เกิดการกระทำซ้ำมากขึ้น จนในที่สุดมนุษย์เรียนรู้ที่จะควบคุมความเสี่ยงของตัวเองและจุดนี้จึงนำไปสู่ความประมาท การละเมิดกฎเกณฑ์ และนำไปสู่พฤติกรรมความผิดพลาดด้วยความประมาท

4. แนวคิดทางสัญลักษณ์นิยม

แนวคิดนี้ต่างจากแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ที่ว่าความเชื่อทางสุขภาพของคนนั้นอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล โดยเฉพาะเรื่องผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตาม ดังนั้นจึงมองว่าการเสี่ยงของคนงานนั้นเป็นสิ่งที่ไร้เหตุผล ไม่น่าทำ เพราะมีแต่ผลเสีย มนุษย์ทุกคนควรเป็นผู้ที่มีเหตุผล และรู้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงนั้นไม่ดีไม่ควรทำ การมองเช่นนั้นเป็นมุมมองจากผู้เชี่ยวชาญหรือวิชาชีพที่ไม่ค่อยยอมรับว่า มนุษย์นั้นอาจไม่มีเหตุผลหรือมีพื้นฐานความเชื่อ หรือเหตุผลที่ต่างไปจากผู้เชี่ยวชาญได้ นอกจากนั้นแนวความคิดความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งวางอยู่บนการเรียนรู้ทางสังคมว่าสิ่งเร้าสามารถจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ทุกเมื่อ โดยละเลยว่ามนุษย์แต่ละคนอาจมีการให้ความหมายของสิ่งเร้าต่างกันออกไป ซึ่งความหมายที่แตกต่างกันออกไปนี้จะเป็นตัวชักนำให้เกิดพฤติกรรมอื่น ดังนั้น แนวความคิดสัญลักษณ์นิยมจึงเน้นการให้ความหมายของสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในบริบทของมัน และจะเน้นที่ความคิดความหมายของคนทั่วไปไม่ใช่ความคิดหรือความหมายของผู้เชี่ยวชาญหรือวิชาชีพเท่านั้น แนวคิดสัญลักษณ์นิยมนี้ให้ความสำคัญกับ ความหมาย ของสิ่งนั้นหรือความเสี่ยงในบริบททางสังคม เช่น กรณีการบังคับรถยกของ ถ้าบังคับด้วยความรวดเร็วถือว่าเป็นความประมาทในสายตาของผู้เชี่ยวชาญ แต่ในมุมมองของแรงงานที่บังคับรถอาจแตกต่างกันไป เนื่องด้วยบริบทขณะนั้นอาจเป็นการแสดงความสามารถเพื่อให้เป็นที่ประจักษ์แก่เพื่อนๆ เพื่อให้ตัวเองเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับมากขึ้นมากกว่าเดิมได้

Strasser et al. (1964) นำเสนอแนวคิดหลักเกี่ยวกับความปลอดภัย ดังนี้

1. แนวคิดจากการพิจารณาพฤติกรรมของมนุษย์ (Human behavior must be considered) โดยการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ เกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ และการขนส่งต่างๆ จะถูกออกแบบ และ สร้างขึ้นมาเพื่อกำจัดความประมาทของมนุษย์

2. แนวคิดการป้องกันอุบัติเหตุ (The prevention of accidents) แนวคิดการป้องกันอุบัติเหตุนี้เป็นความพยายามของมนุษย์ เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัย โดยการให้การศึกษากับมนุษย์ ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายหลัก คือ ต้องการให้มนุษย์เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม

วิทยา อยู่สุข (2552) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการทำงานว่าอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational accidents) เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะการณ์จ้างงานที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตต่อคน ต่อเครื่องจักร อุปกรณ์สิ่งของ อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือช่วงเวลาถัดไปก็ได้ อุบัติเหตุนี้อาจจะเกิดในในสถานที่ทำงานเองหรือนอกสถานที่ทำงานได้ เช่น เกิดระหว่างทางของพนักงานที่ต้องออกไปปฏิบัติงานตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งถ้ามีสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย และการกระทำที่ไม่ปลอดภัยผลที่ตามมา คือ การเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมี 2 สาเหตุหลัก คือ

1. การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe act) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติงานของคนมีผลทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับตนเอง และผู้อื่น เช่น การทำงานโดยขาดความรอบคอบ ขาดความระมัดระวัง ไม่ใส่เครื่องป้องกันร่างกายในขณะที่ทำงาน การเคลื่อนไหวที่เกิดอันตราย ในขณะที่ทำงาน

2. สภาพของงานที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe condition) หมายถึงสภาพของโรงงาน อุตสาหกรรม สภาพเครื่องจักร เครื่องยนต์ ขาดอุปกรณ์ด้านความปลอดภัย เป็นต้น

จิตตราภรณ์ จิตรีเชื้อ (2548) ได้กล่าวถึงความปลอดภัยในการทำงานในโรงพยาบาล สามารถจัดแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือความปลอดภัยในการทำงานด้านบุคลากร และ ความปลอดภัยในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม

1. ความปลอดภัยในการทำงานด้านบุคลากร ซึ่งแนวนโยบายในการดูแลความปลอดภัยด้านบุคลากร มีดังต่อไปนี้

1.1 การให้ความรู้แก่บุคลากร ซึ่งจัดเป็นรากฐานสำคัญทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ซึ่งในยุคปัจจุบันการทำงานด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น การเกิดโรคระบาดใหม่ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานควรได้รับเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน คือ

1.1.1 กิจกรรมประเมินความต้องการในการพัฒนาฝึกอบรม และการเสริมความรู้ตามความต้องการของบุคลากร

1.1.2 บุคลากรใหม่ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการทำงานที่ปลอดภัย

1.1.3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ปลอดภัย

1.1.4 การจัดทำคู่มือ คั่นคว่า เอกสารวิชาการต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรสามารถมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน

1.2 บทบาทของผู้บริหาร ผู้นิเทศ และผู้ดูแลความปลอดภัย ซึ่งต้องมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือสิ่งที่คุกคามในองค์กร เพื่อที่จะสามารถหาแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 การป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งในที่นี้หมายถึงอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational accidents) เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะการจ้างงานที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิต

ต่อคน ต่อเครื่องจักร อุปกรณ์สิ่งของ อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือช่วงเวลาถัดไปได้ อุบัติเหตุนี้ อาจเกิดขึ้นในสถานที่ทำงานเองหรือนอกสถานที่ทำงานได้ เช่น เกิดระหว่างทางของพนักงานที่ต้องออกไปปฏิบัติงานตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย (วิทยา อยู่สุข, 2552) ซึ่งแนวทางของผู้บริหาร เพื่อสนับสนุนด้านความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานตื่นตัวเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน จัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้มีใช้เพียงพอ การปรับเปลี่ยนโยกย้ายงานเพื่อลดความจำเจแก่ผู้ปฏิบัติ เป็นต้น

1.2.2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากมือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1.2.3 การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงาน เช่น การติดเชื้อโรค การได้รับอันตรายจากสารเคมี การป้องกันอันตรายจากรังสี เป็นต้น

2. ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมในการทำงาน คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวคนขณะทำงาน ซึ่งอาจมีอันตรายต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยในการทำงาน การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานควรให้ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ เคมี กายภาพ และจิตสังคม ซึ่งแนวคิด Sommargren (1990) กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

2.1 ด้านกายภาพ สิ่งที่เกิดอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงานทางด้านกายภาพ ได้แก่ ไฟฟ้า เสียง และรังสี อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆทางการแพทย์บางอย่างต้องใช้ไฟฟ้า เช่นเครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ หรืออุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีใช้ในหน่วยงานอาจเกิดการชำรุดเสียหายทำให้ กระแสไฟฟ้าลัดวงจรและเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้

2.2 ด้านชีวภาพ การทำงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีการฟุ้งกระจายเชื้อโรคต่างๆ เช่น ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา และเชื้อโรคอื่นๆ ที่สามารถถ่ายทอดจากผู้ป่วยไปยังพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เช่น ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 HIV และ Hepatitis B ที่สามารถติดต่อกันได้โดยตรง และโดยอ้อม ผู้ปฏิบัติงานควรมีความรู้ในการป้องกันอันตรายทางชีวภาพ (Biological hazard) เช่น การล้างมือและฟอกผิวหนังให้สะอาด การใส่ถุงมือ ผูกผ้าปิดปาก-จมูก (Mask) สวมแว่นตา (Eyewear) และใส่ชุดป้องกันหรือผ้ากันเปื้อน นอกจากนี้อาจได้รับภูมิคุ้มกัน (Immunization) และยึดหลักการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ (Universal precaution) ควรจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อให้มีจำนวนเพียงพอ เพราะเจ้าหน้าที่เกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อทำให้ร่างกายอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานไม่มีประสิทธิภาพและอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้

2.3 ด้านสารเคมี พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสารเคมีต่างๆ ควรตระหนักถึงการเป็นพาหะและอันตรายที่เกิดจากสารเคมีนั้นๆ การสัมผัสสารเคมีอาจเป็นการสัมผัสโดย

ทันทีทันใด (Acute) ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ หรือสัมผัสอย่างเรื้อรัง (Chronic) ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาจมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง หายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังสัมผัสกับสารเคมีในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนในระยะยาวอาจมีผลเสียทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคตับ โรคปอด โรคมะเร็ง หรือระบบสืบพันธุ์ผิดปกติ สารเคมีเหล่านี้ได้แก่ ยาต้านมะเร็ง ก๊าซออกซิเจน (ซึ่งอาจเกิดระเบิดได้จากแรงดันที่เพิ่มขึ้น) สบู่ หรือ สารทำความสะอาดต่างๆที่อาจระคายเคืองต่อผิวหนัง เพื่อป้องกันอันตราย ดังกล่าวเจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติขั้นตอนที่ถูกต้อง และใช้อุปกรณ์ในการป้องกันเมื่อต้องปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสกับสารเคมีนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน

2.4 ด้านจิตสังคม ด้านจิตสังคม หมายถึง สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากอารมณ์หรือจิตใจจากสถานการณ์บีบคั้นต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักและหาแนวทางร่วมกันในการลดภาวะดังกล่าวภายในหน่วยงาน

สรุปว่า ความปลอดภัยในการทำงานมีพื้นฐานจากแนวคิดต่างๆทั้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านวิศวกรรม ด้านจิตวิทยา ด้านสัญลักษณ์นิยม ด้านพฤติกรรมความปลอดภัย และด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย หรือพฤติกรรมความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานนั้นต้องขึ้นกับ ระบบงาน ภาระงาน ผู้นำองค์กร รวมถึงผู้ปฏิบัติงานเอง และเมื่อสามารถทำให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานขึ้นในองค์กรได้แล้วนั้น ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งทั้งต่อผู้ปฏิบัติงานเองและองค์กร จากการทบทวนแนวคิดผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของความปลอดภัยในการทำงานในโรงพยาบาลซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 ด้าน คือความปลอดภัยในการทำงานด้านบุคลากร และความปลอดภัยในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมมาบูรณาการเป็นกรอบการศึกษาเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่คำตอบตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

4. ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน

4.1 ความหมายของแรงจูงใจ

Guilford และ Gray (1970 อ้างถึงใน มณฑกานต์ สุ่นปาน, 2543) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจว่าเป็นสิ่งเร้าที่นำช่องทางและเสริมสร้างความปรารถนาในการดำเนินกิจกรรมของมนุษย์

Baron (1986 อ้างถึงใน วิเชียร วิทยอุดม, 2549) ให้ความหมายของแรงจูงใจว่าเป็นเหมือนกระบวนการชุดหนึ่ง ซึ่งทำให้พฤติกรรมของบุคคลเกิดพลังและกำกับให้พฤติกรรมที่เกิดพลังนั้น ได้บรรลุเป้าหมายบางประการ

Nahavandi and Malekadeh (1999 อ้างถึงใน สุพานี สฤษฏ์วานิช, 2549) ได้กล่าวถึงที่มาของคำว่า motivation นี้มาจากภาษาลาตินแปลว่า to move ดังนั้นแรงจูงใจ ก็คือสภาวะของจิตใจที่มีความปรารถนา มีพลัง มีความสนใจหรือมีความต้องการซึ่งความต้องการต่างๆเหล่านี้จะแปลไปสู่การกระทำบางสิ่งบางอย่างออกมา

Stehen (2548) กล่าวว่า แรงจูงใจ คือ ความตั้งใจของบุคคลที่จะทำบางสิ่งบางอย่าง และมีเงื่อนไขกล่าวคือ ความสามารถในการกระทำเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในความจำเป็นต้องการ (Need) ของบุคคลนั้น โดยความจำเป็นต้องการนั้นหมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นขาดแคลนอาจเป็นทางร่างกายหรือทางจิตใจ ซึ่งผลของการกระทำที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความพึงพอใจได้

ตุลา มหาพสุชานนท์ (2547) ให้ความหมายไว้ว่า แรงจูงใจเป็นพลังหรือแรงผลักดันทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลหรืออินทรีย์ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในแนวทางที่สนองตอบต่อความต้องการของตน นั่นคือความสัมพันธ์ระหว่าง ความต้องการ (Needs) แรงขับ (Drives) และรางวัลเป็นสิ่งล่อใจ (Incentives) รวมทั้งเป็นแรงกระตุ้นที่จะทำให้บุคคลรักษาพฤติกรรมเหล่านั้นไว้ แต่แต่ละบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองที่เหมาะสมที่สุดในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป พฤติกรรมที่เลือกแสดงนี้เป็นผลมาจากลักษณะของบุคคล บรรยากาศ และสภาพแวดล้อมขององค์การ

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2548) กล่าวถึงความหมายของแรงจูงใจว่า เป็นความต้องการ (Need) ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงภายในจิตใจ ทำให้บุคคลเกิด ความเครียด บุคคลจึงพยายามหาวิธีเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น ในองค์กรธุรกิจการจูงใจมีความจำเป็นต่อกระบวนการเพิ่มผลผลิตทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งนี้เพราะการจูงใจที่ถูกต้องและเหมาะสมจะกระตุ้นให้บุคลากรตั้งใจ เต็มใจ และทุ่มเททำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ

สุรัสวดี ไมตรีกุล (2550) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า โดยจงใจให้กระทำหรือดีนรน เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์บางอย่าง หรือเกิดจากแรงผลักดันจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ซึ่งคลลใจให้บุคคลมีความมุ่งมั่น ความพยายาม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้บุคคล ซึ่งคลลใจให้บุคคลมีความมุ่งมั่น ความพยายาม เพื่อตอบสนองตามความต้องการของตนเอง และแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี (2551) กล่าวว่า “Motivation” มาจากภาษาลาตินว่า “Movere หรือ to move” แปลว่า การเคลื่อนที่ การเปลี่ยนแปลง โดยที่พฤติกรรมทั้งหลายของมนุษย์ถูกเปลี่ยนแปลงจากสิ่งใดๆ หรือนุคคลใดๆ โดยพฤติกรรมบางอย่างเป็นสัญชาตญาณ (Instinctive) เกิดจากพันธุกรรม เป็นความรู้สึก หรือแรงผลักดัน โดยกำเนิด แต่พฤติกรรมเพื่อเหตุผล บางอย่างซึ่งหวังผลโดยลัทธิโดยเฉพาะ บางครั้งเหตุผลอาจไม่มีตรรกะหรือคำอธิบายที่เหมาะสมเสมอไปในสถานบริการสุขภาพ ก็เช่นเดียวกัน เป็นองค์กรที่ต้องการให้บุคลากรได้รับการกระตุ้น ให้แสดงออกเพื่อการบริการที่มีคุณภาพ

สรุปว่าแรงจูงใจหมายถึง การที่บุคคลได้ถูกสิ่งเร้า หรือแรงผลักดันทั้งจากภายนอก และภายในตัวบุคคลเองมากระตุ้น จึงก่อให้เกิด ความมุ่งมั่น ความพยายาม และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองเป้าหมายขององค์กรซึ่งใน องค์กรสุขภาพก็เป็นองค์กรหนึ่งที่ต้องการให้บุคลากรได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกเพื่อการบริการ ที่มีคุณภาพเช่นกัน

4.2 ความสำคัญของแรงจูงใจ

Gison, Ivancevich and Donelly (1982 อ้างถึงใน สุรัสวดี ไมตรีกุล, 2550) กล่าวถึงความสำคัญของแรงจูงใจว่า เป็นสิ่งสำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลเพิ่มความพยายามในการทำงานได้ดี ซึ่งผลการปฏิบัติงานจะสูงกว่าเมื่อไม่มีแรงจูงใจกล่าวคือบุคคลจะพัฒนาตนเองในการทำงาน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

สุรางค์ โค้วตระกูล (2542) กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย แต่เนื่องจากเราไม่สามารถสังเกตแรงจูงใจได้โดยตรงจึงต้องอาศัยพฤติกรรมที่แสดงออกที่สังเกตได้ แต่บางครั้งอาจจะบอกสาเหตุของพฤติกรรมผิดเนื่องจากพฤติกรรมอย่างเดียวกันสาเหตุอาจต่างกัน หรือแรงจูงใจอย่างเดียวกันอาจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมต่างกัน และพฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจเกิดเนื่องจากแรงจูงใจหลายประการ โดยสามารถแบ่งความสำคัญของผลของแรงจูงใจได้เป็น 3 ส่วน คือ ต่อผู้บริหาร ต่อผู้ปฏิบัติ และต่อองค์กร

1. ผลต่อผู้บริหาร ผู้บริหารสามารถนำแรงจูงใจมาใช้เพื่อทำความเข้าใจกับเป้าหมาย ความต้องการ และสามารถสร้างพลังและความสามารถของผู้ใต้บังคับบัญชาได้โดยการพัฒนาเทคนิค วิธีการจูงใจเพื่อใช้บุคคลอย่างเต็มศักยภาพ โดยการทำงานอย่างเต็มที่ด้วยความเต็มใจ

2. ผลต่อผู้ปฏิบัติ แรงจูงใจทำให้ผู้ปฏิบัติมีความต้องการที่จะผลักดันตนเองให้ไปสู่เป้าหมาย โดยใช้พลังความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ มีความก้าวหน้าในการทำงาน และทำงานแบบมีเป้าหมายและหยุดนิ่งหรือเฉื่อยชา มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

3. ต่อดองค์การ แรงจูงใจทำให้ผลงานที่ได้คุ้มค่าตามพลังและความสามารถจริงของบุคลากรที่มี องค์การสามารถถูกพัฒนาและปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้ บุคลากรมีความรัก ผูกพัน และซื่อสัตย์ต่อดองค์การ เกิดอัตราการโยกย้ายและลาออกต่ำ

สุพานี สฤญ์วานิช (2549) กล่าวว่า แรงจูงใจในการทำงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเพราะแรงจูงใจทำให้เกิดการกระทำ คือจะทำให้คนต้องการที่จะทำงาน มีความตั้งอกตั้งใจในการทำงาน ทุ่มเท และใช้ความพยายามในการทำงานให้มีคุณภาพมากขึ้น ดำรงตนเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ สร้างสรรค์และพัฒนางานและองค์การตลอดจนคงอยู่กับองค์การอย่างยาวนานด้วย แต่ถ้าหากคนขาดแรงจูงใจในการทำงาน จะทำให้เกิดความเฉื่อยชา ขาดความตั้งใจ ขาดความใส่ใจในการทำงาน ผลงานที่ออกมาจึงมีคุณภาพต่ำ หรืออาจถึงขั้นสร้างความเสียหายให้กับองค์การ ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็น “Will do factor” คือปัจจัยที่แสดงความเต็มใจความตั้งใจที่จะทำ แต่อย่างไรก็ตามผลของการปฏิบัติงานยังต้องขึ้นอยู่กับความสามารถคือพนักงานต้องมีความรู้และความสามารถจะเป็น “Can do factor” คือจะเป็นปัจจัยพื้นฐานให้คนๆนั้นทำงานได้ด้วย

สรุปว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือสามารถผลิตผลงานได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะมีผลทั้งต่อผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและองค์การ

4.3 แนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจ

ทฤษฎีแรงจูงใจเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารใช้เพื่อทำการวิเคราะห์แรงจูงใจของผู้ใต้บังคับบัญชา และวิเคราะห์ว่าระบบแรงจูงใจขององค์การที่เป็นอยู่นั้นเหมาะสมกับความต้องการและแรงจูงใจของคนเหล่านั้นหรือไม่เพียงใด แต่เนื่องจากคนมีความซับซ้อนทางอารมณ์ ความรู้สึกรู้คิด ความคิดเห็น และความคาดหวังต่างๆ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงมีหลายทฤษฎีที่อธิบายเรื่องแรงจูงใจ ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจสามารถได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (สุพานี สฤญ์วานิช, 2549)

1) ทฤษฎีกลุ่มเชิงความคิดและกระบวนการ (Cognitive and process theories) โดยแนวความคิดในกลุ่มนี้จะศึกษาและวิเคราะห์ และอธิบายถึงกระบวนการที่คนเราจะเปลี่ยนแปลงความคิด ความต้องการจนกระทั่งเกิดเป็นพฤติกรรมบางสิ่งบางอย่างออกมาเพื่อสู่

เป้าหมาย ตัวอย่างของทฤษฎีนี้เช่น ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting theory) ของ Robbins (2001 อ้างถึงใน พงทพิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, 2551)

2) ทฤษฎีกลุ่มเชิงเนื้อหา (Content theories) หรือที่ทฤษฎีว่าด้วยความต้องการของบุคคล โดยที่การศึกษาปัจจัยภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมอะไรรอบตัวที่ผลักดัน และชี้้นำพฤติกรรมต่างๆ ให้เกิดขึ้น ซึ่งทฤษฎีในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจของ Maslow (อ้างถึงใน วิเชียร วิทยอุดม, 2549) ทฤษฎีแรงจูงใจของ McClelland (1987 cited in Rue and Byars, 2003) ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1960 อ้างถึงใน สุพานี สฤณีวานิช, 2549) ทฤษฎีการจูงใจ ERG ของ Alderfer (1960 อ้างถึงใน Stehen., 2548)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทฤษฎีของแรงจูงใจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มแรกเป็นกลุ่มทฤษฎีกลุ่มเชิงความคิดและกระบวนการซึ่งจะมุ่งเน้นให้เห็นว่า ทำอย่างไรจึงเกิดแรงจูงใจและเป้าหมายของแรงจูงใจนั้นคืออะไร ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มทฤษฎีกลุ่มเชิงเนื้อหาจะเน้นที่ตัวบุคคล โดยจะเน้นว่าอะไรที่เป็นแรงจูงใจภายในของบุคคลและสิ่งแวดล้อมอะไรรอบตัวที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเช่นนั้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยนี้ คือ ทฤษฎีแรงจูงใจที่อยู่ในแนวคิดกลุ่มเชิงเนื้อหา ดังนี้

ทฤษฎีที่ 1 ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow's need hierarchy theory) โดยนักจิตวิทยาชื่อ Abraham H. Maslow (1970 อ้างถึงใน วิเชียร วิทยอุดม, 2549) อธิบายว่าคนมีความต้องการอยู่ตลอดเวลา ไม่มีที่สิ้นสุด และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วก็จะไม่ใช่สิ่งที่เป็นแรงจูงใจอีกต่อไป สิ่งที่เป็นแรงจูงใจอยู่คือความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง โดย Maslow ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ลำดับขั้น โดยเรียงจากต่ำไปหาสูง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ในขั้นปฐมภูมิ (Primary needs) ของมนุษย์ เพื่อประสงค์ที่จะยังชีพ ได้แก่ ความต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า ยารักษาโรค การพักผ่อน เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) เมื่อความต้องการนี้กลายเป็นสิ่งสำคัญเมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยก็จะเข้ามามีบทบาทต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ความต้องการนี้จะเกี่ยวกับทางด้านร่างกายและความปลอดภัยจากอันตรายเพื่อจะทำให้ชีวิตเรามีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เช่นความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ตลอดจนการได้รับการคุ้มครองปกป้องตามการคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความมั่นคงในการทำงานด้วย

ขั้นที่ 3 ความต้องการทางสังคม (Social needs) เมื่อความต้องการขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 ที่ได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะเริ่มมีความต้องการทางสังคม ทำให้เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยการเข้าเป็นสมาชิกขององค์กรต่างๆหวังที่จะให้ได้รับการยอมรับ ความรัก ความเป็นมิตรความรู้สึกที่จะได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรต่างๆ จะคบหาสมาคมกับคนอื่นๆเพื่อให้สังคมตอบสนองต่อความต้องการของตน

ขั้นที่ 4 ความต้องการได้รับการยกย่องทางสังคม (Esteem needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม ก็จะมุ่งหาความต้องการ การตอบสนองในลำดับที่สูงขึ้น เป็นความต้องการได้รับการยกย่องนับถือและรู้สึกว่าคุณค่าให้คนอื่นยกย่องให้เกียรติและเห็นความสำคัญของตน ต้องการความมีชื่อเสียงเด่นดังในสังคม ต้องการการยกย่องสถานภาพของตนให้สูงขึ้น จะทำให้เกิดความภูมิใจในความรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 5 ความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของชีวิตมนุษย์ คือความปรารถนาที่คนต้องการที่จะประสบความสำเร็จตามที่ตนเองตามความนึกคิดหรือนึกฝัน โดยบุคคลจะทุ่มเทความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะประสบความสำเร็จของตน

จากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ กล่าวถึงการตอบสนองความต้องการตามลำดับขั้นและเมื่อสิ่งที่คุณได้รับการตอบสนองแล้วสิ่งนั้นก็จะไม่ไ้แรงจูงใจอีกต่อไป ดังนั้นสิ่งที่ผู้บริหารควรศึกษาและทำความเข้าใจ คือ พนักงานมีความต้องการอยู่ในขั้นใด และจัดการตอบสนองเพื่อให้เกิดแรงจูงใจได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีที่ 2 ทฤษฎีแรงจูงใจของ McClelland (1987 cited in Rue and Byars, 2003) เป็นแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีคนกล่าวไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งได้กล่าวถึงแรงจูงใจว่า เป็นการแสดงออกถึงสภาพอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า แล้วปรากฏเป็นพฤติกรรมออกมาเพื่อกระทำไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งการเกิดอารมณ์พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจนั้นจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล หลังจากนั้นจึงเกิดการกระตุ้นให้เกิดพลังนำสู่พฤติกรรมแบบมีทิศทาง โดย McClelland (1961 อ้างถึงใน จงจิต เลิศวิบูลย์มงคล, 2546) ได้กล่าวว่า บุคคลมีแรงจูงใจแตกต่างกันสามารถ แบ่งแรงจูงใจออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. แรงจูงใจใฝ่สัมพันธ (Needs for affiliation) หมายถึง ความต้องการที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ต้องการการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ต้องการความเป็นมิตรและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น เพื่อนร่วมงาน บุคคลประเภทนี้ถ้าต้องการเป็นที่ยอมรับของคนในสังคมจะมีสิ่งจูงใจด้านความเป็นมิตรสูง และชอบให้ความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน บุคคลที่มี

แรงจูงใจใฝ่สัมพันธจะประสบความสำเร็จในการทำงานได้ ต้องได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนฝูง พวกพ้อง

2. แรงจูงใจใฝ่อำนาจ (Needs for power) หมายถึง ความต้องการอำนาจ ต้องการที่จะมีอิทธิพลและควบคุมบุคคลอื่น ต้องการเป็นผู้นำในการตัดสินใจต่างๆ สามารถให้คุณและโทษแก่ผู้อื่น ได้และต้องการรับผิดชอบผู้อื่น บุคคลประเภทนี้ถ้าต้องการมีอำนาจสูงจะพยายามมีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่นด้วยการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และมีความพอใจที่จะอยู่ในสถานการณ์ที่มีการแข่งขันมากกว่า

3. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Needs for achievement) หมายถึง ความปรารถนาของแต่ละบุคคลที่ต้องการทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ บุคคลประเภทนี้จะมีลักษณะชอบการแข่งขัน งานที่ท้าทาย มีความรับผิดชอบสูง มีความชำนาญในการวางแผน พยายามที่จะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ถ้าบุคคลประสบความสำเร็จจะเกิดความรู้สึกสบายใจ แต่ถ้าล้มเหลวในการทำงานจะเกิดความวิตกกังวล บุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะเป็นบุคคลที่มีเหตุผล และใช้วิจารณ์ญาณอย่างรอบคอบ มีภาวะเสี่ยงในระดับที่เป็นไปได้และจะทำงานเพื่องาน และทำงานเพื่อความสำเร็จมากกว่าผลตอบแทน บุคคลประเภทนี้จะสนุกกับการแก้ปัญหาและจะทำให้ที่สุดที่ทำให้เขาได้ตำแหน่งที่ดีในองค์กร และมักได้รับการเลื่อนตำแหน่งอย่างรวดเร็ว

ทฤษฎีที่ 3 ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1960 อ้างถึงใน สุพานี สถยภูวนิช, 2549) ซึ่งได้กล่าวว่า เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่ศึกษาถึงสาเหตุปัจจัยที่จูงใจให้คนทำงานซึ่งมี 2 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพอใจเป็นสิ่งที่กระตุ้นสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ โดยปัจจัยจูงใจจะเกี่ยวกับเนื้อหาของงานซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในเป็นสิ่งที่คนจะรับรู้หรือรู้สึกได้จากการทำงานและเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวกและแรงจูงใจที่แท้จริง และปัจจัยส่วนใหญ่จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติ คนจะถูกใจให้เพิ่มผลผลิตจากปัจจัยเหล่านี้ซึ่งได้แก่ ความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ ลักษณะงาน ความเจริญก้าวหน้า ปัจจัยจูงใจทำให้คนมีความรู้สึกในด้านดีเป็นสิ่งที่จูงใจภายในความรู้สึกนึกคิดของคน

2. ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานจำเป็นที่ทุกคนต้องได้รับการตอบสนองเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจ หรือไม่มีความสุขในการทำงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มิได้เป็นสิ่งที่จูงใจที่จะทำให้เกิดผลผลิตเพิ่มขึ้น แต่จะเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในงานได้แก่ นโยบายของหน่วยงานและการ

บริหารงาน การนิเทศงาน การบังคับบัญชา สัมพันธภาพในการทำงาน สภาพการทำงาน เงินเดือน และค่าตอบแทน สวัสดิการ ความมั่นคงในงาน ชีวิตส่วนตัวซึ่งหมายถึงสถานการณ์ของบุคคลที่จะทำให้มีความสุขในช่วงเวลาที่ทำงานความรู้สึกที่ดีต่อการทำงาน สถานภาพในสังคมซึ่งหมายถึง สถานภาพของบุคคลในสายตาของผู้อื่นหรือเป็นการรับรู้จากบุคคลอื่น

ปัจจัยจูงใจจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้น และพยายามทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนปัจจัยก้ำจุนเป็นข้อกำหนดที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานซึ่งทั้งสองสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ผู้บริหารต้องดูแลให้เหมาะสม

ทฤษฎีที่ 4 ทฤษฎีการจูงใจ ERG ของ Alderfer (1960 อ้างถึงใน Stephen, 2548) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่ไม่ได้คำนึงถึงขั้นความต้องการว่าความต้องการใดเกิดขึ้นก่อนหรือหลัง และความต้องการหลายๆอย่างอาจเกิดขึ้นก็ได้ ความต้องการทางทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Existence need) เป็นความต้องการพื้นฐานของร่างกายเพื่อให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นต้น โดยรูปแบบการตอบสนองความต้องการในด้านนี้ เช่น การจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรม มีสวัสดิการที่ดี มีเงินโบนัส เป็นต้น

2. ความต้องการมีสัมพันธภาพ (Relatedness need) เป็นความต้องการที่จะให้และได้รับไมตรีจิตจากบุคคลที่อยู่แวดล้อม เป็นความต้องการที่ประกอบด้วยความต้องการความผูกพันหรือการยอมรับ โดยรูปแบบการตอบสนองความต้องการในด้านนี้ควรส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เช่น การจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตาม เป็นต้น

3. ความต้องการความเจริญก้าวหน้า (Growth need) เป็นความต้องการในระดับสูงสุดของบุคคล ประกอบด้วยความต้องการการยกย่องร่วมกับความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต เช่น ความเติบโตก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

ทฤษฎีนี้มีข้อสมมุติฐาน คือ ความต้องการระดับใดได้รับการตอบสนองน้อย ความต้องการประเภทนั้นยังคงสูงอยู่ ถ้าความต้องการที่อยู่ต่ำกว่าได้รับการตอบสนองมากพอแล้ว จะยิ่งทำให้ความต้องการที่อยู่สูงมีมากขึ้น เมื่อความต้องการที่อยู่สูงเป็นอุปสรรคจะทำให้ความต้องการที่อยู่ต่ำลงไปมีความสำคัญมากขึ้น

สรุปว่าทฤษฎีแรงจูงใจเป็นสิ่งที่ผู้บริหารต้องสนใจและเข้าใจในแรงจูงใจของพนักงานเพราะแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการแสดงออกและการตอบสนองต่อ

ความต้องการทำงานของบุคคล ถ้าผู้บริหารสามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานมากเท่าไร ก็จะสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้น้อง และสามารถทำให้สมาชิกเกิดพฤติกรรมที่สามารถ ทำให้วัตถุประสงค์ขององค์การสำเร็จได้ ในการศึกษาครั้งนี้จากสถานการณ์การระบาดของโรค ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วพบการรายงานผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง สิ่งที่เกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรค ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่ต้องปฏิบัติงานโดยใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและหายจากโรค ดังนั้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของผู้บริหารน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ และช่วยในการธำรงรักษานักลากรพยาบาลให้คงอยู่ต่อไปในองค์การได้

4. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

4.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจาก ศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2003) เป็นการศึกษา ปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ใน สถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของ ปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาการวิจัย คือการตั้งคำถามเกี่ยวกับ วิธีการที่บุคคลเกิดประสบการณ์ (Lived experience) เกี่ยวกับโลกที่บุคคลมีชีวิตรอยู่ และความรู้ เกี่ยวกับโลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ด้วยการดำเนินชีวิตอยู่นั้นในสถานการณ์หนึ่งๆ (Van Manen, 1990 cited in จอนพะจง เฟ็งจาด, 2546)

Edmund Husserl (ค.ศ. 1859 - 1938) ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษา ปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เขาเชื่อว่าปรากฏการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตรอยู่ในสิ่งแวดล้อม ของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเองต่อ ปรากฏการณ์นั้นบุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน (Koch, 1995) โดยมีแนวคิดหลักที่สำคัญคือ การให้ความสนใจ (Intentionality) องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ และการทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction)

ต่อมา Heidegger นักปราชญ์ชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่ง ในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (ค.ศ.1889 - 1976) เป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Husserl ได้นำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือที่เรียกว่า epistemology มาเป็น ontology หมายถึง การศึกษาวิธีการของสิ่งที่เรารู้ในโลกและศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยเชื่อว่าสิ่งที่เรารู้และเวลา มีความหมายในตัวมันเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสิ่งสำคัญในการแปลความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard, 1994 cited in Holloway and Wheeler, 1996) มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1. บุคคล (Person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ประสบตามความคิด ความรู้สึกของเขา อาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎีซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและจริงของบุคคลนั้น

2. สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การศึกษาปรากฏการณ์ จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ต่อมามีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้เข้าถึงประสบการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้ง คือ Gadamer (1976) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมแนวคิดสำคัญอีก 2 ประการ ดังนี้

1. ภาษา (Language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสิ่งกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ จึงจำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งรูปแบบและความหมายของภาษา

2. การเชื่อมโยงความหมายของภาษา (The fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆจากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าใจถึงความหมายที่บุคคลสื่อออกมาความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ

เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกันเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

4.2 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงในการศึกษาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Hollway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 2003)

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการปูพื้นฐานโดย Franz Brentano (ค.ศ.1838-1917) และ Carl Stumpf (ค.ศ.1848 - 1936) ในระยะนี้เป็นแนวคิดของการศึกษาด้วยความตั้งใจ ซึ่งหมายถึงความมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา

ระยะที่ 2 German phase เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (ค.ศ.1889-1976) ได้มีการพัฒนาแนวคิดการเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญ หรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ เพื่อความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา การหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่เป็นไปได้จากข้อมูลจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและการทอนปรากฏการณ์

ระยะที่ 3 France phase เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1905-1980) แนวคิดในระยะนี้เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรอบรู้ หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัส รับรู้ การได้ยินและการมีสติ

การศึกษาของปรากฏการณ์วิทยา จึงเป็นการศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงมีการพัฒนาตลอดเวลา การอธิบายปรากฏการณ์วิทยาขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งใน แนวคิดและวิธีการศึกษาของนักปรัชญาแต่ละคน เพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยและสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl มาเป็นแนวคิดในการทำวิจัย ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

4.3 ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegelberg (1965, 1975 cited in Streubert and Carpenter, 2003) ได้แบ่งลำดับขั้นที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระดับ ดังนี้

1. Descriptive Phenomenology คือ การสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้งห้า พร้อมกับยอมรับความไม่รู้ และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน
2. Phenomenology of Essences คือ การสืบสวนข้อมูลเพื่อจะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (Theme) หรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ และจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์
3. Phenomenology Appearance คือ ให้ความความตั้งใจ ใฝ่จู่รูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็นโครงสร้างหรือแก่นความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้
4. Constitutive Phenomenology คือ การตรึงตรองปรากฏการณ์หรือวิถีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏการณ์เป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ (Consciousness)
5. Reductive Phenomenology คือ การทอนปรากฏการณ์ เป็นการขจัดความเชื่อส่วนตน ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด
6. Interpretive or Hermeneutic Phenomenology คือ การค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนในปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้น ตามที่ได้สืบค้นวิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับขั้นในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรก ได้แก่ descriptive phenomenology, phenomenology of essences, reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้

4.4 แนวคิดพื้นฐานการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology)

Edmund Husserl (ค.ศ.1857-1938) ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาในระยะ German phase โดยมีความเชื่อว่าประสบการณ์ความเป็นไปอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลเป็นผู้ที่ให้ความหมาย

ด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้นๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกัน (Dualism) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเน้นการศึกษาความรู้ในธรรมชาติ โดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลของผู้ศึกษา อย่างเข้มงวด (Rigorous) มีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ

1. การให้ความสนใจ (Intentionality) คือ การให้ความสนใจ มีความตระหนัก และมีสติตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา

2. องค์กรประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ (Essence) คือ การมุ่งหาสาระสำคัญหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ด้วยความมีสติ

3. การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenology Reduction) คือ การขจัดกรอบความคิด การคาดคะเนของตนที่เกี่ยวกับการศึกษาออกจากปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ศึกษาอย่างแท้จริงและเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคล

Streubert and Carpenter (1999) ศึกษากระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้แนวคิดของ Husserl ได้สรุปวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธีคือ

1. การพรรณนา (Descriptive Phenomenology) เกี่ยวกับการสืบค้น (Direct Exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Description) โดยปราศจากการเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการคือ

1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านบททวนข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา เพื่อเห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญหรือเป็นแก่น (Essence)

1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essence) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึกเพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการขจัดกรอบความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ต้องการศึกษา เพื่อให้ประสบการณ์เดิมนั้นแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยม คือ การหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูลแล้วเสร็จ

สรุปได้ว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เป็นแนวคิดที่มีความเชื่อว่า บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ ประสบการณ์ ความเป็นอยู่ การมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันที ซึ่งบุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้นด้วยตนเอง การศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวข้องกับ การสืบค้นแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องลอคอคติในการศึกษาด้วยการจัดเก็บความคิด ความเชื่อ และความรู้ที่มีอยู่ก่อนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

4.5 กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Carpenter (2007) สรุปหลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ไว้ดังนี้

1. ระบุปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยมีเป้าหมาย คือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองบุคคลต่อปรากฏการณ์ เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้วมีการตั้งคำถามที่จำเป็นและความเหมาะสมที่จะศึกษา ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า บุคคลเป็นผู้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยจะต้องหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ การประเมิน หรือให้ความคิดเห็นใดๆ ในเรื่องนั้น
2. การเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องการวิจัยได้ดี และยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ให้ผู้วิจัยฟัง
3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย (Instrument) ผู้วิจัยต้องเล่าเรื่องของบุคคลตลอดกระบวนการของการสัมภาษณ์ รวมถึงมีการซักถามในประเด็นที่ต้องการทำให้ข้อมูลมีความชัดเจน หลังจากนั้นถอดเทปข้อมูล ศึกษาข้อมูลทบทวนครั้งแล้วครั้งเล่า เพื่อให้ได้ความหมายของประสบการณ์ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยจึงต้องฝึกฝนอบรมตนเอง หรือผ่านกระบวนการอบรมเพื่อให้มีแนวคิดพื้นฐานและทักษะในการสัมภาษณ์ สังเกต บันทึกข้อมูล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่ไม่ต่อความรู้สึกและมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ผู้วิจัยต้องไม่ควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา ปล่อยให้การสนทนาเป็นไปตามธรรมชาติของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert and

โอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นหรือปรับแก้ไข เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์ และเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

7. การทบทวนวรรณกรรมซึ่งผู้วิจัยอาจทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าวๆก่อนได้กล่าวได้ว่า กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามี 7 ขั้นตอนคือ 1) ระบุปรากฏการณ์ที่ศึกษา 2) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง 3) ผู้วิจัยต้องได้รับการอบรมฝึกฝนทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล 4) ถ้าเป็นไปได้ควรบันทึกเหตุผลของการสัมภาษณ์ และถอดเทปแบบคำต่อคำทันทีหลังการสัมภาษณ์ 5) เก็บรวบรวมข้อมูลจนข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว 6) การวิเคราะห์ข้อมูล 7) การทบทวนวรรณกรรม

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า สถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโดยตรง ซึ่งต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อท่ามกลางการระบาดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนโยบายการปฏิบัติขององค์กรที่ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์เพื่อความเหมาะสม และพยาบาลวิชาชีพต้องคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ นับว่าเป็นความรับผิดชอบหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าพบว่ายังขาดผลการศึกษาเกี่ยวกับ ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่ลุ่มลึก โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บอกเล่าข้อมูลเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นุชชงค์ เยาวพานนท์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแมคคอร์มิค พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 84.4 มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลร้อยละ 55.1 มีความเห็นว่สิ่งสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ และพยาบาลร้อยละ 60.5 มีการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารควรมีการพัฒนาความรู้ของบุคลากรและจัดสิ่งสนับสนุนให้มีจำนวนเพียงพอมากยิ่งขึ้น

ภาวนา ประดิษฐ์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีอิสระในงาน ความคาดหวังในบทบาท บริบทการสนับสนุนกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร จำนวน 260 คน ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมและรายค่านอยู่ในระดับสูง ความมีอิสระในงาน และบริบทการสนับสนุนด้านการสนับสนุนจากหัวหน้า ด้านการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ ด้านคุณภาพการติดต่อสื่อสาร และด้านความมั่นคงในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ความคาดหวังในบทบาทไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย

เน่งน้อย สมเจริญ (2545) ศึกษาประสบการณ์ความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผลการศึกษาสรุปว่า 1) พยาบาลมีความความตระหนักในการปรับพฤติกรรมในตนเองก่อน และเป็นตัวอย่างในพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้มารับบริการ ครอบครัว และชุมชน 2) พยาบาลร่วมกำหนดนโยบายเพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมด้านต่าง ๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย 3) พยาบาลมีการพัฒนาด้านความรู้ในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4) พยาบาลให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ 5) กิจกรรมหลักในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติ ฝึกสาธิตและการให้ความรู้ร่วมกันทั้งบุคลากรพยาบาล ผู้มารับบริการและชุมชน โดยเน้นกิจกรรมโภชนาการ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมคลายเครียด และกิจกรรมสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม 6) รูปแบบการให้บริการ จะเป็นการพัฒนาศักยภาพของคนแบบองค์รวม 7) พยาบาลมีการประเมินและปรับพฤติกรรมในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทั้งบุคลากรพยาบาล ผู้มารับบริการและชุมชน 9) ปัญหาและอุปสรรคพบว่า พยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอ ผู้มารับบริการไม่เข้าร่วมกิจกรรมอุปกรณ์ไม่เพียงพอ สภาพแวดล้อมและการคมนาคมไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างครอบคลุม

ธีรภัทร แสนบุคคา (2546) ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานเป็น 4 ประเด็น คือ การดูแลผู้ป่วยใน 4 มิติ คือการให้บริการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกันการดูแลและการฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยการตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย การประสานงาน และประสบการณ์ของพยาบาลจบใหม่เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานเป็น

ประสบการณ์การเพิ่มทักษะความชำนาญจากการปฏิบัติงานจริง 2) ความรู้สึกเครียดจากการเผชิญอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และ 3) ความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วย

อุษนันท์ อินทมาสน์ (2546) ศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่อยู่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 16 ราย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมีการปฏิบัติบทบาทด้านต่างๆ คือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องปฏิบัติหน้าที่เกินขอบเขตในเรื่องการรักษาโรค โดยพยาบาลวิชาชีพได้ให้บริการรักษานอกเวลาราชการแก่ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเล็กน้อยถึงรุนแรง 2) ด้านการบริหารงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทเป็นผู้นำในการบริหารงาน มีส่วนร่วมหรือเป็นผู้ประสานงานด้านการบริหาร และการบริหารงานในโครงการเฉพาะกิจ 3) ด้านวิชาการ โดยการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ แต่การปฏิบัติบทบาทด้านวิชาการในหน่วยงานมีน้อย เนื่องจากนโยบายด้านวิชาการไม่ชัดเจน และขาดการสนับสนุน

วรรณภา จงจิตรไพศาล (2547) ศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พ.ศ. 2547 โดยสำรวจจากผู้รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล จำนวน 515 แห่ง มีการตอบกลับจำนวน 419 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.4 และสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีว - อนามัยและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 7 คน ผลพบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ไม่มีการแยกหน่วยงานอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ ทีมงานด้านอาชีวอนามัยประกอบด้วยพยาบาลหรือนักวิชาการ โดยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีความรู้และไม่มีเครื่องมือด้านอาชีวอนามัย ด้านข้อมูลการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล และการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ในภาพรวมการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านและไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือคุณภาพ ในภาพรวมพบว่า ปัจจัยระดับความพร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1) ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ ระดับบริการโรงพยาบาล ขนาดโรงพยาบาล การจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพ การแยกหน่วยงาน อาชีวอนามัย การมีเครื่องมืออาชีวอนามัย 2) ปัจจัยด้านทีมงาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานอาชีว- อนามัย การศึกษาหรือ

การอบรมด้านอาชีวอนามัย การรับผิดชอบงาน 3) ปัจจัยความพร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัย ได้แก่ ด้านการจัดองค์กร ด้านบุคลากร ด้านนโยบาย

วสินี สมศิริ (2548) ศึกษาประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ซาร์ส) โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2546 จนกระทั่งเสียชีวิตในวันที่ 1 เมษายน 2546 ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) เหมือนให้ไปตายเอาดาบหน้า เหมือนทหารถูกส่งไปรบ เหมือนโดนลอบแพ 2) เหมือนการทำงานที่เสี่ยงต่อความเป็นความตาย 3) เหมือนการดูแลคนไข้ติดเชื้อรุนแรง เหมือนการดูแลคนไข้ห้องแยก 4) เป็นประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ สามารถทำงานยากๆผ่านไปได้ด้วยดี และ 5) เป็นการปฏิบัติภารกิจที่สำคัญในชีวิตได้สำเร็จ ส่วนหลักการในการปฏิบัติ พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ยึดหลักการ และได้สะท้อนความรู้สึกของการดูแล ดังนี้ 1) เครียด 2) ไม่มั่นใจ 3) ซ็อก ตกใจ ทำไม่ต้องเป็นเรา 4) โกรธ กลัวการติดเชื้อ/กลัวสัมผัสหรือได้รับเชื้อ และกลัวตาย 6) อึดอัดไม่สุขสบายจากอุปกรณ์ป้องกัน 7) สงสารผู้ป่วย 8) คับข้องใจ 9) ตื่นเต้น ทำทายเป็นได้ทำเรื่องยิ่งใหญ่ 10) ภาคภูมิใจในตนเอง พยาบาลได้ยึดหลักการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ 1) วางแผนก่อนปฏิบัติหน้าที่ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ 2) ไม่ประมาทมีสติ 3) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยทุ่มเทความรู้ความสามารถ ผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลพยาบาลถูกสังคมนำไปใช้ได้ระยะหนึ่ง พยาบาลได้เรียนรู้และมั่นใจในการทำงานเป็นทีม ใช้หลักธรรมในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

ศิริพร จิระศักดิ์ (2548) ศึกษาความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคไข้หวัดนกในคน โดยการใช้การวิจัยเชิงพรรณนา ในโรงพยาบาล 2 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลผู้ปฏิบัติและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อจำนวน 91 คน ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมในด้านการบริหารจัดการ และการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ด้านอุปกรณ์ป้องกันการระบาดแก่บุคลากรที่เพียงพอ ด้านงานประชาสัมพันธ์ในระยะแรกของการระบาด แต่ยังขาดความพร้อมด้านการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง บุคลากรพยาบาลมีความรู้ทางด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับน้อย และขาดความพร้อมด้านสถานที่ ขาดงบประมาณ และบุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน

กัญทิมา ธรรมชาติ (2549) ศึกษาการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลศูนย์ในการป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ใช้การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 25 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 69 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจำนวน 465 คน ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลควรมีการเตรียมสถานที่ในการรับผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งห้องสำหรับรองรับผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ควรพัฒนาความเข้มแข็งของการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงแก่นุคลากรพยาบาล เพื่อนำไปสู่การดูแลรักษาที่มีคุณภาพต่อไป

วิระดา แสงศรี (2550) ศึกษาประสบการณ์การจัดการการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย ผู้ให้ข้อมูลเป็น พยาบาลวิชาชีพในสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทยจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่าการจัดการการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ มี 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อการจัดการสาธารณสุข เช่น ทำงานด้วยความรวดเร็ว ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ประสบภัย 2) ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุข เช่น เตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัย 3) ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้การทำงานดีขึ้น เช่น มีประสบการณ์ในการทำงาน 4) สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในพื้นที่ประสบภัย เช่น ขาดการประสานงาน และ 5) บทเรียนที่ได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น มีเครือข่ายในการทำงาน ฝึกซ้อมจริงจัง

สุริดา ประทุมราช (2548) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพการในหน่วยงานที่มีผลการตรวจสอบการใช้กระบวนการพยาบาลที่แสดงคุณภาพอยู่ในระดับสูงสุดและต่ำสุดของแต่ละสาขา ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ จากพยาบาลวิชาชีพรวม 15 คน พบว่าพยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้รับบริการ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาลมีการ 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล และปัญหาและอุปสรรคของการใช้กระบวนการพยาบาลพบว่าเกิดจาก 4 ด้าน คือ 1) ด้านระบบบริหาร ประกอบด้วยจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ภาระงานมาก การมอบหมายงานไม่เหมาะสม การนิเทศของระดับบริหาร 2) ด้านบุคลากรพยาบาล ประกอบด้วยขาดความรู้และขาดทักษะในการประเมินและวินิจฉัยการพยาบาล ทักษะไม่ดี บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมและไม่ครบถ้วน 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย เอกสาร ตำรา คู่มือในการใช้กระบวนการพยาบาลไม่เพียงพอ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย บรรยากาศองค์กรไม่ดี ปัจจัยที่สนับสนุนการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้พบว่ามี 3 ด้านคือ 1) ด้านระบบบริหาร ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายของสถาบัน การจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ จัดอัตรากำลังให้พอเพียง มอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้

การนิเทศของระดับบริหาร ปรับปรุงระบบการบันทึก สร้างขวัญและกำลังใจ 2) ด้านบุคลากร พยาบาล ประกอบด้วย พัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดี 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย การจัดหาหนังสือคู่มือเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล

Arezes and Miguel (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 516 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน และกลุ่มที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับสูงจะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับต่ำ

แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived Notion)

แนวเหตุผลการวิจัย

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ก่อให้เกิดความเสียหายโดยตรงต่อด้านสุขภาพประชาชน และถือเป็นภาวะวิกฤตด้านระบบบริการทางสาธารณสุข เพราะเชื้อโรคดังกล่าวสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว และพบการรายงานยอดผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งการระบาดในปี 2553 อาจรุนแรงกว่าในปัจจุบัน และเป็นปัญหาต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ อีกทั้งก่อให้เกิดความตื่นตระหนกกับสาธารณสุขชนและส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทางเศรษฐกิจและสังคม (ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, 2552) จากสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลซึ่งเป็นจักรกลสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนเน้นที่ความรับผิดชอบใน 4 มิติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยทั้งที่ซับซ้อน และไม่ซับซ้อน และการช่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพเข้าสู่ความเป็นปกติโดยเร็ว (สภาการพยาบาล, 2551) โดยการปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ต้องปฏิบัติหน้าที่โดยใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งเป็นด่านแรกในการคัดกรองผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะปลอดภัยจากโรค ซึ่งลักษณะการทำงานดังกล่าวทำให้พยาบาลเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะมีโอกาสการติดเชื้อได้ (ศรัณยู ชูศรี, 2552 ; Styra, 2007; Siegel, et al , 2007) ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย (ดิเรก หมานมานะ, 2549; Parker et al., 2001) เนื่องจากการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยนอกจากจะเป็น

ประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรงแล้ว ยิ่งก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อองค์กรโดยรวม (สุรพล พยอมรัมย์, 2541; Baring et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณในบริบทต่างๆกันไป เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน (อุยนันท์ อินทมาศน์, 2546) ประสิทธิภาพการทำงาน of พยาบาลจบใหม่ (ธีรภัทร แสนบุคดา, 2546) ประสิทธิภาพการจัดการการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ (วิระดา แสงศิริ, 2550) ประสิทธิภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (วศินี สมศิริ, 2548) การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลศูนย์ในการป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (กัญทิมา ธรรมชาติ, 2549) รวมถึงการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความมีอิสระในงาน ความคาดหวังในบทบาท บริบทการสนับสนุนกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร (ภาวนา ประดิษฐ์, 2544) และจากการศึกษาของต่างประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม (Arezes and Miguel, 2007) การค้นหาความหมายของการดูแล ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล (Forrest, 1989) แต่ไม่ได้มีการศึกษาในบริบทของการปฏิบัติงานของพยาบาลท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของอย่างรวดเร็วของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์เช่นนี้มีความสำคัญมาก ดังนั้นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อจะช่วยให้เกิดความเข้าใจสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์ดังกล่าวได้โดยตรงและลุ่มลึกมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจในสิ่งที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนและลึกซึ้ง และผู้วิจัยต้องแยกความรู้ดังกล่าวจากสิ่งที่ศึกษาโดยมุ่งเน้นการค้นหาคำความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มี การคิดล่วงหน้า