

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เจตคติต่อโรคเอดส์กับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

- 2.1 ความเป็นมาและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
- 2.5 บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - 2.5.1 การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์
 - 2.5.2 การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์
 - 2.5.3 การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์
- 2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความเป็นมาและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

2.1.1 ความหมายของโรคเอดส์ (AIDS)

AIDS เป็นคำย่อมาจาก “Acquired Immune Deficiency Syndrome”

A = Aquired หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นในภายหลัง มิได้เป็นมาแต่กำเนิด หรือ สืบทอด ทางกรรมพันธุ์

I = Immune หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง การขาด

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ คือ โรคที่มีอาการหลายอย่าง ไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

จากความหมายของคำย่อแต่ละคำดังกล่าว โรคเอดส์จึงหมายถึง โรคที่เกิดจากไวรัสชนิดหนึ่ง ที่เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกัน

ลดลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อที่พบทั่วไปในธรรมชาติ ที่ไม่ทำอันตรายต่อคนปกติก็จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระบบภูมิคุ้มกันลดน้อยลง นอกจากนี้ยังอาจพบอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งผิวหนังบางชนิดที่ปกติไม่พบบ่อย ความเจ็บป่วยเหล่านี้อาจมีความรุนแรง และทำให้ตายได้ในที่สุด (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532)

2.1.2 ความเป็นมาของโรคเอดส์

โรคเอดส์พบครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2524 โดยเมื่อเดือนมิถุนายน ศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา ได้รับรายงานจากนครลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย ว่ามีชายหนุ่มรักร่วมเพศ 5 ราย ซึ่งเดิมเคยเป็นคนที่มีสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด ต่อมาเกิดเป็นโรคปอดบวมอย่างรุนแรง ซึ่งเกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ที่เรียกว่า *Pneumocystis Carinii* เชื้อโรคชนิดนี้ปกติจะไม่เกิดโรคในคนธรรมดา นอกจากว่าความต้านทานของคน ๆ นั้นจะเสียไป และพบผู้ป่วยที่เป็น Kaposi's Sarcoma (มะเร็งของหลอดเลือด) อีก 26 ราย ซึ่งปกติจะพบในคนสูงอายุ แต่ผู้ป่วยเหล่านี้บางคนยังอายุน้อย

ปี พ.ศ. 2525 มีรายงานพบว่า ผู้ป่วยลักษณะดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นอย่างผิดปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มคน 2 กลุ่ม คือ ในพวกเกย์ (Homosexual men) และพวกติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด จุดนี้เองนำไปสู่การค้นคว้า และตั้งชื่อว่าโรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในที่สุด

จากการศึกษาย้อนหลัง พบว่าโรคเอดส์เกิดในสหรัฐอเมริกามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 แล้ว มีการสันนิษฐานว่าโรคเอดส์มีกำเนิดในอัฟริกากลางเมื่อประมาณปี 2513 โดยชาวอัฟริกากลางได้รับเชื้อไวรัสจากลิง ซึ่งเดิมไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อติดคนนาน ๆ เข้าจะค่อย ๆ กลายพันธุ์ กลายมาเป็นไวรัสในคน และการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม ทำให้เชื้อแพร่ระบาดสู่ประชาชนชาวเกาะไฮติ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวของคนอเมริกันและยุโรป รวมทั้งการอพยพของชาวไฮติเอง ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไปยังทวีปอเมริกา ยุโรปและหลังจากนั้น ก็แพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้รายงานเมื่อเดือนสิงหาคม 2536 ว่ามีผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกทั้งสิ้น 851,628 คน ซึ่งทวีปอเมริกามีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ทวีปอัฟริกา ยุโรป โอเชียเนีย และทวีปเอเชียตามลำดับ (กองโรคเอดส์, 2536)

สำหรับประเทศไทย พบโรคเอดส์รายแรกเมื่อ พ.ศ. 2527 โดยศาสตราจารย์ นพ.อนรรต ลิ้มสุวรรณ แห่งโรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อเตรียมรับสถานการณ์เอดส์ที่จะเกิดขึ้นในเมืองไทย และในปี พ.ศ. 2528

สาธารณสุขได้ประกาศให้โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 (กองฝึกอบรบ, 2532) ในปี พ.ศ. 2530 ได้มีการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬารักษ์ โดยค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มาเข้ารับการรักษา พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงมากขึ้น ทำให้สถานการณ์ของประเทศไทยในขณะนั้น (15 พฤษภาคม 2532) พบผู้ติดเชื้อจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นสูงถึง 5,494 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.40 ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งหมด (กองฝึกอบรบ, 2532) จนถึงปัจจุบันสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2538 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วถึง 31,439 ราย (กองระบาดวิทยา, 2538) หากไม่มีมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์อย่างจริงจัง คาดว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง 1.8 ล้านคน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2530-2548 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำนวน 0.8 ล้านคน โดยมีผู้ติดเชื้อเฉลี่ยปีละ 101,500 ราย และเสียชีวิตปีละ 46,200 ราย (กระทรวงมหาดไทย, 2538)

2.1.3 การแพร่ระบาดของโรคเอดส์

เชื้อไวรัสเอดส์ จะมีในของเหลวที่ออกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และสามารถติดต่อได้ 4 ทาง ดังต่อไปนี้

1. การแพร่ทางเพศสัมพันธ์

โรคเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย หญิงสู่หญิง และหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ชายบริการ หญิงอาชีพพิเศษ หรือหญิงบริการ คู่นอนของผู้ติดเชื้อเอดส์ ชายรักร่วมเพศ โอกาสที่ติดเชื้อขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ และชนิดของเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2. การแพร่ของเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด

การรับเชื้อทางเส้นเลือดเป็นวิธีการแพร่โรคที่ได้ผลที่สุด โอกาสติดเชื้อขึ้นกับปริมาณของไวรัสที่มีอยู่ในเลือด การแพร่โรคทางเลือดนี้ พบได้บ่อยใน 3 กรณีคือ

- 1) การรับเลือดระหว่างหรือหลังผ่าตัด หรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด
- 2) การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดร่วมกับผู้ติดเชื้อ
- 3) การรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อ หรือการผสมเทียมโดยรับอสุจิของผู้ติดเชื้อ

3. การแพร่จากมารดาสู่ทารก

โรคเอดส์สามารถแพร่จากมารดาสู่ทารก ได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อประมาณร้อยละ 30 - 50

4. การแพร่โดยวิธีอื่น ๆ

จากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ ที่ทำผ่านมา ไม่ปรากฏว่า โรคเอดส์จะแพร่ทางอื่น ๆ อีกเลย นอกจากที่กล่าวมาแล้ว การอาศัยในชุมชนที่แออัด การใช้ห้องน้ำร่วมกัน หรือใช้ครัวภาชนะ เครื่องครัว งาน แก้ว หรือผ้าเช็ดตัว ไข่มดโกน แปรงสีฟันร่วมกับผู้ป่วย ก็ไม่ทำให้เกิดเชื้อ ไม่เคยปรากฏว่ามีรายงานการแพร่โรคเอดส์โดยยุงหรือแมลงใด ๆ

2.1.4 อาการและอาการแสดงเมื่อได้รับเชื้อโรคเอดส์

อาการแสดงเมื่อติดเชื้อโรคเอดส์มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะไม่ปรากฏอาการ บางรายหลังติดเชื้อมีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ซึ่งหายไปได้โดยไม่ต้องรับการรักษาหลังการติดเชื้อ 3-12 สัปดาห์ จะตรวจพบผลเลือดบวกต่อโรคเอดส์ ซึ่งระยะนี้บุคคลนั้นสามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์สู่ผู้อื่นได้

ระยะที่ 2 ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ ผู้มีเชื้อเอดส์จะเริ่มปรากฏอาการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุอาการเหล่านั้นมีดังนี้

- คอมน้ำเหลืองโตเรื้อรังหลายแห่ง ได้แก่ คอมน้ำเหลืองบริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบทั้งสองข้าง การโตของคอมน้ำเหลือง อาจเรื้อรังนานกว่า 3 เดือน
- ท้องเดินบ่อย ๆ และเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ เนื่องจากการติดเชื้อราในช่องปาก
- มีไข้เรื้อรังเกิน 37.8 องศาเซลเซียส และมีเหงื่อออกเวลากลางคืน
- ไอเรื้อรังระยะนี้ ผู้มีเชื้อส่วนมากยังสามารถทำงานได้ตามปกติ

ระยะที่ 3 ระยะโรคเอดส์ ระยะนี้มีอาการดังได้กล่าวแล้วในระยะที่ 2 และจะมีการติดเชื้อที่ฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิ ร่วมด้วย ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม ปอดอักเสบ วัณโรค เฉพาะใน รายที่มีประวัติเคยเป็นวัณโรคมาก่อน ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง หายใจหอบถี่และเจ็บคอ
- 2) การติดเชื้อทางระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเดินเรื้อรังจากการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรค มีอาการกลืนอาหารลำบาก การติดเชื้อราที่หลอดอาหาร
- 3) การติดเชื้อในระบบประสาท ทำให้มีอาการสมองอักเสบ และทำให้เซลล์ประสาทเสื่อม เกิดอาการความจำเสื่อมหลงลืมง่าย ชักอัมพาต พุคซ้างลงเคลื่อนไหวช้า กิดคำพูดไม่ค่อยออก มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดซึมหรือเป็นโรคจิตประสาท บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะมาก แขนขาไม่มีแรง

4) การเกิดอาการทั่ว ๆ ไป เช่น คอมน้ำเหลืองทั่วไปโต อ่อนเพลียมาก น้ำหนักลดมาก มีไข้เรื้อรัง หรือเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือดฝอย ซึ่งแสดงอาการโดยมีผื่นจ้ำก้นลายห่อเลือดตามร่างกายหรือคุ่มแดงจัด จนถึงม่วงคล้ำ

2.1.5 อาการเตือนที่สงสัยว่าอาจจะเป็นเอดส์

อาการที่สำคัญ 10 ประการ สรุปได้ดังนี้คือ

- 1) คอมน้ำเหลืองโตทั่ว ๆ ไปนานเกินกว่า 1 เดือน อ่อนเพลียมากเป็นเวลานานหลายสัปดาห์
- 2) น้ำหนักลดมากกว่า 10 % (หรือราว 4.5 ก.ก.) ภายใน 2 เดือน
- 3) มีก้อนสีแดงปนม่วงแก่ตามตัวและโตขึ้นเรื่อย ๆ
- 4) เมื่ออาหารและเหนื่อยง่ายติดต่อกันมาเกิน 1 เดือน
- 5) เป็นฝ้าขาวในปากนานเกิน 1 เดือน
- 6) อุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
- 7) เป็นแผลโรคมะเร็งชนิดลุกลามนานเกิน 1 เดือน
- 8) มีอาการแขนขาข้างใดข้างหนึ่งไม่มีแรง แขนขาทำงานไม่ประสานกันหรือชัก
- 9) มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส หรือมีเหงื่อออกกลางคืนติดต่อกันนาน ๆ หลายสัปดาห์

10) ไอแห้ง ๆ หายใจถี่ เกิน 1 เดือน บางครั้งมีไข้และหายใจลำบากโดยไม่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่

2.1.6 การรักษา

แบ่งออกเป็น การรักษาโรคฉวยโอกาส และการรักษาโรคเอดส์

ก. การรักษาโรคฉวยโอกาส

- การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

- การรักษาโรคมะเร็ง Kaposi's sarcoma ใช้ยาบางชนิด เช่น Vincristine

หรือ Vinblastine หรือวิธีรังสีรักษา

ข. ยาด้านเชื้อโรคเอดส์

ในปัจจุบันมีการศึกษาหาหลายตัวที่มีฤทธิ์ในการต่อต้านเชื้อไวรัสโรคเอดส์ ยาที่น่าสนใจ ได้แก่

(1) Suramin เป็นยาที่พบมานานแล้ว ใช้ในการรักษา Trypanosomiasis และ Onchocerciasis แม้ว่าการศึกษาในห้องทดลอง ยาตัวนี้จะสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส HIV แต่การศึกษาในคนได้ผลไม่ค่อยดี

(2) Ribavirin ยานี้ได้รับการพิสูจน์ในห้องทดลองว่าสามารถลดการแบ่งตัวของ RNA virus ขณะนี้กำลังศึกษาถึงประสิทธิภาพการรักษาในคนอยู่

(3) Antimoniotungstate (HPA - 23) ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Reverse transcriptase ของ HIV แต่ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการไม่ดีขึ้น แม้ว่าจะมีบางรายที่เชื้อไวรัสหายไป แต่พอหยุดยาก็กลับพบเชื้อโรคไวรัสอีก

(4) Phosphonoformate (Foscarnet) ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้ง DNA polymerases และยับยั้งการทำงานของ reverse transcriptase ของไวรัสหลายตัว แต่ประสิทธิภาพการรักษาโรคเอดส์นั้น ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน

(5) Azidothymidine (AZT) และ Zidovudine (ZDV) ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส และมีฤทธิ์ฆ่า HIV ได้ในหลอดทดลอง ขณะนี้เริ่มมีการศึกษาในคนอย่างกว้างขวาง ยานี้มีทั้งชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด และชนิดกินเป็นเม็ดแคปซูล ขนาดยาที่ใช้ คือ 3.5 มิลลิกรัม ค่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม ทุก 4 ชั่วโมง หรือ 200 - 300 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง (วันละ 6 มื้อ) โดยให้ยาคิดต่อกันไปทุกวัน ขณะนี้การศึกษาโดยใช้ยาในขนาดน้อยลงก็มีแนวโน้มว่าจะได้ผลดี

ผลการรักษาที่ผ่านมา พบว่ายา AZT ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้

ยาตัวนี้ ปัจจุบันได้รับการจดทะเบียนเป็นยารักษาโรคเอดส์ในประเทศไทย มีทั้งชนิดฉีดและยากิน ยากินเป็นชนิดเม็ดแคปซูลขนาด 100 มิลลิกรัม ราคาในปัจจุบันเม็ดละ 71 บาท

2.1.7 ความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรง และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ยังไม่มีใครสามารถคิดค้นหาวัคซีน หรือยารักษาได้ องค์การอนามัยโลกหรือ WHO (World Health Organization) ได้รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จาก 163 ประเทศ ณ 1 ตุลาคม 2534 พบผู้ป่วยโรคเอดส์ถึง 418,430 คน เพิ่มจาก 1 กรกฎาคม 2534 ถึง 46,600 คน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยอีกมากจากหลายประเทศที่ยังไม่ได้รายงาน และที่รายงานยังมาไม่ถึง WHO ได้ประเมินว่ามีผู้ป่วยแล้ว 1.5 ล้านคน รวมไปถึงเด็ก 500,000 คน ที่ได้รับเชื้อตั้งแต่โรคเริ่มแพร่ขยายไปทั่วโลก

โรคเอดส์เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ระบบภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายมนุษย์ไม่ทำงานหรือล้มเหลวโดยเชื้อ HIV แต่ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อ HIV จะป่วยเป็นโรคเอดส์ทั้งหมด ผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการแสดงออกนานถึง 10 ปี จากความเป็นจริงที่แพร่ไปทั่วโลก เราควรพิจารณาผู้ติดเชื้อด้วยไม่ใช่แค่ผู้ป่วยโรคเอดส์เท่านั้น

WHO ประเมินขั้นต่ำว่าประชากร 6 ถึง 11 ล้านคนได้รับเชื้อแล้ว

Dr. Michael H. Merson ผู้อำนวยการโครงการเอดส์ของ WHO กล่าวว่า “เราควรจะต้องรณรงค์ให้มากกว่านี้ เพราะโรคเอดส์จะแพร่กระจายไปทั่วโลก ถ้าเราเข้าไปในทุก ๆ วันที่ผ่านมา จะมีผู้คนประมาณ 5,000 คนต่อวัน ที่ตกเป็นเหยื่อของเชื้อ HIV ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ควรได้รับรู้ถึงข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับเอดส์ และวิธีป้องกันตัวเอง ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อ HIV จะเกิดจากเพศสัมพันธ์

WHO ได้ประมาณการไว้ว่าใน พ.ศ. 2543 จะมีประชากรทั่วโลกทั้งชายหญิง และเด็กติดเชื้อเอดส์ 30 - 40 ล้านคน

สำหรับในประเทศไทย โรคเอดส์เข้ามาในประเทศไทยในระยะแรก ๆ จากชาวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาในประเทศ และยังมีคนไทยบางคนที่เคยเดินทางไปอยู่ต่างประเทศ และมีพฤติกรรมเป็นชายรักร่วมเพศ เมื่อเดินทางกลับมาก็นำโรคนี้นมาแพร่ระบาดในหมู่คนไทย โดยไม่รู้สึกลัว โดยในระยะแรกพบในกลุ่มชายรักร่วมเพศก่อนต่อมาจึงพบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้น จากนั้นได้แพร่เข้าสู่กลุ่มหญิงบริการมากขึ้น รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่ไปเที่ยวหญิงบริการเหล่านี้ จนในปัจจุบันสามารถตรวจพบเชื้อเอดส์ได้ในหญิงชายทั่ว ๆ ไป ทุกกลุ่ม

อัตราการเพิ่มของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วคือพฤติกรรมเสี่ยงของชายไทยที่นิยมขึ้นครุโดยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงโสเภณี ชอบเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ ไม่นิยมการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนั้นยังคิดว่าตนเองไม่อยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดโรค ประกอบกับวัฒนธรรมของคนไทยที่ผู้หญิงไม่กล้าพูดเรื่องพฤติกรรมทางเพศกับสามีหรือคู่นอน ไม่คิดว่าตนเองอยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ คิดว่าโรคเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว ทั้ง ๆ ที่โรคนี้นี้แพร่เข้ามาในชีวิตครอบครัว จากสามีถึงภรรยา และสู่ทารกแล้วก็ตาม

ปัจจุบันสามารถพบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ในทุกจังหวัด ทุกอำเภอ ทุกสาขาอาชีพ ทุกกลุ่มอายุแม้แต่ทารกแรกเกิด สาเหตุที่ประเทศไทยมีอัตราการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วมากเช่นนี้ เพราะมีการแพร่กระจายครบทุกรูปแบบ คือมีทั้งการแพร่กระจายจากชายและหญิงโสเภณี ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และกลุ่มรักร่วมเพศ จากการคาดประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2535 มีผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยประมาณ 200,000 - 400,000 คน

ถ้าหากไม่มีการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย และอัตราการติดเชื้อยังเป็นไปในลักษณะนี้ คาดว่าปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 2,000,000 - 4,000,000 คน แต่ถ้าทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนช่วยกันรณรงค์ป้องกัน จำนวนผู้ติดเชื้อในปี 2543 จะลดลงมากกว่านี้มาก (สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, น.ป.ป.)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

2.2.1 ความหมายของการรับรู้

แกร์ริสันและมาทูน (อ้างถึงในจินตนา เหลืองสุวาลย์, 2534) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งทางสมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบว่าสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร ลักษณะอย่างไรและการที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสนั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ ถ้าไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนบุคคลก็ไม่สามารถจะรับรู้ได้ว่าสิ่งนั้นมีความหมายอย่างไร กิง (อ้างถึงในสังวาลย์ แก้วประเสริฐ, 2532) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึงกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและแรงผลักดัน การรับรู้ของบุคคลแต่ละคนเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น กระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากภายนอก โดยทางประสาทสัมผัสและความจำ

จากความหมายและคุณลักษณะต่าง ๆ ที่นักการศึกษาข้างต้นได้กล่าวไว้ การรับรู้จึงควรหมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของคนที่สมองจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับร่างกาย แล้วแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และมีแรงผลักดันโดยอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์เป็นเครื่องช่วย นอกจากนั้นการรับรู้ยังเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ

2.2.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรม

กองสุขศึกษา (2537) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรม มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายใน ได้แก่ ทักษะคิด ความเชื่อ การรับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมใหม่ และการรับรู้การยอมรับจากบุคคลรอบข้างที่มีความสำคัญต่อคน

ผู้ปฏิบัติงานด้านโรคเอดส์ต้องทำความเข้าใจกับปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่
ต้องการเปลี่ยน ก่อนที่จะวางแผนสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

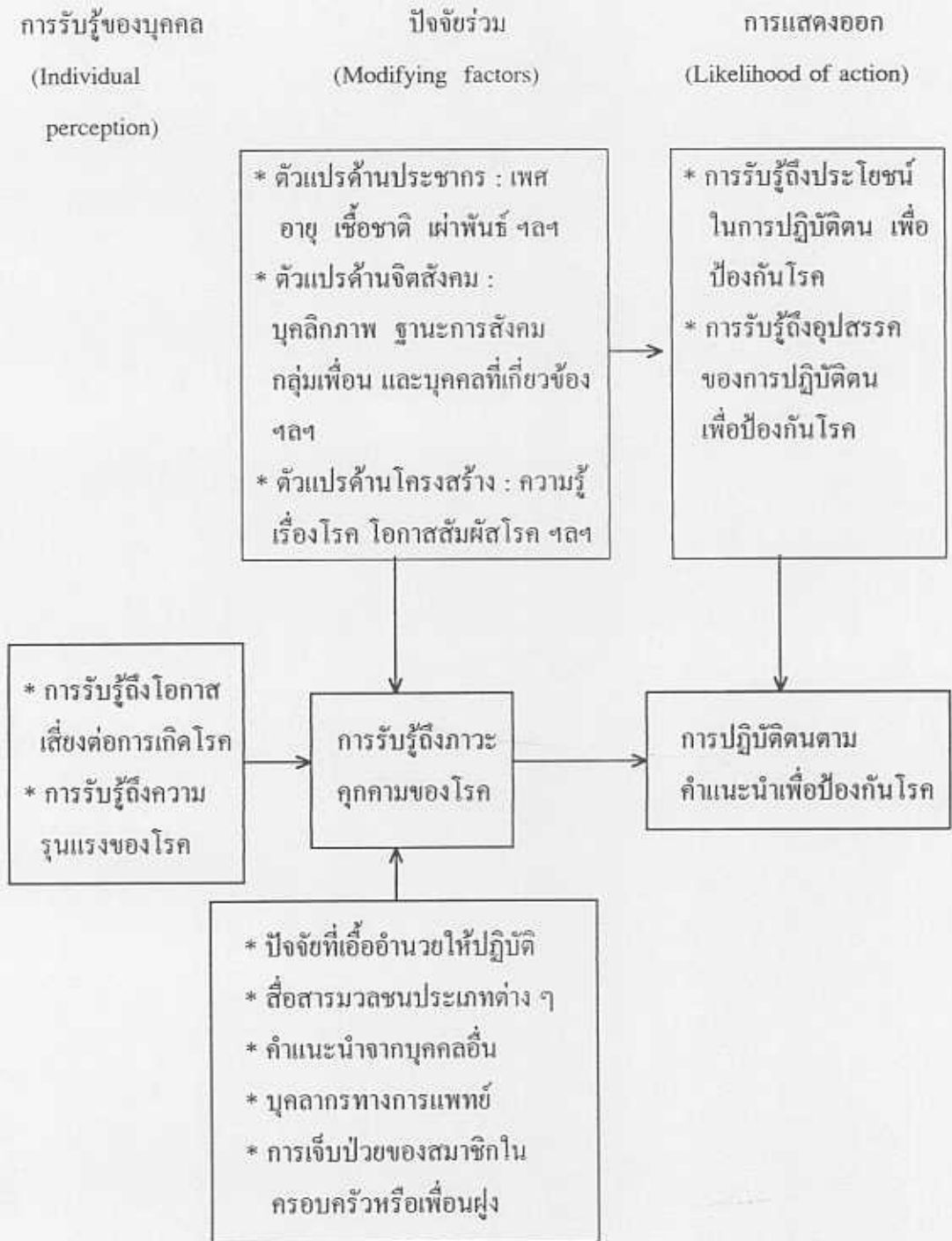
สิทธิโชค วรานุสันติกุล (อ้างถึงใน โชติ เขมฤกษ์อำพล, 2536) ได้อธิบายถึง
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ปัจจัยระดับมหภาค และ
ปัจจัยระดับจุลภาค

1) ปัจจัยระดับมหภาค หมายถึง ระบบสังคมที่อยู่นอกตัวมนุษย์ เช่น สถาบัน
ครอบครัว สถาบันศาสนา สถาบันการปกครอง วัฒนธรรม บรรทัดฐานของสังคม องค์กร
ทางสังคม ต่าง ๆ เป็นต้น

2) ปัจจัยระดับจุลภาค หมายถึง ตัวบุคคล ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างด้านความคิด
ความรู้สึกอารมณ์ และบุคลิกภาพ คนเราแต่ละคนย่อมมีบุคลิกภาพเฉพาะตัว แม้ว่าบุคลิกภาพ
จะมาจากการเรียนรู้ที่จะสร้างให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และบทบาทหน้าที่ที่เราต้องแสดง แต่
เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกันในเรื่องของการรับรู้อันเป็นสาเหตุของความแตกต่างกันใน
เรื่อง การเรียนรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม ฯลฯ เมื่อสิ่งเหล่านี้แตกต่างกันเราก็จะแสดงพฤติ
กรรมแตกต่างกันออกไป กล่าวโดยสรุปก็คือ ปัจจัยในระดับจุลภาคที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของ
คน ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ ทศนคติ ความเชื่อ และค่านิยม ซึ่งรวมอยู่ในบุคลิกภาพของบุคคล
นั่นเอง

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้เลือกที่จะศึกษาด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ว่ามี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ ของเจ้าหน้าที่สถานี
อนามัยหรือไม่อย่างไร

โรเซนสต็อก (อ้างถึงใน อัญชลี สิงหตุต, 2534) อธิบายว่าบุคคลที่จะปฏิบัติตน
เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือมีพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นจะต้อง (1) มีความเชื่อว่าคนเป็นผู้ที่
มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (2) มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายแก่ชีวิต
คน (3) มองเห็นประโยชน์ของการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ
โรค และ (4) ประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นยัง
ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งแสดง
ไว้ในแผนภูมิดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ
(Rosenstock, 1974)

จากแผนภูมิที่ 2 โรเซนสต็อก ได้แสดงแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลนั้นคือ การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยจะอธิบายตามแนวคิดของโรเซนสต็อกดังนี้คือ

1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ว่าคุณคนมีโอกาสเจ็บป่วยได้ การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค

จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น มีผลต่อการป้องกัน รักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งบุคคลใดที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคที่ดีด้วย ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชักนำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือลดความเสี่ยงของการเกิดโรคได้

2) การรับรู้ถึงความรุนแรง (Perceived Severity) แม้ว่าบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมขึ้น แต่จะต้องรับรู้และประเมินด้วยว่าโรคที่มีโอกาสนั้นมีความรุนแรงในระดับใด ความรุนแรงที่รับรู้นี้อาจประเมินได้โดยอาศัยระดับต่าง ๆ กันของการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลคิดถึงเกี่ยวกับโรคนั้น เช่น การที่บุคคลมองปัญหาสุขภาพว่าโรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกาย และจิตใจมากน้อยเพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะการหรือไม่ และมีผลกระทบต่อการทำงานของตนและครอบครัวอย่างไร

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefit and Cost) ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อและรับรู้ถึงความรุนแรงต่อโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ขอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้นั้น เขาจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโดยที่การรับรู้ในสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นว่าเป็นวิธีที่ดีมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลที่ใกล้ชิด

4) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Barrier) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างเช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษที่อาจทำให้เกิดความเจ็บปวด การมารับบริการหรือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค นั้นขัดกับอาชีพหรือการ

ดำเนินชีวิตปกติของเขา สิ่งเหล่านี้ถ้ามีมากก็จะทำให้เกิดความขัดแย้ง และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคได้

จากแนวความคิดของโรเซนสต็อก สรุปได้ว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ทำให้บุคคลตระหนักว่าตนเองมีโอกาสติดโรคเอดส์ได้ ซึ่งจะมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงหรือป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมป้องกันขึ้น แต่จะต้องรับรู้และประเมินด้วยว่าโรคเอดส์ที่มีโอกาสเสี่ยงนั้นมีความรุนแรงในระดับใด หากรับรู้ว่ามีโรคเอดส์มีความรุนแรงถึงชีวิตได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดตระหนักที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ได้ และรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลที่ใกล้ชิด รวมทั้งผู้รับบริการอื่น ๆ นอกจากนั้นการที่เขารับรู้ว่าการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์นั้นมีอุปสรรคมากน้อยเพียงใด ก็จะมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของเขาด้วย

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

2.3.1 ความหมายของเจตคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า เจตคติเป็นความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เจตคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านปฏิบัติเจตคติ ไม่ใช่แรงจูงใจ หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะได้ตอบ และแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

มบุญ คณะวัฒนา (2526) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติ คือ ความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า ลักษณะสำคัญ คือ ความโน้มเอียงนั้นได้มีการพิจารณาไว้ล่วงหน้า และความโน้มเอียงนั้นไม่ได้เกิดจากสภาพการจูงใจที่เกิดจากภายใน เช่น การจูงใจที่เกิดจากความต้องการด้านร่างกาย

ถวิล ธาราโกชน (2526) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกนั้นอาจจะเป็นไปในทางที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจก็ได้ เจตคติเป็นนามธรรมและเป็นตัวการสำคัญอันหนึ่งที่เป็นเครื่องกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้น พอสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

2.3.2 ความสำคัญของเจตคติ

ออสแคมปี (อ้างถึงใน ถวิล ธาราโกชน์, 2526) ได้อธิบายถึงความสำคัญและประโยชน์ของเจตคติว่า เจตคติเป็นเสมือนไม้ค้ำยันที่ดี เพราะเพียงแต่รู้ว่าบุคคลมีเจตคติอย่างไร ก็อาจสามารถที่จะสรุปพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ ได้ และเจตคติทำให้สามารถที่จะพิจารณาตัดสินสาเหตุของพฤติกรรมของบุคคลหนึ่ง ที่มีต่อบุคคลอื่น หรือสิ่งอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ เจตคดียังจะช่วยอธิบายถึงความคงเส้นคงวาในพฤติกรรมของบุคคลคนหนึ่ง ซึ่งจะช่วยอธิบายถึงสถานภาพของสังคมได้

2.3.3 องค์ประกอบของเจตคติ

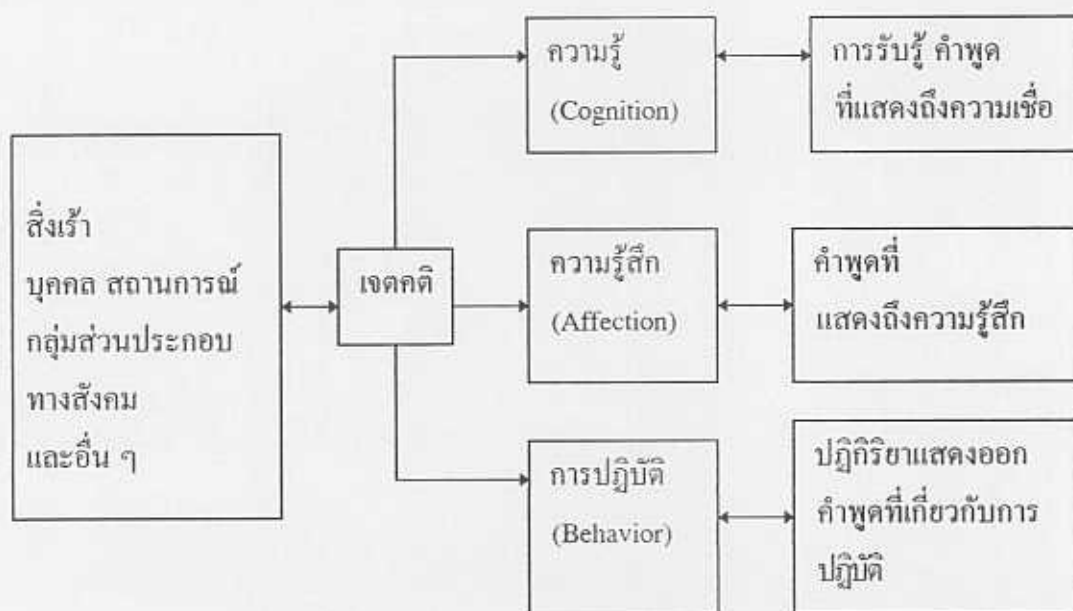
ถวิล ธาราโกชน์ (2526) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของเจตคติมี 3 องค์ประกอบด้วยกันคือ

1. องค์ประกอบเกี่ยวกับการรู้ (Cognitive component) การที่บุคคลจะมีเจตคติต่อสิ่งใดนั้น บุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ในสิ่งนั้นเสียก่อนเพื่อจะได้รู้ว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือโทษเพียงใด เพราะบางคนมีความรู้ในเรื่องนั้นมาเพียงเล็กน้อยก็เกิดเจตคติต่อสิ่งนั้นได้ บางคนต้องรู้มากกว่านี้จึงจะเกิดเจตคติในสิ่งนั้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปริมาณของการรู้ต่อสิ่งใดแล้วจึงจะเกิดเจตคติในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน

2. องค์ประกอบเกี่ยวกับการรู้สึก (Affective component) เมื่อบุคคลมีความรู้ในสิ่งใดแล้ว และความรู้นั้นมีมากพอที่จะรู้ว่าสิ่งนั้นดีมีประโยชน์ บุคคลก็จะเกิดความรู้สึก (Affective) ชอบสิ่งนั้น แต่ถ้ารู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดี บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกไม่ชอบ

3. องค์ประกอบของการกระทำ (Behavioral component) หมายถึง เมื่อบุคคลมีความรู้ในสิ่งนั้นแล้ว และความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบจะเกิดตามมา บุคคลก็พร้อมที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งลงไป

จากองค์ประกอบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้ง 3 นี้ และในบุคคลปกติเมื่อเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดขึ้นมา องค์ประกอบทั้ง 3 จะสอดคล้องกัน องค์ประกอบทั้ง 3 จะมีความสัมพันธ์กันมาก บางครั้งจะแยกกันไม่ออกอย่างเด็ดขาด ดังแสดงไว้ในแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของเจตคติ

ที่มา : ประภาพร เพ็ญ สุวรรณ, ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม อนามัย, 2526: 25

2.3.4 การเกิดของเจตคติ

ฟอสเตอร์ และพัฒนา สุขจันทร์ (อ้างถึงใน อัญชลี สิงหุต, 2534) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดเจตคติไว้ว่า ระบบค่านิยม การตัดสินใจตามค่านิยมมีอิทธิพลต่อเจตคติมาก การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีเจตคติที่ดี หรือไม่ดีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือมีความรู้สึกที่ว่าสิ่งนั้นถูกหรือสิ่งนั้นผิด ไม่เพียงแต่ได้รับประสบการณ์ตรงหรืออ้อมเท่านั้น เจตคดียังขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยม หรือบรรทัดฐานของกลุ่มที่บุคคลนั้น ๆ ร่วมใช้ชีวิตอยู่

นอกจากนี้ เจตคดียังเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวของ ธวิล ธาราโกจน์ (2526) ที่ได้กล่าวถึงแหล่งที่ทำให้เกิดเจตคติ ไว้ดังนี้

1) ประสบการณ์เฉพาะอย่าง หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลได้พบกับเหตุการณ์นั้น ๆ มาด้วยตัวของเขาเอง ถ้าประสบการณ์นั้น ๆ ทำให้ผู้รับเกิดความรู้สึกพึงพอใจ ก็จะกลายเป็นเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น

2) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยปกติในชีวิตประจำวันของคนจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้บุคคลได้รับเอาเจตคติหลาย ๆ อย่างเข้ามาโดยมิได้ตั้งใจ

3) เจตคติเกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมของบุคคลที่ให้การยอมรับเคารพนับถือ แล้วก็จำเอารูปแบบนั้นมาปฏิบัติและก่อให้เกิดเจตคติต่อสิ่งนั้น

4) เจตคติเกิดจากสถาบัน เช่น โรงเรียน วัด ครอบครัว องค์กรต่าง ๆ ซึ่งสถาบันเหล่านี้มีส่วนในการสร้างเจตคติต่อบุคคลได้ เช่น ครอบครัวที่ดูแลเลี้ยงดูเด็ก ได้รับการบ่มเพาะอุปนิสัยใจคอสั่งสอนให้ประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ดีก็ถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่ช่วยให้เกิดเจตคติได้

2.3.5 การเปลี่ยนแปลงเจตคติ

แม็กครูส์ (อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ได้อธิบายถึงขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงเจตคติไว้ว่า

- 1) การใส่ใจสนใจ (Attention) ถ้าบุคคลมีการใส่ใจสนใจก็จะเกิดความเข้าใจตามมา ถ้าไม่สนใจ กระบวนการขั้นต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้น และจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงเจตคติ
- 2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความเข้าใจในความหมายของสาระนั้น ๆ
- 3) การยอมรับ (Acceptance) เป็นผลมาจากความใส่ใจ สนใจ และเข้าใจ
- 4) การคงอยู่ (Retention) เป็นความคงทนหรือความจำ ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปเจตคติอาจเปลี่ยนไปได้

5) การกระทำ (Action) บุคคลเมื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติดังกล่าวก็จะเปลี่ยนแปลงการกระทำด้วย

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อเจตคติ ได้แก่ ตัวบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่ม และสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี เหมือนกันย่อมมีเจตคติที่ดีต่อกันด้วย

จากความหมาย องค์ประกอบ การเกิด การเปลี่ยนแปลงเจตคติ ที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า เจตคติเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล นอกจากนี้ เจตคดียังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลด้วย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

2.4.1 ความหมายของพฤติกรรม

ชัยวัฒน์ ปัญงพงษ์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ เอื้อมพร ทองกระจาย ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้คล้ายกัน พอสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึงปฏิกิริยา หรือกิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำทั้งที่ปรากฏออกมาภายนอก หรือที่มีอยู่ภายใน สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษ และสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มี โดยพื้นฐานทางจิตวิทยา มีความเชื่อว่า พฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุ มีจุดมุ่งหมายในขณะเดียวกันก็มีแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้กระทำ จุดมุ่งหมายนั้น เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรม

ตอบสนองความต้องการ หรือจุดมุ่งหมายแล้วพฤติกรรมก็สิ้นสุดลง มนุษย์ก็อยู่ในภาวะสมดุล (Homeostasis) (ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์, 2524, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527, และเอี่ยมพร ทองกระจาญ, 2530)

2.4.2 ส่วนประกอบของพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่าพฤติกรรมมีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วนคือ

1) พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ การรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถและทักษะทางสติปัญญา

2) พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึกความชอบ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึกเท่าที่ ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล จะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้

3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมด้านนี้ เป็นการ ใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและ สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้าหรือบุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป

2.4.3 การเกิดพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2527) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมไว้ ดังนี้ คือ

- 1) ความต้องการด้านร่างกายเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดพฤติกรรม
- 2) เมื่อมีสิ่งเร้าที่เหมาะสมมากระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา
- 3) บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอะไร ย่อมขึ้นอยู่กับอารมณ์หรือความรู้สึกของ บุคคลนั้น
- 4) ความรู้ความเข้าใจและความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลแสดง พฤติกรรม
- 5) พฤติกรรมเกิดขึ้นจากแรงจูงใจต่าง ๆ เช่นความต้องการความสำเร็จ

2.4.4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรมของคนนั้นมีการเปลี่ยนแปลงได้ ตามพัฒนาการของคนนั้น ซึ่งมีการพัฒนาตลอดชีวิต โดยไม่มีการหยุดยั้ง พฤติกรรมบางพฤติกรรมจะคงที่ พฤติกรรมบางพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไป วารี ระกิติ (อ้างถึงใน อัญชลี สิงห์สุต, 2534) ได้อธิบายถึงรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะคือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงถูกบังคับ เช่น สังคมใช้กฎหมายเป็นเครื่องบังคับ ถ้าไม่ทำตามจะถูกลงโทษ
- 2) การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาแบบอย่าง โดยถือเอาตัวบุคคลเป็นแบบอย่าง เช่น การเลียนแบบบิดามารดาครูอาจารย์หรือดาราภาพยนตร์
- 3) การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี การเปลี่ยนแปลงนี้ตรงกับแนวความคิดและค่านิยมของตนเอง จึงยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติเพราะพบว่าสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้

2.4.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- 1) พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมากเพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดเห็น หรือการแสดงออก ต้องอาศัยระดับสติปัญญา ซึ่งมาจากพันธุกรรมที่ได้รับจากบิดาและมารดาหรือบรรพบุรุษของตนเองความเฉลียวฉลาดของบุคคลจึงมีผลมาจากพันธุกรรม
- 2) สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมนับได้ว่ามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เช่นกัน กล่าวคือ บุคคลติดยาเสพติดมักจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว เพื่อนฝูงชักนำให้ทดลอง และยาเสพติดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เช่นกันเพราะการติดยาเสพติดทำให้ความคิดของบุคคลเปลี่ยนไป สติปัญญาไม่สามารถควบคุมการพูดการแสดงออกได้ ยาเสพติดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งภายในและภายนอก
- 3) วุฒิภาวะ เป็นการพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล วุฒิภาวะเปลี่ยน พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงด้วย
- 4) การเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยการเรียนรู้เป็นปัจจัยใหญ่ที่ประกอบด้วยปัจจัยย่อย ๆ อีกมากและที่สำคัญได้แก่ สภาพแรงผลักดันทางร่างกาย ร่างวัลและการลงโทษ การกระทำซ้ำ เจตคติ ค่านิยม กลุ่มบุคคล ข่าวสาร การจูงใจ เป็นต้น



2.4.6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

จำนงค์ อัมสมบุญ (2532) ได้สรุปแนวคิดในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล รากฐานของแนวความคิดนี้ มีสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น จากแนวคิดนี้ นักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจแนวคิดนี้ได้ศึกษาและสร้างทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รากฐานของแนวคิดนี้เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมนั้นมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ด้านสิ่งแวดล้อม ระบบสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม เป็นต้น ดังนั้นแนวคิดนี้จะนำทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม มาประยุกต์ใช้

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยช่วย กลุ่มนี้มีรากฐานแนวความคิดว่าพฤติกรรมของคนเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกัน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

สิทธิโชค วรานุสันติ (2531) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดยแบ่งเป็นปัจจัย 2 ระดับ คือ

1) ปัจจัยระดับมหภาค หมายถึงระบบสังคมทั้งหมดที่อยู่รอบตัวมนุษย์ สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา สถาบันการปกครอง วัฒนธรรม บรรทัดฐานของสังคม ความคาดหวังในบทบาท สถานภาพหรือองค์การทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนอยู่นอกเหนืออำนาจของผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะที่จะสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ได้

2) ปัจจัยระดับจุลภาค หมายถึง ตัวบุคคล ซึ่งแต่ละคนจะมีบุคลิกภาพของตนเอง ได้แก่ ความรู้สึนึกคิด อารมณ์ คนแต่ละคนย่อมมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว มีความแตกต่างกันในเรื่องของการรับรู้ อันเป็นสาเหตุของความแตกต่างกันในเรื่องการเรียนรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม เมื่อสิ่งเหล่านี้แตกต่างกันคนเราจะแสดงพฤติกรรมต่างกันออกไป กล่าวโดยสรุปก็คือปัจจัยในระดับจุลภาคที่มีผลต่อพฤติกรรมของคน ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ ฯลฯ ซึ่งรวมอยู่ในบุคลิกภาพของบุคคลนั่นเอง

จิตยา สุวรรณชญ (2520) ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลส่วนหนึ่งเกิดจาก เจตคติ (Attitude) เนื่องจากเจตคติเป็นความเข้าใจหรือความถึรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นสภาวะก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมได้ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นสภาวะที่พร้อมจะมีพฤติกรรมจริง และเจตคดียังเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลประเมินและเลือกปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นเจตคติจึงเป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรมของบุคคลด้วย

จากแนวคิด ทฤษฎี และความเชื่อของนักพฤติกรรมศาสตร์ที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะเลือกศึกษาว่า การรับรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่สถานเอดส์หรือไม่อย่างไร

2.5 บทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สถานเอดส์ในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

เจ้าหน้าที่สถานเอดส์มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ 3 ด้าน ดังนี้คือ

2.5.1 การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องปฏิบัติโดยเคร่งครัดเรียกว่า Universal Precautions ซึ่งหมายถึง มาตรการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายจากเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้มารับบริการ ซึ่งเจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติทุกครั้ง เมื่อต้องสัมผัสกับเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายของผู้รับบริการทุกราย โดยถือเสมือนว่าผู้รับบริการทุกรายมีเชื้อไวรัส HIV หรือเชื้อไวรัสอื่น ๆ ที่มีอยู่ในเลือดและสารน้ำจากร่างกาย

จากการศึกษาวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะติดเชื้อโรคที่มีอยู่ในเลือดและสารน้ำจากผู้ป่วยขณะให้บริการนั้น เกือบทั้งหมดเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ทำให้สัมผัสกับเลือดและสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีการศึกษาว่าแต่ละซีซีของเลือดผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อจะมีจำนวนไวรัส HIV 10-1000 ตัว (Gerberding J.L. 1990 อ้างในมิชัย วีระไวทยะ, น.ป.ป.) ดังนั้นจะเห็นว่าแม้มีเลือดที่มีเชื้อเหล่านี้เข้าสู่ร่างกายของเจ้าหน้าที่ หรือผู้รับบริการรายอื่น ๆ เพียงเล็กน้อยก็อาจเกิดการติดเชื้อโรคนี้ได้ ซึ่งหนทางที่เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นไปได้ 3 ทาง คือ

1. การถูกเข็มหรือของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยตำ
2. ผ่านทางผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีรอยฉีกขาด

3. ผ่านทางเยื่อบุต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เลือดหรือสารน้ำกระเด็นเข้าปาก เข้าตา หรือเข้าจมูก เป็นต้น

นอกจากการติดเชื้อเหล่านี้จะเกิดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ได้รับอุบัติเหตุขณะให้บริการแล้ว ยังมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยได้ หากมีความผิดพลาดขณะรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งหากมีการติดเชื้อดังกล่าวย่อมนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งค่ารักษาพยาบาล สุขภาพและชีวิต รวมทั้งเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำความเข้าใจในการป้องกันตนเองเพื่อมิให้ได้รับเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคในสถานบริการสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีที่ดีและคุ้มค่าที่สุดในการลดโอกาสเสี่ยงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากการติดเชื้อขณะให้บริการ คือ การปฏิบัติงานรักษาพยาบาลโดยการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบ Universal Precautions ในการให้บริการ ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ที่จะติดเชื้อจากผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง หรือจากเจ้าหน้าที่ไปสู่ผู้ป่วย และลดข้อขัดแย้งเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากเจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions ทุกครั้งกับผู้ป่วยทุกรายรวมทั้งเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยด้วย เพราะเมื่อต้องปฏิบัติคือผู้ป่วยทุกรายเหมือนกันก็ไม่จำเป็นต้องทราบว่าผู้ป่วยรายไหนติดเชื้อหรือไม่ก่อนการให้บริการ

ก. แนวทางการปฏิบัติตามหลักการ Universal Precautions

การปฏิบัติตามหลักการ Universal Precautions ที่สำคัญคือ การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนพึงตระหนักและเข้มงวดกับตนเองทุกครั้งเมื่อปฏิบัติกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการทุกราย โดยเน้นหลักปฏิบัติ 3 ประการคือ

1. การป้องกันไม่ให้ผิวหนังและเยื่อเมือกของตนเอง สัมผัสโดยตรงกับเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยทุกราย
2. การระมัดระวังป้องกันอันตรายจากของแหลมและของมีคมทุกชนิด ขณะปฏิบัติงาน
3. การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ และการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน

รายละเอียดในการปฏิบัติ

1) ป้องกันมิให้ผิวหนัง และเยื่อเมือกของตนเองสัมผัสกับเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วยทุกราย โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายอย่างถูกต้องเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ ดังต่อไปนี้คือ

(1) สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อต้องสัมผัสกับเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย หรือสัมผัสกับเครื่องมือ หรือสิ่งที่เปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย

(2) สวมผ้าปิดปาก-จมูก และแว่นตา ทุกครั้งขณะปฏิบัติกิจกรรมรักษาพยาบาลที่อาจมีเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็น ฟ่น หรือฟุ้งกระจายเข้าปาก จมูก หรือตา เช่น การทำคลอด การห้ามเลือด เป็นต้น

(3) สวมเสื้อคลุมหรือผ้ายางกันเปื้อนทุกครั้งปฏิบัติกิจกรรมรักษาพยาบาลที่มีโอกาสเปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย

(4) สวมใส่รองเท้าบูท กรณีที่อาจมีเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยไหลนอง หรือกระเด็นสัมผัสเท้า รวมถึงป้องกันของมีคมที่อาจตกลงสู่เบื้องล่างที่มิดำเท้า

2) ระมัดระวังป้องกันอันตรายจากของแหลมและของมีคมทุกชนิด ดังนี้

(1) ห้ามสวมปลอกเข็มกลับ หากมีความจำเป็นต้องสวมปลอกเข็มกลับ ให้สวมโดยใช้เข็มจับปลอกเข็มสวม หรือใช้มือข้างเดียวจับเข็มแล้วดันเข็มเข้าไปในปลอกที่วางอยู่บนภาชนะที่วางเครื่องมือ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

(2) ห้ามส่งจากมือคนหนึ่งไปสู่มืออีกคนหนึ่งโดยตรง ให้ส่งโดยการวางในภาชนะรองรับ

(3) ห้ามวางของมีคมให้ส่วนแหลมยื่นออกนอกภาชนะรองรับ

(4) ห้ามใช้มือถอดเปลี่ยนใบมีด ให้ใช้ปากคิบบแทน

(5) การหักหลอดยา (Ampule) ให้ใช้ผ้าสะอาดรองมือ

(6) ห้ามทิ้งของแหลมหรือของมีคมในถุงขยะหรือถังขยะโดยตรง

3) การจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อม

(1) การแยกประเภทขยะ ควรแยกขยะทั่วไป เช่น ขยะที่เกิดจากงานธุรการ หรือขยะที่เกิดจากที่พักรักษาออกจากขยะติดเชื้อ ซึ่งได้แก่ ขยะที่เกิดจากการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น ก้อน ล้าง กระจกฉีกขาด ถุงมือ เป็นต้น

(2) การเก็บและขนส่งขยะติดเชื้อ

- ภาชนะที่จัดเก็บขยะ ควรมีฝาปิดมิดชิด

- ขยะที่เป็นของแหลม หรือของมีคม เช่น เข็ม ใบบิด ต้องทิ้งในภาชนะที่มีความแข็งแรง ป้องกันการทะลุทะลวงได้ และปิดฝาให้แน่นก่อนที่จะทิ้งรวมในถุงขยะติดเชื้อ
- ห้ามเก็บขยะรวมกันแล้วมาแยกประเภทที่หลังเพราะจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจาย และอาจเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมได้
- ถ้ามีน้ำขยะหกให้ใช้กระดาษเช็ดซับออกให้มากที่สุด ทิ้งกระดาษนั้นลงถุงขยะ แล้วใช้ 2% Lysol ราดบริเวณนั้นให้ทั่วทิ้งไว้ 30 นาที ก่อนเช็ดดูตามปกติ
- ถุงมือและผ้ากันเปื้อน เมื่อใช้แล้วถอดแช่ในน้ำยา 0.5 % Hypochlorite นาน 30 นาที ก่อนซักล้างตามปกติ

(3) การทำลายขยะ

- ขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลว ทำลายโดยใช้สารเคมีที่ใช้บ่อย คือ น้ำยา Lysol หรือ Hypochlorite ลงผสมให้ได้อัตราส่วนสุดท้าย คือ 2 % Lysol หรือ 0.5 % Hypochlorite ทิ้งไว้นาน 30 นาที แล้วจึงเททิ้งในโถส้วม แล้วราดน้ำตามมาก ๆ
- กรณีขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลวหกกระเด็น ให้เช็ดบริเวณนั้นด้วย กระดาษชำระให้มากที่สุด แล้วทิ้งกระดาษในถุงขยะติดเชื้อ จากนั้นราดด้วยน้ำยา 2 % Lysol หรือ 0.5 % Hypochlorite 30 นาที ก่อนทำความสะอาดปกติ
- ขยะติดเชื้อที่ไม่ใช่ของเหลว เช่น ก้อน ล้าง รวมทั้งขยะที่เป็นของแหลมคม ควรทำลายโดยวิธีเผา การฝังกลบต้องทำให้ถูกวิธี มิฉะนั้นอาจมีการขุดคุ้ยที่หลังได้ เช่น ขุดหลุมฝังให้ลึกมาก ๆ

ข. ข้อปฏิบัติในการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

1) ข้อปฏิบัติก่อนการปฏิบัติงานบริการรักษาพยาบาล

- (1) จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ
- (2) อุปกรณ์ต่าง ๆ วางให้เป็นระเบียบ สะดวกต่อการหยิบใช้
- (3) เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมและครบถ้วนก่อนปฏิบัติงานหรือให้บริการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง
- (4) เตรียมอุปกรณ์ป้องกันฯ เพื่อสวมใส่ป้องกันการสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ หมวก ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตา ผ้ายาง กันเปื้อน รองเท้าบูท ถุงมือปราศจากเชื้อ ถุงมือสะอาด
- (5) เตรียมน้ำยาทำลายเชื้อ เพื่อแช่อุปกรณ์ต่าง ๆ ถูกต้องเหมาะสมกับชนิดของอุปกรณ์ และวัตถุประสงค์การใช้

(6) เตรียมถังขยะให้เพียงพอต่อความต้องการ โดยขยะติดเชื้อให้ใส่ถุงขยะสีแดง และขยะไม่ติดเชื้อ วัสดุสำนักงานให้ใส่ถุงขยะสีดำ

2) ข้อปฏิบัติขณะปฏิบัติงานให้บริการรักษาพยาบาล

(1) ดำเนินการตามเทคนิคในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด

(2) ใช้อุปกรณ์ป้องกันฯ ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติ และความเสี่ยงในการสัมผัสเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ จากการกระเด็นฟุ้งกระจาย

(3) การสวมถุงมือเพื่อป้องกันการสัมผัสเลือด หรือสารน้ำจากร่างกาย จะต้องเปลี่ยนถุงมือทุกครั้ง หลังจากสัมผัสกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการปนเปื้อนมาก และเมื่อต้องปฏิบัติงานที่ต้องการความสะอาด/ปราศจากเชื้อมากขึ้น หลังถอดถุงมือจะต้องล้างมือ และทำความสะอาดบริเวณที่เปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง

(4) ขณะสวมถุงมือปฏิบัติงาน ห้าม จับต้องตา จมูกหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย รวมทั้งวัสดุ อุปกรณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่

(5) การจับ และส่งของแหลมหรือของมีคม ใช้หลักการป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมหรือของมีคมอย่างเคร่งครัด และใช้เทคนิคแบบหลีกเลี่ยงการสัมผัสของแหลมหรือของมีคม (No touch technique)

3) ข้อปฏิบัติหลังการปฏิบัติงานบริการรักษาพยาบาล

การทำความสะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ ที่จะต้องนำกลับมาใช้อีกต้องผ่านการทำลายเชื้อขั้นต้นก่อนการล้างทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ ดังนี้

(1) ของแหลม หรือของมีคม ให้ทำลายเชื้อโดยแช่ในน้ำยา 2% Lysol นาน 30 นาที โดยจะต้องจัดหาคะกร้าโปร่ง สำหรับของมีคมแช่ในอ่างน้ำยา เพื่อป้องกันของมีคมบาด หรือตำ ในขณะที่ทำความสะอาด

(2) วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียว เช่น กระบอกฉีดยา ถุงมือ สายน้ำเกลือ เมื่อใช้แล้วให้แยกใส่ถุงขยะติดเชื้อ แล้วนำไปเผา กรณีไม่สามารถดำเนินการเผาได้ ให้ถอดแช่ในน้ำยา 0.5% Hypochlorite นาน 30 นาที ก่อนนำไปทิ้ง/ฝัง

(3) เลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการทำลายขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลว ภาชนะรองรับเลือดหรือ สารน้ำจากร่างกาย ให้แช่ใน 2% Lysol หรือ 0.5 % Hypochlorite นาน 30 นาที ก่อนนำไปล้างทำความสะอาดต่อไป

(4) การทึงผ้าเปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ควรจับผ้า โดยใช้ปากคีบรวบรวมใส่ในถุงพลาสติก หรือถังพลาสติกขนาดใหญ่ ใส่น้ำพอล้น ป้องกันเลือด แหกกรัง ปิดฝา ส่งซักฟอก

(5) อุปกรณ์ป้องกันฯ แช่ใน 0.5 % Hypochlorite หรือ 2% Lysol นาน 30 นาที ก่อนล้างทำความสะอาดต่อไป

(6) การทำความสะอาดเตียงตรวจ เตียงคลอด โต๊ะเครื่องมือและพื้นของสถานีนอนามัย โดยปกติใช้น้ำและ/หรือผงซักฟอก แล้วแต่ความเหมาะสม ถ้าเปื้อนเลือดหรือสารน้ำให้ใช้กระดาษเช็ดออกให้มากที่สุด แล้วราดด้วย 0.5 % Hypochlorite หรือ 2% Lysol ก่อนเช็ดดูตามปกติ

ก. แนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่อนามัย เมื่อได้รับอุบัติเหตุสัมผัสกับเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วย

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ซึ่งหากเจ้าหน้าที่ทุกคนเคร่งครัดในการปฏิบัติงานตามหลัก Universal Precautions แล้ว โอกาสเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวย่อมมีน้อยมาก

อย่างไรก็ตามหากเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากการถูกเข็มทิ่มตำ หรือถูกของมีคมบาด เลือดหรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นเข้าตา จมูก ปาก มือมีบาดแผล หรือมือแห้งแตก สัมผัสกับเลือดหรือสารน้ำ จากร่างกายผู้ป่วยควรปฏิบัติ ดังนี้

1) ทันทีก่อนที่ได้รับอุบัติเหตุ ต้อง

(1) บีบเค้นเลือดออกให้มากที่สุด ทันทีก่อนที่เข็มหรือของมีคมเปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยตำ หรือบาดที่ผิวหนัง

(2) ฟอกทำความสะอาดแผลให้เร็วที่สุดภายหลังเค้นเลือดออกด้วยน้ำ และสบู่ หรือ Chlorhexidine หรือ Alcohol ที่หาได้ง่ายที่สุดในขณะนั้น

(3) บ้วนน้ำลายออกทันที แล้วล้างปากกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง กรณีที่เลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก

(4) ถ้าเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา หรือสัมผัสเยื่อเมือกต่าง ๆ ของร่างกายให้ล้างด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง อาจใช้น้ำยาล้างตาอีกก็ได้

2) ระยะต่อมาหลังเกิดอุบัติเหตุ

(1) รายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบทันที และบันทึกรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ

(2) ปรีกษาแพทย์ ณ โรงพยาบาลใกล้ที่สุด เพื่อเจาะเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อ HIV ภายใน 72 ชั่วโมง และเพื่อให้ผู้ได้รับอุบัติเหตุได้รับยา AZT ให้เร็วที่สุด (ภายใน 2 ชั่วโมง) ก่อนรับยาเจ้าหน้าที่ควรลงนามในใบยินยอม และเจาะเลือดตรวจ CBC Platelet count ก่อนให้ยา และตรวจซ้ำอีก 2 ครั้ง ในวันที่ 14 และ 28 หลังได้รับยา

(3) ขณะที่ยังไม่ทราบผลเลือด เจ้าหน้าที่ที่ได้รับอุบัติเหตุ ควรได้รับการปรึกษาแนะนำ และใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์

ง. การทำลายเชื้อด้วยสารเคมีในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

การเลือกใช้น้ำยาทำลายเชื้อ

อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถทำลายเชื้อด้วยวิธีทางกายภาพจำเป็นต้องใช้วิธีทางเคมี การเลือกใช้น้ำยาในการทำลายเชื้อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดขึ้นอยู่กับ จำนวนเชื้อโรคที่ต้องการทำลาย ชนิดของเชื้อโรค และปัจจัยที่ทำให้ประสิทธิภาพของน้ำยาเปลี่ยนไป

การเลือกใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความเข้มข้นที่ถูกต้อง สามารถทำลายเชื้อที่ต้องการ หรือเชื้อที่ปนเปื้อนในสิ่งของนั้นได้ ไม่ทำลายสิ่งของหรืออุปกรณ์ที่ต้องการทำลายเชื้อ และต้องคงทนไม่สลายง่าย ปลอดภัยต่อผู้ใช่มากที่สุด รวมทั้งราคาไม่แพงเกินไป

วิธีการผสมและเก็บน้ำยาทำลายเชื้อ

การผสมน้ำยาทำลายเชื้อควรกระทำโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการนี้โดยเฉพาะ เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและสะดวกต่อการควบคุมคุณภาพ บริเวณที่ผสมน้ำยาควรจัดไว้โดยเฉพาะและสะอาด น้ำที่ใช้ผสมควรเป็นน้ำกลั่น น้ำกรอง หรือน้ำดื่มเคี้ยวแล้ว ไม่ควรใช้น้ำประปา เพราะ ion ของโลหะจะมีผลต่อประสิทธิภาพของน้ำยาทำลายเชื้อ การผสมน้ำยาต้องปฏิบัติตามกรรมวิธีปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) อย่างเคร่งครัด ฝาของภาชนะบรรจุไม่ควรเป็นฝักอกซ์ ลำลี หรือไม้ เพราะวัสดุเหล่านี้อาจดูดซับและยับยั้งประสิทธิภาพของดัวยา และยังเป็นแหล่งสะสมจุลชีพ ควรใช้พลาสติกหรือโลหะ ภาชนะที่บรรจุน้ำยาทำลายเชื้อ ควรเก็บในที่สะอาดและไม่ถูกแสง ระยะเวลาของการเก็บน้ำยาขึ้นอยู่กับชนิดของน้ำยานั้น เช่น Chlorhexidine หรือ Cetrimide โดยทั่วไปผสมแล้วจะเก็บไว้ไม่เกิน 1 สัปดาห์ หรือถ้าเป็น Glutaraldehyde เก็บได้ถึง 3-6 สัปดาห์ เมื่อน้ำยาทำลายเชื้อถูกทำให้เจือจางแล้ว ควรมีป้ายระบุวันที่ผสม และวันหมดอายุให้ชัดเจน และควรเขียนข้อความว่า “ห้ามผสมน้ำ” ที่ขวดด้วย

1) Ethyl Alcohol

โดยปกติ Alcohol จะมีความเข้มข้น 95% ต้องนำมาเจือจางให้ได้ 70 % จึงจะมีประสิทธิภาพการทำลายเชื้อดีที่สุด Alcohol มีคุณสมบัติในการทำลายเชื้อได้เร็ว จึงนิยมเช็ดผิวหนังก่อนฉีดยา นิยมใช้กับอุปกรณ์ที่มีพื้นผิวเรียบ เครื่องมือที่เป็นโลหะถ้าแช่ทิ้งไว้เกิน 8 ชั่วโมง ต้องเติม 0.2 - 0.4% Sodium Nitrite เพื่อป้องกันสนิมถ้าผสม 70 % เก็บไว้ในภาชนะมิดชิดไม่ได้เปิดใช้จะมีอายุอยู่ได้นาน ถ้ามีการเปิดใช้บ่อย ๆ ไม่ควรใช้เกิน 7 วัน และเปลี่ยนน้ำยาทุกครั้งเมื่อขุ่น

ข้อบ่งใช้ ใช้แช่เครื่องมือที่ห้วงฤทธิ์ทำลายเชื้อถึงระดับการทำลายเชื้อระดับสูง โดยเฉพาะเชื้อไวรัส HIV ใช้เวลาแช่นาน 10 นาที

2) Lysol (50 % Cersol)

Lysol มีฤทธิ์ทำลายเชื้อในระดับสูง สามารถทำลายเชื้อ HIV ได้ดี มีฤทธิ์ระคายเคืองและล้างออกยาก จึงไม่นิยมใช้ในเครื่องมือที่สะอาดก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วย แต่ใช้แช่ทำลายเชื้อในเครื่องมือที่ผ่านการใช้กับผู้ป่วยมาแล้ว ใช้น้ำประปาหรือน้ำสะอาดผสมได้ ไม่ควรผสมใช้เกิน 7 วัน

ข้อบ่งใช้ในการทำลายเชื้อ ผสมน้ำให้ได้ 2% ใช้เวลาในการแช่เครื่องมือนาน 30 นาที นิยมใช้ทำความสะอาดพื้น เติงผู้ป่วยและเครื่องมือเครื่องใช้ที่กับผู้ป่วยมาแล้ว

3) Sodium Hypochlorite Solution

มีคุณสมบัติในการทำลายเชื้อในระดับสูง สามารถทำลายเชื้อไวรัส HIV ได้ดี ทำลายเชื้อได้เร็ว ฤทธิ์ทำลายเชื้อจะถูกยับยั้งโดยสารอินทรีย์ เลือด น้ำเหลือง จึงต้องใช้ความเข้มข้นสูงขึ้นถ้าสิ่งของนั้นมีสิ่งสกปรกเปื้อนมาก เช่น ในกรณีพื้นผิวสะอาดใช้ความเข้มข้นเพียง 0.01-0.1% Sodium Hypochlorite แต่ในสถานะที่มีสิ่งสกปรก เลือด น้ำเหลือง ต้องใช้สูงถึง 0.5-1% Sodium Hypochlorite ผสมน้ำประปาหรือน้ำสะอาดได้เลย เพราะน้ำกระด้างไม่มีผลต่อการออกฤทธิ์

ข้อบ่งใช้ ใช้ความเข้มข้น 0.5-1% กับเครื่องมือเครื่องใช้ที่ผ่านการใช้กับผู้ป่วยมาแล้ว ใช้เวลานาน 30 นาที ใช้ทำความสะอาดพื้น เติงผู้ป่วยที่เป็นเลือด น้ำเหลือง หรือสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย

4. Iodine Compound

Iodine ในรูปของทิงเจอร์มีฤทธิ์การทำลายเชื้อระดับสูงสามารถทำลายเชื้อไวรัส HIV ได้เร็ว แต่ปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะราคาแพง ระคายเคืองสูง แต่มีฤทธิ์ทำลายเชื้อได้เร็วประสิทธิภาพสูง ฤทธิ์ฆ่าเชื้อยับยั้งโดยสารอินทรีย์ เก็บในขวดปิดสนิทสีชา

ข้อบ่งชี้ ใช้เช็ดผิวหนังก่อนฉีดยาในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การจำแนกประเภทการปฏิบัติในการทำลายเชื้อสำหรับเครื่องมือเครื่องใช้และสถานที่สำหรับสถานีนอนมัย

1. เครื่องมือที่จำเป็นต้องปราศจากเชื้ออย่างยิ่ง คือ เครื่องมือที่จะสัมผัสกับอวัยวะภายใน เนื้อเยื่อส่วนลึก หรือสอดเข้าหลอดเลือด ซึ่งปกติเป็นส่วนที่ปราศจากเชื้อของร่างกาย หรือภาชนะที่ใช้บรรจุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต้องปราศจากเชื้อ เช่น ชุดทำแผล ชุดผ่าตัดเล็ก ชุดเย็บแผล ชุดทำคลอด กระบอกฉีดยา เข็มฉีดยา เข็มเย็บแผล เป็นต้น

การทำลายเชื้อ

1) แช่น้ำยา 2% Lysol นาน 30 นาที ล้างด้วยน้ำผสมผงซักฟอก ล้างน้ำสะอาด ผึ่งให้แห้ง หรือต้มในน้ำเดือดนาน 20 นาที

2) ดองมือ ใช้แช่ 0.5% Hypochlorite นาน 30 นาที โดยให้น้ำยาฆ่าเชื้อสัมผัสทุกส่วนของเครื่องมือ ล้างให้สะอาด แล้วผึ่งให้แห้ง

การทำให้ปราศจากเชื้อ

อบด้วยไอน้ำร้อน (Autoclave) อุณหภูมิ 121 °C ภายใต้อากาศดัน 15 ปอนด์/ตร.นิ้ว นาน 15 นาที หรือนึ่งหม้อนึ่งความดัน 15 ปอนด์/ตร.นิ้ว นาน 30 นาที หรือแช่ 2% Glutaraldehyde นาน 10 ชม. แล้วล้างด้วยน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ ผึ่งให้แห้ง

การปฏิบัติเกี่ยวกับน้ำยาทำลายเชื้อ

- 1) 2% Lysol ที่ใช้แล้วต้องเปลี่ยนทุกวัน
- 2) 2% Glutaraldehyde ที่ใช้แล้วเปลี่ยนทุก 28 วัน หรือเมื่อขุ่น
- 3) ภาชนะแช่เครื่องมือ ต้องมีฝาปิดมิดชิด น้ำยาต้องสัมผัสทุกส่วนของเครื่องมือ
- 4) 0.5% Hypochlorite ควรผสม และใช้ทันทีและเปลี่ยนน้ำยาทุกวัน
- 5) เข็มฉีดยาทุกเล่มภายหลังการแช่ทำลายเชื้อต้องฉีดยาน้ำผ่านรูเข็มหลาย ๆ ครั้งจนสะอาด เพื่อป้องกันสิ่งสกปรกหรือคราบน้ำยาอุดรูเข็ม

2. เครื่องมือที่ต้องปราศจากเชื้อปานกลาง เครื่องมือเหล่านี้ไม่ได้สัมผัสกับเนื้อเยื่อโดยตรง แต่จะมีเยื่อเมือกติดกัน เช่น ปรัชบาดใช้ ไม้กดลิ้น เป็นต้น

การทำลายเชื้อ

1) ปอทัวคใช้ ใช้แช่ 0.5 % Hypochlorite หรือ 70% Alcohol นาน 30 นาที ล้างน้ำสบู่หรือน้ำผสมผงซักฟอก และล้างน้ำสะอาดเช็ดให้แห้ง เก็บในภาชนะที่แห้งสะอาด

2) ไม้กดลิ้น ใช้แช่ 2% Lysol นาน 30 นาที ล้างด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำผสมผงซักฟอก แล้วล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้งเก็บในภาชนะที่แห้งหรือล้างน้ำสบู่หรือน้ำผสมผงซักฟอกแล้วต้มในน้ำเดือด 20 นาที เก็บในภาชนะที่แห้งสะอาด

การปฏิบัติเกี่ยวกับน้ำยา เปลี่ยนน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ทุกวัน ภาชนะแช่ปรอทต้องมีฝาปิดมิดชิด

3. เครื่องมือที่ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ เครื่องมือเหล่านี้จะไม่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมผัสเฉพาะผิวหนัง เช่น หมอนนอน กระบอกปัสสาวะ กระโถน ขามรูปโด ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน เหยียง โต๊ะ พื้นห้อง อ่างล้างมือ เป็นต้น

การทำลายเชื้อ

1) ถ้าเป็นโลหะ แช่ 2 % Lysol นาน 30 นาที ล้างน้ำผสมผงซักฟอก แล้วล้างน้ำสะอาดผึ่งให้แห้ง ถ้าเป็นพลาสติกแช่ 0.5 % Hypochlorite นาน 30 นาที ล้างน้ำผสมผงซักฟอก แล้วล้างน้ำสะอาดผึ่งให้แห้ง - ผ้าปูเตียง ผ้าปูโต๊ะ ปลอกหมอน ซักตามปกติ กรณีเปื้อนเลือดหนอง หรือสารน้ำจากผู้ป่วย ให้แยกซักโดยต้มก่อนหรือแช่ใน 0.5 % Hypochlorite หรือ 2% Lysol นาน 30 นาที ก่อนซักตามปกติ

2) ที่นอน เหยียง โต๊ะ พื้นห้อง เช็ดด้วยน้ำผสมผงซักฟอกเช็ดตามด้วยน้ำสะอาด ก่อนเช็ดให้แห้ง ถ้าเปื้อนเลือด หรือสารน้ำจากร่างกาย ใช้กระดาษเช็ดออกให้มากที่สุด ราดด้วย 0.5 % Hypochlorite หรือ 2% Lysol บริเวณที่เปื้อนนาน 30 นาที ก่อนเช็ดดูตามปกติ

2.5.2 การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่สำคัญ คือ การเร่งรัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้โรคเอดส์เพื่อให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องการติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการป้องกันโรคและการแพร่โรคที่ถูกต้องสอดคล้องกับประกาศลอนดอนป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งประกาศในการประชุมสุดยอดรัฐมนตรีสาธารณสุขทั่วโลก ที่กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ เมื่อเดือนมกราคม 2531 ในข้อที่ 4 ความว่า “มาตรการเดียวที่สำคัญที่สุดของโครงการเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับชาติก็คือ การให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาแก่ประชาชนในอันที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ทั้งนี้ บุคคล สื่อมวลชน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องควรจะได้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการระบาดของโรคนี้อย่างทั่วถึง”

การนำข้อมูลข่าวสารและการศึกษาให้เข้าถึงประชาชน และกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก้อยเพียงใดนั้น ขึ้นกับกลวิธีการทางสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์โดยประยุกต์ให้เข้ากับรูปแบบของการดำเนินชีวิตในสังคม วัฒนธรรม วิธีการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน ตลอดจนคุณค่าของความเป็นมนุษย์และค่าทางด้านจิตใจ รวมถึงบทบาทของสื่อมวลชนที่มีต่อความรับผิดชอบต่อสังคมนั้นด้วย

ก. แนวทางการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเอดส์

1. การประชาสัมพันธ์เผยแพร่การดำเนินงาน และผลงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ควรจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการประชาสัมพันธ์เพื่อหวังผลการบรรลุวัตถุประสงค์ขั้นแรก การสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติ การปฏิบัติตนและพฤติกรรมที่ถูกต้องของประชาชนกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงและประชาชนทั่วไปในการป้องกันการแพร่ติดต่อของโรคเอดส์ และวัตถุประสงค์ระยะสุดท้ายของการเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิต (Life style) และเปลี่ยนกระบวนรูปแบบของพฤติกรรมอย่างสมัครใจในการหลีกเลี่ยงการเสี่ยงอันตรายต่อการติดโรคเอดส์ โดยเฉพาะการสำส่อนทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ การร่วมเพศทางทวารหนักและทางปาก เป็นต้น

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคเอดส์ ควรยึดข้อมูลที่ต้องการจากกระทรวงสาธารณสุข

3. ข้อมูลที่ทันสมัยและแนวทางประชาสัมพันธ์ร่วมกัน ควรมาจากแหล่งเดียวกัน คือ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ข. แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์

1. การดำเนินงานในระดับกว้าง

เพื่อให้การดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์สามารถผสมผสานกับแผนการดำเนินงานสาธารณสุขของหน่วยงานนั้น เห็นควรจะได้พัฒนาองค์กรที่มีอยู่เดิมในด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ หรือพัฒนาแต่งตั้งเป็นกรรมการหรือคณะทำงานเพิ่มเติมจากองค์กรที่มีอยู่เดิม หรือพิจารณาจัดตั้งให้มีตามความเหมาะสมในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ ภูมิภาค และจังหวัด เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ โดยมีกลวิธีดำเนินการดังนี้

1.1 การสร้างแกนนำ (Prime Mover)

สร้างผู้นำตามระบบสังคมที่ประชาชน หรือชุมชนให้ความรัก ศรัทธา และเชื่อมั่น ต่อคุณภาพและความดีงาม มาร่วมให้แนวคิดและเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสี่ยงของประชาชน และถ้าแกนนำเป็นผู้มีศักยภาพสูงจะส่งผลและสนับสนุนให้กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปด้วยดี โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผ่านสื่อมวลชน ตัวอย่างแกนนำเช่น ผู้บริหารระดับสูง ผู้นำทางศาสนา หรือนักเคลื่อนไหวของชุมชนนั้น

1.2 การรณรงค์มวลชน (Mass Campaign)

การให้ข้อมูลความรู้แก่ประชาชนที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงเพื่อลดความตื่นตระหนก และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์โดยผ่านสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันนี้สื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ ได้พัฒนาไปไกลมาก ประชาชนได้มีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง แต่แนวทางในการทำการรณรงค์มวลชนจะต้องคำนึงถึงเงื่อนไข และแนวทางดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สามารถสนับสนุนการดำเนินงานในระดับปฏิบัติหรือชุมชนได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับชีวิตของชุมชน และจะต้องกระทำกันหลาย ๆ ครั้งอย่างต่อเนื่องยาวนาน จึงจะสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ การจัดทำเป็นสัปดาห์ต่อต้านโรค เป็นกิจกรรมหนึ่งของการรณรงค์ ซึ่งอาจจัดทำพร้อมกันทั่วประเทศเป็นประจำทุกปี ปีละ 1-2 ครั้ง และการให้บริการทางโทรศัพท์ (Hot line) เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นสิ่งสำคัญและเหมาะสมสำหรับบริการในกลุ่มผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากพฤติกรรมส่วนตัวที่ไม่ต้องการเปิดเผย

1.3 หน่วยสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile Health Education)

เนื่องจากสาเหตุสำคัญการระบาดของโรคเอดส์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมส่วนตัว ทั้งพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด จึงเป็นการยากในการเข้าถึงบุคคลกลุ่มนี้ ผู้ทำหน้าที่อาจจะต้องไปบรรยายในสถานที่หรือแหล่งที่อยู่อาศัยตามเวลาที่เหมาะสมของแต่ละสถานที่ ซึ่งมักจะเป็นช่วงนอกเวลาราชการ ผู้ปฏิบัติงานต้องอาศัยความอดทน การเสียสละ และต้องมีเครื่องมือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ตลอดจนพาหนะที่พร้อมที่จะใช้สื่อสารสุขภาพได้ทุกแบบและทุกสภาพ เช่น ภาพยนตร์ วีซีดี ซีดี ดีวีดี ภาพนิทรรศการ และสื่อสุขภาพอื่น ๆ ด้วย

2. การดำเนินงานในระดับชุมชน

การดำเนินงานเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ในระดับหมู่บ้านหรือชุมชนมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนในชุมชนนั้นได้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดโรค หรือพฤติกรรมที่ป้องกันการแพร่โรคของบุคคลที่ติดเชื้อและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นได้ โดยการประสานกับแผนการปฏิบัติการรณรงค์ในระดับกว้าง การรณรงค์ในระดับนี้นับเป็นหัวใจอย่างหนึ่งของวิธีการแก้ปัญหา เพราะการให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหารวมทั้งการคิดหาปัญหา การวางแผนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลย่อมทำได้ง่ายและมีความเป็นไปได้สูงกว่าที่จะให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ

การดำเนินการในระดับชุมชนนั้น ดำเนินการในลักษณะผสมผสานไปกับองค์กรที่มีอยู่เดิมของชุมชนนั้น ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มผู้นำเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ และอาจจะจัดตั้งกลุ่มเสริมการปฏิบัติการเพื่อการสนับสนุนการรณรงค์มวลชนและความต่อเนื่องของการควบคุมดูแล ซึ่งจะช่วยให้มีบทบาทในเรื่องนี้ได้อย่างจริงจัง การดำเนินงานจะต้องจัดเตรียมสื่ออุปกรณ์การสื่อสารให้เหมาะสมกับท้องถิ่นหรือใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่แล้ว เช่น หอกระจายข่าว ทั้งนี้จะต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนด้วย

3. การดำเนินงานในระดับสถานพยาบาล

การค้นหาผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ดำเนินการในสถานบำบัดรักษาโรคทั่วไปและโรคหรืออาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือกามโรค และผู้ติดยาเสพติด การดำเนินการในระยะแรกถึงเน้นหนักในสถานบำบัดรักษาดังกล่าว แต่เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคใหม่ประชาชนมีความสนใจและตื่นตัวกันมากสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วไปทุกจังหวัดจึงควรมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงของประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยอาจดำเนินการได้ดังนี้

3.1 วางแผนและดำเนินการรณรงค์สุศึกษาในสถานบริการอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับการรณรงค์มวลชนในระดับกว้าง เช่น การจัดนิทรรศการ หรือการจัดบอร์ดสุศึกษา สื่อและเนื้อหาของสุศึกษา ควรได้รับการสนับสนุนและประสานกับโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่น

3.2 การดำเนินงานสุศึกษาสำหรับกลุ่มเป้าหมายของสถานพยาบาลนี้ นับเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจงที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค แนวการปฏิบัติต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าสมควรจะเป็นการให้สุศึกษาเป็นรายบุคคล หรือแบบรายกลุ่ม โดยคำนึงถึงความลับของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ด้วย และยังต้องอาศัยสื่ออุปกรณ์สุศึกษาที่

เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการนำแนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมาช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ได้อย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ (Susceptibility) ความรุนแรงของโรคเอดส์ ผลจากการปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อเปรียบเทียบกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนข้อแนะนำหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่เชื้อสำหรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และการลดความรุนแรงด้านความรู้สึกลึกที่กดดันต่อความกลัวความวิตกกังวลของบุคคลกลุ่มนี้ด้วย

3.3 มาตรการเสริมแรงจิตใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญสำหรับปัญหาโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องพิจารณามาตรการในรูปแบบต่าง ๆ มาเป็นตัวกระตุ้นหรือเสริมแรงจิตใจ เช่น การสนับสนุนของสังคม (Social support) ในรูปแบบของกลุ่มเพื่อน ญาติพี่น้อง บุคคลในสังคม หรือชุมชน โดยการสนับสนุนให้กำลังใจลดความรังเกียจ หรือความกลัวเกินเหตุ โดยการได้รู้ข้อมูลที่ถูกต้องของการติดเชื้อ และการอยู่ร่วมกันได้ในครอบครัวหรือสังคมโดยปลอดภัย

4. การดำเนินงานในระดับสถานศึกษา

กลุ่มนักเรียนและนักศึกษาเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญกลุ่มหนึ่ง จำเป็นที่จะต้องให้สุขศึกษา หรือให้ความรู้แก่ครู และนักเรียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีความคิดรวบยอดเจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาดังแต่แรกเริ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะเบี่ยงเบนไปจากพฤติกรรมปกติ หรือพฤติกรรมที่นำไปสู่การเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในอนาคต

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้โรงเรียนร่วมกับประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน จัดรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ ให้สอดคล้องกับโครงการรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ของจังหวัด โดยจัดในรูปของสัปดาห์ต่อต้านโรคเอดส์ กิจกรรมประกอบด้วย การจัดนิทรรศการ การประกวดภาพวาด การประกวดเรียงความ และการประกวดคำขวัญ เป็นต้น โดยหน่วยงานสาธารณสุขให้การสนับสนุนในด้านสื่อ เอกสารสิ่งพิมพ์ และอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

5. กลวิธีดำเนินงาน

5.1 การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

- เพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ ความเข้าใจและป้องกันตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ตลอดจนรู้จักสถานที่ตรวจรักษา เมื่อมีอาการ

สงสัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ หรือป่วยเป็นโรคเอดส์ โดยการเผยแพร่บทความข่าวสารกิจกรรม หรือเผยแพร่สุขศึกษาไว้ในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล นอกจากนี้ ควรเผยแพร่ผ่านสื่อประจำท้องถิ่น เช่น หอกระจายข่าว ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

5.2 การรณรงค์

เพื่อกระตุ้นเตือนประชาชนและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันตนเอง ร่วมมือและมีส่วนในการป้องกันและควบคุมโรคกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ

การจัดสัปดาห์รณรงค์โดยจัดในรูปแบบผสมผสานกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งให้ชื่อว่า “สัปดาห์ต่อต้านการโรคและโรคเอดส์” โดยให้สถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดขึ้นพร้อมกันทั่วประเทศ

กิจกรรมดำเนินงานสัปดาห์ต่อต้านการโรคและโรคเอดส์ ได้แก่

- (1) การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สัปดาห์ต่อต้านการโรคและโรคเอดส์
- (2) จัดนิทรรศการในสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและ

ส่วนภูมิภาค

5.3 การให้สุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข

เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่ผู้มารับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อและญาติให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่เชื้อแก่ผู้อื่น ดำเนินการโดย

- (1) การให้การสุขศึกษารายบุคคล

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ ความรุนแรงของโรคเอดส์และผลดีของการปฏิบัติและแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่เชื้อ การดูแลรักษาสุขภาพ การติดตามเพื่อดูอาการตามกำหนดเวลานัดหมายและการส่งเสริมทางด้านจิตใจ

- (2) การให้สุขศึกษารายกลุ่ม

เพื่อให้ผู้มารับบริการในสถานบริการ ผู้ติดเชื้อ และญาติให้มีความรู้ในเรื่องอันตรายของโรค การติดต่อและแนวทางปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ตลอดจนการยอมรับต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในการอยู่ร่วมทางสังคม

5.4 การให้สุขศึกษานอกสถานที่

เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่ผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ และทางยาเสพติดชนิดฉีด โดยเน้นถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกัน โดยการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัย และการไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างจริงจัง การให้สุขศึกษาเป็นแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานเริงรมย์ แหล่งชุมชนแออัดและเรือนจำ

การปฏิบัติการสุขศึกษานอกสถานที่ จะดำเนินการร่วมไปกับหน่วยระบาดวิทยา ที่ทำการเจาะโลหิต เพื่อศึกษาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดเป้าหมายให้สุขศึกษา ให้ครบทุกแห่งปีละ 2 ครั้ง

5.5 การให้สุขศึกษาในโรงเรียน

เจ้าหน้าที่สุขศึกษาเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนดำเนินการเผยแพร่ความรู้ โรคเอดส์ในสถานศึกษาดังแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นต้นไป ให้ครอบคลุมทุกโรงเรียน ภายในจังหวัดหรือเขตรับผิดชอบอย่างน้อยแห่งละ 1 ครั้ง ส่วนภูมิภาค สาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบร่วมกับสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขตและศูนย์กามโรคเขต สำหรับส่วนกลาง กรมควบคุมโรคติดต่อ กองกามโรคและสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครเป็นผู้รับผิดชอบ

5.6 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศและโรคเอดส์ โดยผสมผสานไปกับการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

(1) สนับสนุนโดยการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการในเรือนจำด้วย เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำปรึกษา เบื้องต้นเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อการเผยแพร่ความรู้และการเฝ้าระวังโรคภายในชุมชน นั้น

(2) สนับสนุนให้ อสม. ผสส. และผู้นำชุมชนได้แนะนำผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ และผู้สัมผัสในชุมชนนั้นไปรับการตรวจเชื้อโรคเอดส์

2.5.3 การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคเอดส์

1. ความหมายของการให้คำปรึกษา จากการศึกษาความหมายของการให้คำปรึกษาแนะนำ ที่วชิระ เฝ้าจันทร์ และเจิดจรัส แดงสี ได้เสนอไว้ พอสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายถึง การรับฟังเรื่องราว หรือปัญหาข้อข้องใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในลักษณะของการสนทนาปรึกษาหารือ เพื่อการค้นหาปัญหา และแนวทางแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ นั้น ๆ (วชิระ เฝ้าจันทร์, 2536 และเจิดจรัส แดงสี, 2538)

2) เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องมีบริการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มีวิธีบำบัดรักษาหรือมีวัคซีนป้องกัน เมื่อติดเชื้อแล้ว เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดชีวิต ถึงแม้จะยังไม่มีอาการ ก็สามารถแพร่ไปยังผู้อื่นได้ และเมื่อป่วยแล้วมักจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว แต่สามารถป้องกันได้อย่างแน่นอนถ้าประชาชนละเว้นหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ปัจจุบันประชาชนยังมีความสับสนไม่แน่ใจ และหวาดวิตกเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์อยู่เป็นอันมาก โดยเฉพาะเมื่อมีบุคคลในครอบครัว หรือในชุมชนติดเชื้อโรคเอดส์ จะเกิดความหวาดกลัวรังเกียจ และเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจต่าง ๆ นานา การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ จึงเป็นมาตรการหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ใช้ในงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ อันตรายของโรค วิธีการแพร่ระบาด แนวทางป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์ ตลอดจนรู้วิธีปฏิบัติในการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง มีเจตคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมในอันที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จัดว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือพฤติกรรมที่อาจแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมทั้งการรักษาสุขภาพตนเองเพื่อขลอโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคเอดส์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด กระทรวงสาธารณสุขเห็นความจำเป็นต้องมีการประสานงานการให้บริการระหว่างหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาและป้องกัน จึงสนับสนุนให้มีบริการให้คำปรึกษาแนะนำกระจายครอบคลุมหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

3) บุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษาแนะนำ

การให้คำปรึกษาสามารถทำได้ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการให้คำปรึกษาที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ที่กำลังดูแลรักษาผู้เข้ารับคำปรึกษา หรือแพทย์พยาบาลตามโรงพยาบาลทั่วไป นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักสุขศึกษา เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ รวมทั้ง ครู และอาสาสมัครประเภทต่าง ๆ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์เป็นอย่างดี และควรมีทักษะในการให้คำปรึกษาแนะนำพอสมควร

ส่วนผู้ที่ควรได้รับคำปรึกษาแนะนำ ได้แก่ ผู้ที่สงสัยว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้มาขอรับการตรวจเลือดหาเชื้อโรคเอดส์ ผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อ ผู้สัมผัส หรือบุคคลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับด้วย

4) ช่วงเวลาที่จะควรให้คำปรึกษาแนะนำ

การให้บริการสามารถทำให้ทุกขณะทราบเท่าที่มีบุคคลแสดงความกังวลใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ หรือถามถึงข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยทั่วไปเวลาที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษาแนะนำ คือช่วงก่อนการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV หรือภายหลังเมื่อทราบผลเลือดแล้ว นอก

จากนี้ควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อแล้ว แต่ยังไม่มีอาการ หรือเริ่มมีอาการป่วย โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวและญาติ ควรรีบให้คำปรึกษาแนะนำทันทีเมื่อทราบข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และปฏิบัติอย่างเหมาะสมต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ซึ่งจะสามารถป้องกันปัญหาและผลกระทบต่าง ๆ ที่จะตามมาได้

5) แนวทางในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์

ผู้มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแนะนำ ควรปฏิบัติตามแนวทางดังต่อไปนี้คือ

- (1) พุดแนะนำตัวกับผู้รับบริการด้วยท่าทีที่อบอุ่นเป็นกันเอง
- (2) สดับรับฟังปัญหาของผู้รับบริการอย่างตั้งใจ
- (3) วิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ
- (4) ชักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อในแง่ที่เกี่ยวข้องโรคเอดส์
- (5) ชี้แจงและให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากพฤติกรรมของผู้รับ

บริการปรึกษาแนะนำ

(6) ชักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความผิดปกติของผู้ติดเชื้อในแง่ที่อาจเป็นอาการของโรคเอดส์

(7) ให้การสนับสนุนผู้รับบริการโดยเสนอทางเลือกต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา เพื่อให้ตัดสินใจเลือกแนวทางดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพการณ์ของผู้รับบริการแต่ละราย

2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กิตติยา เตชะไพโรจน์ (2533) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาล ตามมาตรฐานการระวัง และควบคุมการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะคัดต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายที่สนับสนุนการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคเอดส์ และสิ่งเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับต่ำ

นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทักษะคัดต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ และปัจจัยสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์

ทวีศักดิ์ นพเกษร (2533) ได้ทำการศึกษา ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เบื้องต้น ในการติดตามศึกษาชายไทยภาคเหนือ ที่มีอายุระหว่าง 21 - 25 ปี ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ทำการศึกษามีการติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 7.20 เคยมีเพศสัมพันธ์กับโสเภณีร้อยละ 70.00 และร้อยละ 17.00 ของกลุ่มที่ศึกษาตอบคำถามได้ถูกต้องน้อยกว่า 5 ข้อใน 11 ข้อ และส่วนใหญ่เป็นชาวนาที่มีการศึกษาดำรงต่ำกว่าประถมศึกษา ค่ากลาง (Median) ของคำตอบที่ถูกต้องเท่ากับ 9 ผู้ที่ตอบได้ถูกต้องเคยได้รับข่าวสารโรคเอดส์จากโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นปลิว มีเพียงร้อยละ 36.00 ที่คิดว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง และร้อยละ 34.00 เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่จะไม่ตายจากโรคเอดส์ร้อยละ 88.00 กลัวการเป็นโรคเอดส์ แต่มีเพียง ร้อยละ 5.00 ที่คิดว่าตนเองอาจติดเชื้อเอดส์ และคิดว่าการตรวจสุขภาพหญิงโสเภณีเป็นประจำจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มวัยรุ่นในชุมชนแออัด มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ไม่เต็มร้อยละ 100.0 มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่ดีถึงร้อยละ 54.0 มีพฤติกรรมเสี่ยงมากในด้านการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการถึงร้อยละ 23.4 มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 17.0 ทุกคนที่ใช้ถุงยางอนามัยไม่มีผู้ใดปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอน และพบว่า การรับรู้ต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ แต่เจตคติต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

สุรี โอภาสศิริวิทย์ (อ้างถึงใน มัลลิกา ตั้งเจริญ, 2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ถึงความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ

หรรษา เทียนทอง (2534) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดี จะมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ที่ดีด้วย และยังพบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีระดับการศึกษาสูงหรือมีประสบการณ์ของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน มีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ที่ดีด้วยเช่นกัน

กรองกาญจน์ สังกาศ และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาถึงภัยอันตรายจากการถูกเข็มและของมีคมทิ่มตำ ของนักศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาร้อยละ 47 มีประวัติถูกเข็มและของมีคมทิ่มตำ ร้อยละ 39 ถูกเข็มที่ใช้อยู่เสมอในการปฏิบัติงาน ซึ่งชนิดของเข็มนั้น ร้อยละ 53 เป็นเข็มที่ใช้เจาะเลือดฉีดยาร้อยละ 36 เป็นเข็มสำหรับให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ และอีกร้อยละ 11 เป็นเข็มชนิดอื่น ส่วนการปฏิบัติกับเข็มฉีดยาหรือเจาะเลือดที่ใช้แล้ว พบว่า นักศึกษาร้อยละ 13 สวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือทั้ง 2 ข้างเข้าหากัน ร้อยละ 85 สวมปลอกเข็มกลับโดยใช้มือข้างเดียวสวมปลอกเข็มที่วางไว้บนภาชนะ มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่ไม่สวมปลอกเข็มกลับ นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการถูกเข็มทิ่มตำ โดยเฉพาะการไม่สวมปลอกเข็มกลับ

นิภา วินิจ และพิสมัย วัลยสวัสดิ์ (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง แหล่งข่าวสารเอดส์ : การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงและทัศนคติต่อการตระหนักถึงการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มเยาวชนในสถาบันการศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1) แหล่งข่าวสารโรคเอดส์ นักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยและระดับอาชีวศึกษา ได้รับทราบการป้องกันเอดส์จากสื่อมวลชน โดยได้รับทราบจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 97.0) รองลงมาคือวิทยุกระจายเสียง (ร้อยละ 88.0) และจากหนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 86.0) ส่วนสื่อบุคคล นักศึกษาได้รับจากครูมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อนโดยการพูดคุยและสนทนาในกลุ่มเพื่อน แต่ให้ความไว้วางใจแพทย์ในการปรึกษาเกี่ยวกับโรคนี้มากที่สุด รองลงมาคือ บิดามารดา

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ นักศึกษามีความรู้ปานกลางเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ (ร้อยละ 47.0) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันนั้นมีความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 46.0) และมีความรู้ต่ำ (ร้อยละ 32.0) นักศึกษามากกว่าครึ่งยังสับสนในเรื่องอาการของผู้ป่วย แต่เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความกลัวว่าอาจจะติดเชื้อเอดส์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

3) การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยง พบว่า คะแนนความรู้สูงหรือต่ำ ไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เพศชายประเมินความเสี่ยงต่อโรคเอดส์แตกต่างจากเพศหญิงมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คำตอบของนักศึกษาชายโดยเฉพาะระดับอาชีวศึกษายังแสดงถึงความคิดที่สับสน ความชะล่าใจ ขาดความรับผิดชอบต่อการควบคุมโรคเอดส์มากกว่านักศึกษาหญิง

4) ในด้านการบังคับใจตนเองก็เช่นเดียวกัน คะแนนความรู้สูงหรือต่ำ ไม่มีผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับการควบคุมตนเองด้วยมาตรฐานจริยธรรมทางเพศ เพศชายและเพศหญิงมีทัศนคติแตกต่างกันอย่างเด่นชัดมาก ในการประเมินพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง

สุชาติ เสรฐมูลณี (2535) ได้ทำการศึกษาการลดพฤติกรรมเสี่ยงและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงโสเภณี จังหวัดพะเยา พบว่า หญิงโสเภณีร้อยละ 60.0 มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงลงในขณะที่ที่อกร้อยละ 40.0 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่อย่างใด และเมื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ปัญหาโรคเอดส์ ปัจจัยด้านความผูกพันที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปัจจัยด้านการกระทำพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงโสเภณี จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า หญิงโสเภณียังไม่รู้สึกว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาใหญ่ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน และเห็นว่าการลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นเป็นเรื่องของแขกที่มาเที่ยว พวกเธอไม่มีอำนาจที่จะไปต่อรองสำหรับชายนักเที่ยว ยังคงมีทัศนคติว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันเป็นการผิดธรรมชาติ และจำกัดการตอบสนองความพอใจทางเพศ

พรทิพย์ ชนะภัย (2536) ได้สำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อปี 2536 พบว่าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10, 30 และ 60 เตียงขึ้นไป

ธราทิพย์ ธรรมนพฤทธิ และคณะ (2537) ได้ทำการศึกษาผลการให้คำปรึกษาโรคเอดส์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาได้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษามาแล้วไม่เกิน 2 ปี เป็นส่วนใหญ่ บางคนยังไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน และเป็นเจ้าหน้าที่จากฝ่ายงานต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมจะให้คำปรึกษาในลักษณะไม่เต็มรูปแบบ ไม่มีสถานที่เฉพาะ แต่ผู้ผ่านการอบรมมาแล้ว จะให้คำปรึกษาเต็มรูปแบบ มีสถานที่โดยเฉพาะ ผลจากการให้คำปรึกษา คือ ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ รู้สึกประทับใจในการทำหน้าที่ให้

คำปรึกษา และผลพลอยได้ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาส่วนตัว และความขัดแย้งในหน่วยงานได้ดีขึ้น ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานมากขึ้น

กมลเนตร โธมานุรักษ์ และคณะ (2539) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทันตแพทย์ในกรุงเทพฯ จำนวน 130 คน พบว่า ส่วนใหญ่ยังปฏิบัติงานทันตกรรมอยู่ และร้อยละ 70 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว มีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่เคยให้บริการแก่คนไข้โรคเอดส์ ทันตแพทย์ ร้อยละ 90 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับดี แต่ทัศนคติต่อโรคเอดส์ หรือความตั้งใจที่จะให้บริการคนไข้โรคเอดส์ มีค่าบวกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทันตแพทย์ทุกคนคิดว่าตนเองอยู่ในฐานะที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ ถ้าต้องให้บริการคนไข้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันที่ไม่เพียงพอ สิ่งที่น่าสนใจ คือ ทันตแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดี แต่ยังมีทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ไม่ดีพอ

โสมสุดา สังขมณี (2539) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในเขต 11 เมื่อปี 2536 โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่าง 646 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านการตรวจรักษาพยาบาล และงานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค กว่าครึ่งจะไม่เคยผ่านการอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์มาก่อน บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีทัศนคติต่อผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอดส์ และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างบุคลากรที่ผ่าน และไม่ผ่านการอบรมเรื่องโรคเอดส์แล้วพบว่า ผู้ที่ผ่านการอบรมจะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อดีกว่า ผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านทัศนคติต่อผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ราตรี ฉันทพล (อ้างถึงใน ภาณุ อุดกัลณ์, 2539) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความรู้และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษามีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์เชิงนิเสธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความรู้กับเจตคติของผู้ป่วยโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเจตคติของผู้ป่วยโรคเอดส์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กัน

อภิญา อินทรกำแหง และคณะ (2539) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วน

ตามการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ดี พยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่างด้านวุฒิการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จะมีความรู้ เจตคติ ไม่แตกต่างกัน

อุษา ชูชาติ และคณะ (2539) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ ใน 5 จังหวัด คือ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง และ สมุทรปราการ จำนวน 337 คน เมื่อปี 2537 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จะไม่มีหน่วยคลินิก ให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ในหน่วยงาน และไม่มีโอกาสปฏิบัติงานด้านการให้การปรึกษาเพราะไม่มีผู้ป่วยเกี่ยวกับเอดส์มารับการปรึกษาที่สถานีนอนามัย และมีความคิดเห็นว่า มีข้อจำกัดในด้านการให้คำปรึกษาด้านสังคมยอมรับผู้ติดเชื้อ และด้านผู้ติดเชื้อที่รับบริการ ปัญหาส่วนใหญ่ของการให้คำปรึกษา คือ ไม่เคยปฏิบัติ ขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่ต้องการขอรับการสนับสนุนในเรื่องขอให้มีบุคลากรและหน่วยงานเฉพาะสำหรับให้คำปรึกษา และสถานที่ที่เหมาะสมในด้านวิชาการต้องการให้มีการจัดอบรมความรู้เรื่องการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์

กล่าวโดยสรุป จากประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัย 3 เรื่อง คือ 1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ 2. เจตคติต่อโรคเอดส์ 3. การปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยแต่ละเรื่องมีตัวแปรเพื่อการวิเคราะห์เป็นองค์ประกอบแยกย่อยออกไป