

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย ได้ศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเป็น 5 หัวข้อตามลำดับดังนี้

- 1) โรคเอดส์
- 2) การป้องกันการติดเชื้อแบบสากล
- 3) แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ
- 4) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน
- 5) รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



1. โรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่เรียกออกเสียงทับศัพท์ในภาษาอังกฤษ มาจากคำว่า "AIDS" ซึ่งเป็นคำย่อของคำเต็มดังนี้

- A = Acquired หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลัง มิได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบทอดทางกรรมพันธุ์
- I = Immune หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
- D = Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง การขาด
- S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ คือ โรคที่มีอาการหลาย ๆ อย่าง ไม่เฉพาะระบบใดระบบหนึ่ง

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของโรคเอดส์ไว้มากมาย จะยกเป็นตัวอย่างดังต่อไปนี้
อนวัตร ลิ้มสุวรรณ (2529 : 107) ได้ให้ความหมายของเอดส์ว่า หมายถึง ภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการเสาะหา ไม่ได้ผิดปกติมาแต่กำเนิด ไม่ได้ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

เพ็ญพิลาส แจ่มดวง (2531 : 1) ได้ให้ความหมายของเอดส์ว่า เป็นกลุ่มอาการของภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นโรคที่แพร่กระจายโดยเชื้อไวรัส เป็นกลุ่มอาการ เพราะประกอบด้วยลักษณะและอาการหลายอย่างพร้อมกัน

ประพันธ์ ภาณุภาค (2532 : 3) กล่าวถึงเอดส์ว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป อันเป็นผลเกิดขึ้นภายหลัง ไม่ใช่เป็นแต่กำเนิด

สรุปได้ว่า เอดส์ เป็นกลุ่มอาการทางระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด เรียกลิ้น ๆ ว่า โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เข้าสู่ร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายเสื่อมลง เป็นเหตุให้เกิดเชื้อไวรัสชนิดต่าง ๆ และถึงแก่ความตายได้ง่ายกว่าคนปกติ

ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์

โรคเอดส์ เป็นโรคใหม่ที่เริ่มมีการรายงานครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2524 โดยพบว่า ผู้ป่วยกร่วมเพศ 5 ราย ในเมืองลอสแอนเจลิส เกิดโรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติค คาริโน (Pneumo cystic carinii) ต่อมา มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่คล้ายกันนี้เพิ่มเติมในเมืองอื่น ๆ ผู้ป่วยทุกรายไม่มีประวัติการได้รับยากดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย แต่ปรากฏว่าเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันมีจำนวนน้อยลงลงมาก และทำงานไม่ได้ตามปกติ จึงมีการตั้งชื่อโรคนี้ว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม ผู้ป่วยโรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก

เชื้อที่เป็นสาเหตุ

ได้ค้นพบเชื้อ เอลไอวี ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 ในประเทศฝรั่งเศส โดยใช้ชื่อเรียกว่า Lymphadenopathy Associated Virus or LAV ปีต่อมา มีผู้แยกไวรัสได้จากผู้ป่วยโรคเอดส์ และตั้งชื่อว่า Human T - Cell Lymphotropic Virus III (HTLV III) จากการศึกษพบว่า ไวรัสสองตัวนี้เป็นตัวเดียวกัน ในปัจจุบันตั้งชื่อใหม่ว่า เอลไอวี

ไวรัสเอดส์ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพกับ T-Helper cell (หรือ CD4 + Lymphocyte) Macrophase, B-Lymphocyte และเซลล์ประสาท เมื่อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะไปจับกับ แอนติเจน CD4 บนผิวของ CD4+Lymphocyte ซึ่งเป็นตัวรับต่อเชื้อไวรัสแล้วเข้าไปสู่เซลล์นั้น เชื้อไวรัสเอดส์นี้อาจถูกทำลายโดยวิธีทางอิมมูโนวิทยาของ

ร่างกายหรืออาจแฝงตัวเจียบอยู่ใน CD4+Lymphocyte หรืออาจแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากมาย ถ้าเซลล์ที่มีไวรัสเอดส์อยู่นั้นถูกกระตุ้นต่าง ๆ เช่น alloantigen, cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus และเชื้อกามโรค การแบ่งตัวและการเพิ่มจำนวนของ ไวรัสเอดส์ทำให้ CD4+Lymphocyte ถูกทำลาย เนื่องจาก CD4+Lymphocyte นี้เป็นเซลล์ ที่มีบทบาทมากในเซลล์ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้นการที่จำนวน CD4+Lymphocyte ลดลง อย่างรวดเร็ว จึงมีผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งเป็น สาเหตุทำให้เกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ หรือโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย

การแพร่เชื้อโรคเอดส์

จะพบเชื้อโรคเอดส์ได้ในของที่เหลือออกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วยหรือ ติดเชื้อ เช่น เลือด น้ำกาม น้ำในช่องคลอด น้ำตา น้ำลาย แต่ในโอกาสจะแพร่โรคมิเฉพาะ ทางเลือด น้ำกาม และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น

- 1) การแพร่ทางเพศสัมพันธ์ แพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสำส่อน
- 2) การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด พบอยู่ใน 3 กรณี คือ
 - 2.1 การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกัน
 - 2.2 การรับเลือดเพื่อการรักษาโรค หรือขณะผ่าตัด
 - 2.3 การรับเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอดส์
- 3) การแพร่จากมารดาสู่ทารก มารดาที่ติดเชื้อหรือเป็นเอดส์จะแพร่เชื้อ โรคเอดส์ให้แก่ทารกในครรภ์หรือหลังคลอดได้ประมาณ 20-50 เปอร์เซ็นต์

บุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

จากการศึกษาถึงลักษณะการติดโรคและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ พบจะระบุได้ว่า

- 1) กลุ่มส่วนทางเพศ ได้แก่
 - ชายรักร่วมเพศหรือเกย์ที่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ
 - ชายรักสองเพศ
 - หญิงบริการทางเพศ หรือโสเภณี

- 2) ภรรยาหรือคู่นอนของผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์
- 3) ทารกในครรภ์และบุตรที่มีมารดาติดเชื้อโรคเอดส์
- 4) กลุ่มผู้ป่วยโรคเลือด ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่ายเลือด
- 5) กลุ่มที่ไม่ได้รับการถ่ายเลือดและผู้รับบริจาคอวัยวะจากบุคคลอื่น
- 6) กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน
- 7) กลุ่มนักโทษที่มีการรักร่วมเพศกันเอง และมีการใช้กระบอกฉีดยาเสพติดร่วมกัน

ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อเอดส์

อาการของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ แบ่งตามระยะของการติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะปรากฏอาการเป็น 5 ระยะ คือ

- 1) ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะนี้มักจะไม่มีอาการแต่อาจมีอาการมีไข้ อ่อนเพลีย และอาการอื่น ๆ คล้ายไข้หวัดใหญ่ ต่อมน้ำเหลืองโต อาการจะหายไปเองในระยะเวลา 2-6 สัปดาห์ ต่อมาร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังจากการรับเชื้อโรคเอดส์
- 2) ระยะไม่มีอาการ ระยะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 40-70 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด
- 3) ระยะต่อมน้ำเหลืองโต (persistent Generalized Lymphadenome หรือ PGL) ระยะนี้ต่อมน้ำเหลืองโดยทั่วไป นานกว่า 1 เดือน โดยไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย
- 4) ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS-Related Complex : ARC) พบประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด
- 5) ระยะเป็นเอดส์ (Full Blown AIDS) พบประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งหมด

โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และ/หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ จะมีอาการแสดงของโรคเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) ลักษณะของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งแสดงอาการอย่างไรขึ้นกับว่าเป็นการติดเชื้อชนิดใด และเกิดโรคในอวัยวะส่วนใดของร่างกาย

1.1 อาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการของปอดบวม มีไข้หลบ เหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอกและไอ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจมักจะเสียชีวิตมากกว่าการติดเชื้อระบบอื่น

1.2 การติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง จะมีอาการของ Progressive De mentia หรืออาจมีอาการของ Focal neurologic lesion เช่น ชัก มีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง หรือมีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

1.3 อาการของการติดเชื้อทางระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจะมีอาการ อุจจาระร่วงเรื้อรัง อาจเป็นน้ำหรือเป็นมูกเลือด บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมเชื้อที่เป็นเหตุของอาการเหล่านี้ ได้แก่ *Cryptosporidium*, *Isospora*

1.4 อาการไข้ มักพบอาการครันเนื้อครันตัว อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไข้ เกิดจากการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย บางครั้งหาสาเหตุของไข้ไม่ได้

1.5 อาการต่อมน้ำเหลืองโต อาการนี้มักพบในกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนที่จะมีการติดเชื้อโรคอื่น หรือเป็นมะเร็งที่ผิวหนัง อาการดังกล่าวมักจะคงอยู่ ถึงแม้จะมีอาการของโรคเอดส์แล้ว การตัดเนื้อเยื่อของต่อมน้ำเหลืองที่โต อาจพบเชื้อโรคบางชนิด เช่น วัณโรค เชื้อรา เชื้อไวรัส (Cytomegalovirus)

1.6 อาการกลืนลำบาก อาจเกิดจากการอักเสบของหลอดอาหาร การตรวจใช้ endo scope และตรวจชิ้นเนื้อ มักพบเชื้อรา แต่บางครั้งอาจเป็นไวรัส Cytomegalovirus Herpes simplex

1.7 อาการของ Retinochoroiditis ผู้ป่วยมักมีอาการเกี่ยวกับการมองเห็น เนื่องจากการอักเสบของจอตา รายที่มีอาการรุนแรงอาจมีผลทำให้ตาบอดได้ มักพบว่าเป็นจากเชื้อ Cytomegalovirus บางรายเกิดจากเชื้อ *Toxoplasma*

2) ลักษณะของโรคมะเร็ง ที่พบบ่อยคือ มะเร็งที่ผิวหนัง *Doposi Sacroma* ซึ่งพบกระจายตามผิวหนังทั่วร่างกาย ตามต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบขึ้นอยู่กับว่ามีมะเร็งชั้นที่ใดของร่างกาย ผู้ที่เป็นมะเร็งที่เยื่อเมือก มักมีอาการไม่รุนแรง แต่ผู้ที่เป็นมะเร็งที่อวัยวะภายในจะมีอาการไข้ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และอุจจาระร่วงเรื้อรัง เป็นต้น

โดยสรุป การแบ่งประเภทผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ ในการปฏิบัติทางการแพทย์จะแบ่งผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีอาการ
2. ผู้ติดเชื้อและมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์
3. ผู้ป่วยโรคเอดส์

และโดยทั่วไป ภายใน 5 ปี ร้อยละ 10-30 ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไม่มีอาการ จะกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ ประมาณร้อยละ 25-50 จะกลายเป็นผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ จะกลายเป็นเอดส์ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร 2532 : 14)

การวินิจฉัยโรคเอดส์

มีวิธีการตรวจเชื้อโรคเอดส์ที่โรงพยาบาลหรือตามหน่วยงานทั่วไป คือ วิธีการตรวจสอบอีไลซ่า (ELISA : Enzyme Linked Immunosorbent Assay) ซึ่งเป็นการตรวจสอบแอนติบอดีในน้ำเหลือง และอาจตรวจสอบได้ในน้ำลายและสารคัดหลั่งอื่น ๆ วิธีตรวจได้ง่ายและราคาถูก ความไวและความจำเพาะสูงมากถึง ร้อยละ 95-99 แต่ความถูกต้องเมื่อพบเลือดมาก แตกต่างกันตามกลุ่มประชากรที่มีอัตราการติดเชื้อที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อตรวจพบเชื้อโรคเอดส์ อีไลซ่า ELISA แล้วต้องทำการตรวจซ้ำ ด้วยตัวอย่างน้ำเหลืองเดิม และถ้ายังเป็นบวกก็ต้องตรวจยืนยันโดยวิธีที่มีความจำเพาะสูงกว่า ซึ่งได้แก่ วิธีเวสเทิร์นบลอต (Western blot : Immunoblot) หรือวิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนส์ (Immunofluorescence) ซึ่งทั้ง 2 วิธี เป็นการตรวจสอบหาแอนติบอดีต่อโปรตีนที่สำคัญ และมีความจำเพาะต่อเชื้อโรคเอดส์ นอกจากนี้ในปัจจุบันมีวิธียืนยันอย่างอื่น ซึ่งใช้ในต่างประเทศ คือ การตรวจหาแอนติเจนของไวรัส เอชไอวี และวิธีแยกเชื้อไวรัส

การวินิจฉัยระยะโรค

เมื่อผลการตรวจสอบในห้องปฏิบัติการยืนยันว่าการติดเชื้อโรคเอดส์ ควรได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อโรคเอดส์ในระยะใด ซึ่งในปัจจุบันแบ่งผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เป็น 3 ระยะ คือ

- 1) ระยะติดเชื้อไม่มีอาการ โดยตรวจพบการติดเชื้อโรคเอดส์จากการตรวจทางห้องทดลอง แต่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะไม่มีอาการแสดงออกของโรคเลย

2) ระยะเวลาอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ระยะนี้ผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ ในระยะไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

- ก. มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือการติดต่อกัน
- ข. อูจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง
- ค. น้ำหนักตัวลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว
- ง. ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่ง
- จ. มีเชื้อราในปาก
- ฉ. เป็น Hair Leukemia
- ช. เป็นโรคถุงวัด

3) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเอดส์ ผู้ที่มีเชื้อโรคเอดส์ มีโรคบ่งชี้หรือโรคฉวยโอกาส ซึ่งได้แก่ โรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็งบางชนิด

การรักษา

เนื่องจากยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ การดำเนินการกับผู้ป่วยในปัจจุบัน คือ การรักษาตามอาการหรือรักษาโรคติดเชื้อที่ฉวยโอกาส ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถให้บริการได้อยู่แล้ว คือ

1. การรักษาโรคฉวยโอกาส
 - การรักษาโรคติดเชื้อโดยการให้ยาปฏิชีวนะทำลายเชื้อโรคฉวยโอกาส
 - การรักษาโรคมะเร็ง Kaposi's sarcoma ให้ยาบางชนิด เช่น Vincristine วิธีรังสีรักษา

2. ยาด้านเชื้อโรคเอดส์

ในปัจจุบันมีการศึกษาหาหลายตัวที่ออกฤทธิ์ในการต่อต้านเชื้อเอดส์ ยาที่น่าสนใจ คือ

2.1 Suramin ใช้ในการรักษา Trypanosomiasis and Onchocerciasis แม้ว่ายานี้สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัสเอดส์ HIV ได้ในการทดลอง แต่การศึกษาในคนไม่ค่อยดี

2.2 Ribavirin ยานี้กำลังทดลองอยู่ สามารถลดการแบ่งตัวของ RNA Virus ขณะนี้กำลังศึกษาประสิทธิภาพการรักษาในคนอยู่

2.3 Antinonitungsstate (HPA-23) ยานี้มีฤทธิ์การยับยั้งการทำงานของ Reverse Transcriptase ของ HIV แต่จากผลการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้นแม้บางรายเชื้อไวรัสจะหายไป แต่พอหยุดยาก็พบเชื้ออีก

2.4 Phosphonoformert (Foscarnet) ยานี้มีฤทธิ์ทำลาย DNA Polimerases และยับยั้งการทำงานของ Reverse Transcriptase ของไวรัสหลายตัว แต่ประสิทธิภาพในการรักษาโรคเอดส์ยังไม่สามารถสรุปผลได้แน่นอน

2.5 Azidothymidine (AZT) or Zidovudine (ZDV) ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัสและมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ HIV ได้ในหลอดทดลอง ขณะนี้เริ่มศึกษาในคนอย่างกว้างขวาง ผลการรักษาที่ผ่านมา พบว่ายา AZT ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถยืดอายุผู้ป่วยออกไปได้

การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์

ด้วยเชื้อไวรัสสามารถแพร่ติดต่อถึงกันได้ หากปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุม ย่อมมีการแพร่กระจายของเชื้ออย่างมาก ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีความรู้และปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเป็นอย่างดี แคลสเทิล (Castle, 1980) ให้ความเห็นว่า การควบคุมการติดเชื้อโรค หมายถึง การทำความสะอาด และการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือและเครื่องใช้ ทำให้ลดจำนวนแหล่งเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด เป็นการป้องกันไม่ให้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ปนเปื้อนเชื้อโรค นับว่าเป็นการป้องกันเชื้อโรคแก่ผู้ป่วยและบุคลากรการควบคุมการติดเชื้อโรคจึงเป็นวิธีการมุ่งทำลายแหล่งของเชื้อโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยอาศัยหลักระบาดวิทยาของการติดเชื้อโรค เพราะเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินมาตรการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ประเสริฐ ทองเจริญ (2531) ได้กล่าวถึงหลักการใหญ่ที่เป็นแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอดส์ไว้ดังนี้

- หลักการที่ 1 หลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรคเอดส์ โดยงดการสำส่อนทางเพศหรือโดยการใช้อย่างอนามัย
- หลักการที่ 2 ตรวจคัดเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด
- หลักการที่ 3 ตรวจคัดผู้บริจาคอวัยวะและอสุจิที่จะใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ และการผสมเทียม
- หลักการที่ 4 ควบคุมการฉีดยาเสพติดให้โทษ หรืองดการใช้อุปกรณ์การฉีดยาร่วมกัน

หลักการที่ 5 ป้องกันการติดเชื้อของทารกโดยการคุมกำเนิด มิให้มีการตั้งครรภ์
ในกรณีที่มีบิดามารดาเป็นพาหะของโรคหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง

หลักการที่ 6 มาตรการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ หรือ
ผู้ที่บริหารผู้ป่วยโรคเอดส์หรือดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ลักษณะต่าง ๆ

หลักการที่ 7 การให้สุศึกษาให้มีความรู้เรื่องเอดส์

หลักการที่ 8 มาตรการทางกฎหมาย

หลักการที่ 9 การค้นหาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์

หลักการที่ 10 การใช้วัคซีนป้องกันโรค

เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง จะต้องใช้ความระมัด
ระวังทุกวิถีทางในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ขณะปฏิบัติงาน ในปี 2530 ศูนย์ควบคุมโรคติด
เชื้อ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control) จึงได้แนะนำให้ใช้
หลักการป้องกันการติดเชื้อแบบสากล ในการให้บริการกับผู้ป่วยทุกราย จะช่วยให้มีความ
ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และมีการเสี่ยงต่ำ (Brown, 1988) ตลอดจนเป็นวิธีป้องกันการ
ติดต่อของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (Gee, 1988) กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้
เห็นพ้องด้วยกับการป้องกันด้วยมาตรการดังกล่าว จึงได้กำหนดเป็นนโยบายในการปฏิบัติงาน
ของบุคลากรสาธารณสุข และได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบสากล
ให้มีความครอบคลุม รัดกุม และเหมาะสม กับสถานการณ์ทางการแพทย์ และสาธารณสุขของ
ประเทศไทย วางแนวทางในการปฏิบัติให้เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง และเผยแพร่ให้
ทั่วถึง ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน โดยจัดทำคู่มือ แนวทาง
การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
(Universal Precautions) ให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข
ทุกระดับการปฏิบัติ ดังแนวทางดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
ครอบคลุม และทั่วถึง กระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณสนับสนุนและถือเป็น เรื่อง เร่งด่วน
ต้องเร่งรัดให้มีการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และต้องการการยอมรับจากบุคลากร โดยเฉพาะ
ในระดับปฏิบัติงานด้วย

2. การป้องกันการติดเชื้อแบบสากล

การป้องกันการติดเชื้อแบบสากล หมายถึง การระมัดระวังป้องกันตนเองของบุคลากรทุกคน ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อที่อาจติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วยทุกราย โดยไม่ต้องมีการตรวจเลือดผู้ป่วยว่าติดเชื้อหรือไม่

หลักการป้องกันการติดเชื้อแบบสากล เป็นหลักการเสริมคุณภาพในการป้องกันการติดเชื้อในงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สถาพร มานัสสภิตย์ และ ปกรณ์ ศิริยง (2534 : 6-7) ได้ให้เหตุผลว่า มีความจำเป็นต้องใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อแบบสากลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตประจำวันแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการ ทั้งนี้เพราะ

1) ผู้มารับบริการบางคนที่อาจรู้ผลตรวจเลือดตนเองแล้วว่ามีเชื้อโรคเอดส์ แต่เมื่อมาขอรับบริการจากแพทย์และพยาบาล ไม่ยอมแจ้งผลให้แพทย์และพยาบาลทราบ เพราะเกรงจะถูกรังเกียจหรือถูกปฏิเสธการรักษา ทำให้ต้องปิดบังผลเลือดของตนเองไว้

2) ผู้มารับบริการที่ทราบผลการตรวจเลือดก็ยังไม่อาจแน่ใจได้ เพราะยังไม่มี การทดสอบซ้ำ ที่มีความแม่นยำถูกต้องหรือมีความไวถึง 100% ดังนั้นผู้ที่ได้รับการตรวจแล้ว ได้ผลลบก็ยังไม่อาจแน่ใจได้ 100% ว่าผลการตรวจนั้นถูกต้องจริง ทั้งนี้อาจเป็นผลลวงได้ และทำให้เกิดความเข้าใจผิดคิดว่า ตรวจเลือดแล้วจะปลอดภัย ทำให้ไม่ระมัดระวังเท่าที่ควร

3) วันที่ทำการเจาะเลือดตรวจ อาจอยู่ในระยะยังตรวจไม่พบ (window period) ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายยังไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค แต่เป็นระยะที่ร่างกายมีเชื้อไวรัสในกระแสเลือดมาก (viremia) ซึ่งพร้อมที่จะติดต่อหรือแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น แต่ไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีการตรวจที่ใช้ห้องปฏิบัติการทั่วไปได้ ช่วงนี้อาจใช้เวลานาน 4-5 สัปดาห์

4) ในการทำงานของบุคลากรประจำวัน อาจเกิดความผิดพลาดได้ เช่น เขียนชื่อผู้มารับบริการผิดคน ส่งเลือดผิดขวดไปตรวจ หรือแม้แต่ส่งคนไข้ไปผิคนก็ได้

5) การตรวจเลือดไม่พบไวรัส เอชไอวี อย่างเดียว มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยจากโรคอื่น ๆ ที่อาจติดต่อได้ทางเลือดและน้ำเหลือง ซึ่งโรคอื่น ๆ เหล่านี้ต่างก็มีอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงานได้ไม่แพ้ไวรัส เอชไอวี เช่น โรคตับอักเสบ บี (Hepatitis B) โรคตับอักเสบ ซี (Hepatitis C) เป็นต้น

6) อาจมี Blood borne pathogens อื่น ๆ ในโลกที่มนุษย์ยังไม่รู้จัก ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้เช่นกัน

7) ในภาวะที่เป็นกรณีฉุกเฉิน เช่น การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ บุคลากรทางการแพทย์จะไม่มีเวลาที่จะทำการตรวจเลือดก่อน จะต้องใช้การดูแลรักษาไปเลยทันที หากไม่ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบสากลก็อาจเกิดปัญหาและมีความเสี่ยงสูงได้

8) ความมั่งง่ายหรือทำงานโดยสะดวกสบาย ไม่ค่อยระมัดระวังอะไร ยังคงเป็นนิสัยที่ติดตัวคนทำงาน โดยเฉพาะถ้างานยุ่งมาก ๆ ทำให้เกิดเป็นนิสัยที่ไม่ปลอดภัยขณะทำงาน ทำให้เกิดเป็นความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่จำเป็น

9) เพื่อความประหยัดและคุ้มค่าไม่สิ้นเปลืองเศรษฐกิจ ดังได้มีการศึกษาพบว่า หากไม่ทำการเจาะเลือดตรวจผู้ป่วยทุกคน แต่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานให้ปลอดภัยตามหลักป้องกันการติดเชื้อแบบสากลแล้ว จะสามารถประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลในแต่ละปีลงได้อย่างมาก

10) ไม่เป็นการแบ่งแยกผู้ป่วยและยังเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยได้อีกด้วย เพราะถ้าปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีเชื้อโรคเอดส์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่มีเชื้อโรคเอดส์ ก็จะมีการแบ่งแยกผู้ป่วย มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยหรือแม้แต่ญาติพี่น้องหรือคนทั่วไปก็จะสงสัยและเข้าใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติอย่างไรเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเอดส์

หลักปฏิบัติของการป้องกันการติดเชื้อแบบสากล

จากความรู้ข้างต้นที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ติดเชื้อโรคเอดส์จากการทำงานนั้นมักเกิดจากเหตุ 2 ประการใหญ่ ๆ คือ จากการเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มหรือของมีคมบาด หรืออาจเกิดจากการมีบาดแผลแล้วไปสัมผัสกับเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วย การติดต่อทางวิธีอื่นในขณะที่ทำงานมีทางเป็นไปได้ยากมาก ซึ่ง สถาพร มาโนสสถิตย์ และ ปกรณ์ ศิริยง (2534 : 7-8) ได้ให้หลักการสำคัญในการป้องกันไม่ให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจากการทำงาน ดังนี้ คือ

1) การมีสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี (Sanitation and Hygiene) คือ การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ให้มีสุขลักษณะอนามัยที่ดี มีความสะอาดเรียบร้อย ไม่สกปรกเลอะเทอะ อันเป็นหลักทั่วไปของโรงพยาบาลที่ควรจะมีอยู่แล้ว รวมทั้งการใช้ยาทำลายเชื้อ และวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสมในการฆ่าเชื้อกับเครื่องใช้ทางการแพทย์ทั้งหลาย

2) เครื่องป้องกัน คือ การใช้เครื่องป้องกันที่เหมาะสม เช่น ถุงมือ เลือคลุม หมวก แว่นตา ผู้ปิดปากและจมูก เป็นต้น การใช้เครื่องป้องกันเหล่านี้จะช่วยให้ลดความเสี่ยงจากการที่ร่างกายและเยื่อต่างๆ ของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ไปสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองต่าง ๆ โดยตรง

3) หลักเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ คือ การวางแผนปฏิบัติต่าง ๆ ให้ชัดเจนและนำไปปฏิบัติโดยเคร่งครัด เพื่อลดอุบัติเหตุขณะทำงานหรือหากเป็นไปได้ก็หาทางให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้น้อยที่สุด อันเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญที่สุดในการป้องกันไม่ให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อขณะทำงาน

สิ่งอาจแพร่เชื่อนั้น ได้แก่

- 1) เลือด และผลิตภัณฑ์ทางเลือด เช่น พลาสมา (plasma) และแพทเลท (platelets) เป็นต้น
- 2) สารน้ำจากร่างกาย ได้แก่ หนอง น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด สารน้ำที่เจาะจากเยื่อหุ้มปอด หัวใจ ข้อ น้ำไขสันหลัง น้ำในช่องท้อง และน้ำคร่ำ
- 3) ชี้นเนื้อ

การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบสากล ใช้ในกรณีที่มีวัสดุติดเชื้อโรคดังกล่าว และยังรวมถึงวัสดุ เช่น ผ้า ภาชนะบรรจุสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ในสารน้ำจากร่างกายบางจำพวกมีปริมาณไวรัสในสารน้ำจากร่างกายเหล่านั้นน้อยมากจนไม่มีความสำคัญในการแพร่เชื้อเอ็ดส์สู่ผู้อื่น เนื่องจากไวรัสที่ออกมาในสารน้ำจากร่างกายเหล่านั้น ถูกภาวะกรด ล้าง หรือภาวะอื่นที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการอยู่รอดของเชื้อเอ็ดส์ทำลายจนเชื้อน้อยลงไปมากจนเกือบไม่เหลือ ทั้งนี้สารน้ำจากร่างกายเหล่านี้จะต้องไม่มีเลือดเจือปนอยู่

สารน้ำจากร่างกายที่กล่าวถึง ได้แก่

1. สารน้ำจากจมูก
2. เสมหะ
3. เหงื่อ

4. น้ำตา
5. อุจจาระ
6. ปัสสาวะ
7. อาเจียน
8. น้ำนม
9. น้ำลาย

เครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อ

การใช้เครื่องมือแต่ละประเภทที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ ขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย เครื่องมือเหล่านี้ประกอบด้วย

1. ถุงมือ
2. เสื้อคลุม มีทั้งที่เป็นผ้าที่จะใช้หลายครั้ง หลังซักทำความสะอาดแล้ว และแบบใช้ครั้งเดียว
3. ผ้ากันเปื้อน และ/หรือเอี๊ยมยางกันซึม
4. ผ้าปิดปากปิดจมูก
5. แว่นตา
6. หมวก
7. รองเท้าบูท
8. เครื่องมือป้องกันโดยเฉพาะกรณีอื่น ๆ

วิธีปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากหลักการปฏิบัติด้วยการระวังป้องกันการติดเชื้อแบบสากล กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นว่า ควรได้มีการปรับปรุงยุคต่อให้มีวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ร่วมกำหนดวิธีปฏิบัติดังนี้

การใช้ถุงมือ

ถุงมือเป็นอุปกรณ์ที่ต้องใช้มากที่สุด และมีโอกาสผิดพลาดได้บ่อยที่สุด การใช้ถุงมือต้องปฏิบัติดังนี้

- 1) เลือกใช้ถุงมือให้สอดคล้องกับกิจกรรมการบริการ ซึ่งถุงมือที่เตรียมจะประกอบด้วย
 - 1.1 ถุงมือปราศจากเชื้อ (Sterile) ได้แก่
 - 1.1.1 ถุงมือสำหรับใช้ผ่าตัดขนาดเล็ก สำหรับหัตถการ
 - 1.1.2 ถุงมือสำหรับใช้ผ่าตัดขนาดใหญ่ สำหรับการล้างรถ และการผ่าตัดที่มีเลือดออกมาก
 - 1.2 ถุงมือสะอาด (Non sterile) ได้แก่
 - 1.2.1 ถุงมือสำหรับการตรวจทั่วไป ที่ต้องการความสะอาดเท่านั้น
 - 1.2.2 ถุงมืออย่างยงหนาน สำหรับงานซักล้าง
- 2) ให้ใส่ถุงมือทุกครั้งที่มีมือมีบาดแผล (แม้ว่าจะเป็นเพียงแผลจากหนังหุ้มเล็บลึกก็ตาม) หรือให้การดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าจะสัมผัสสิ่งที่มีเชื้อได้ ถ้าไม่แน่ใจว่ามีบาดแผลที่มือ อาจตรวจสอบด้วยการเช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์ 70% ถ้ามีอาการแสบคันใส่ถุงมือเพื่อป้องกันตนเองทุกครั้ง
- 3) เมื่อปฏิบัติงานโดยใส่ถุงมือเรียบร้อยแล้ว ให้ทำลายเชื้อโรคที่ปนเปื้อนถุงมือโดย
 - 3.1 ถ้าโรงพยาบาลหรือสถานบริการมีระบบกำจัดน้ำเสีย ปฏิบัติโดย
 - 3.1.1 ล้างมือทั้งที่สวมถุงมือ ฟอกถุงมือด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อให้ทั่วทั้งถุงมือ ล้างออกด้วยน้ำสะอาด ขณะฟอกและล้างมือต้องให้ปลายนิ้วทอดต่ำกว่าระดับข้อมือ เพื่อป้องกันมิให้น้ำและสบู่ไหลย้อนเข้าถุงมือ
 - 3.1.2 ถอดถุงมือใส่ภาชนะนำไปทำลายเชื้อ ณ ศูนย์เครื่องใช้กลาง
 - 3.2 ถ้าไม่มีระบบกำจัดน้ำเสีย ปฏิบัติโดย
 - 3.2.1 จัดหาภาชนะสำหรับใส่ถุงมือ โดยแยกเป็น 3 กลุ่ม คือ ถุงมือเปื้อนคราบทั่วไป ถุงมือเปื้อนเลือด และถุงมือเปื้อนอุจจาระ
 - 3.2.2 ก่อนสิ้นสุตรอบเวรหรือเวลาปฏิบัติงานประมาณ 1 ชั่วโมง ให้ผสมน้ำยาไลโซล 2% ใส่ถุงมือในแต่ละประเภท ให้ถุงมือสัมผัสกับน้ำยาจนทั่วถึง ทั้งไว้

นาน 30 นาที ใช้เครื่องมือ (ตระแกรง, คีม) นำถุงมือขึ้นจากน้ำยา นำใส่ภาชนะรวมกัน เพื่อเตรียมส่งศูนย์เครื่องมือใช้กลาง นำไปล้างทำความสะอาดต่อไป

4) ต้องเปลี่ยนเครื่องมือทุกครั้งที่จะดูแลคนไข้คนใหม่หรือเปลี่ยนทุกครั้งที่ใช้ถุงมือปราศจากเชื้อแล้วเกิดการปนเปื้อน (contaminate) หรือเมื่อเปลี่ยนกิจกรรมใหม่

การล้างมือ

การให้บริการรักษาพยาบาล บุคลากรทุกคนมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรค และเชื้อโรคเหล่านี้อาจเข้าสู่ร่างกายได้ ดังนั้นการล้างมือเพื่อขจัดเชื้อโรคจากการสัมผัสนี้ให้ลดน้อยลงหรือหมดสิ้นไป จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การล้างมือเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชืาระหว่างบุคคล การล้างมือแยกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การล้างมือทั่ว ๆ ไป (Normal hand washing) ใช้น้ำกับสบู่ธรรมดาฟอกมือทั่วทั้งนิ้วมือ ง่ามนิ้ว และซอกเล็บ นานอย่างน้อย 10 วินาที แล้วเช็ดมือให้แห้งด้วยกระดาษ หรือผ้า (ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งหรือซัก)

2) การล้างมือเพื่อหัตถการเล็ก หรือการตรวจพิเศษที่ต้องการความปราศจากเชื้อหรือการสัมผัสสิ่งที่มีเชื้อ (Hygienic hand washing) ให้ล้างมือด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อ และน้ำที่ไหลจากก๊อก ฟอกมือให้ทั่วเช่นเดียวกับการล้างมือทั่ว ๆ ไป และเช็ดมือให้แห้ง

3) การล้างมือเพื่อหัตถการในห้องผ่าตัด การทำคลอด (Surgical hand washing) เป็นการล้างมือก่อนทำการหัตถการที่ต้องป้องกันการติดเชื้อ ให้ล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชือนาน 3-5 นาที แล้วล้างด้วยน้ำ ถ้ามือหรือเล็บเปื้อน อาจใช้แปรงแปรงซอกเล็บและปลายเล็บก่อนฟอกมือ

การปฏิบัติเกี่ยวกับของแหลมและของมีคม

อุบัติเหตุจากเครื่องมือที่มีความแหลมคมเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด และเป็นปัญหามากที่สุดในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข วิธีปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในของมีคม สามารถแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเภทของมีคม ดังนี้

1) เข็มฉีดยาและเจาะเลือด

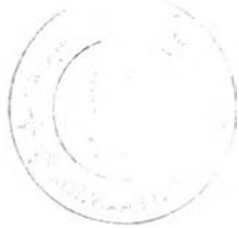
1.1 ห้ามสวมปลอกเข็มหลังจากใช้เข็มเรียบร้อยแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องสวมปลอกเข็ม ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยจับปลอกเข็มให้ตรึงกับที่เพื่อสะดวกต่อการใส่เข็มลงในปลอกได้อย่างไม่ปนเปื้อน และไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุเข็มตำ

1.2 เข็มที่ใช้เสร็จแล้วให้ปลดออกทันที แล้วทำลายเชื้อ โดย

1.2.1 เข็มชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง (Disposable needle) ให้หาภาชนะชนิดโลหะหรือพลาสติกอย่างหนาที่มีฝาปิดมิดชิด นำมารองรับหัวเข็มที่ใช้แล้ว เมื่อหัวเข็มเต็มกระป๋อง

- ถ้ามีเตาเผาขยะ ให้ปิดฝากระป๋องอย่างระมัดระวัง บรรจุกระป๋องลงในถุงพลาสติกสีแดง ส่งไปเผาแบบขยะติดเชื้อ

- ถ้าไม่มีเตาเผาขยะ ให้รินน้ำยาไลโซล 2% หรือ โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 0.5% จนท่วมหัวเข็ม ปิดฝากระป๋องให้แน่น นำไปกำจัดตามกรรมวิธีที่โรงพยาบาล กำหนดไว้



1.2.2 เข็มชนิดใช้ซ้ำอีก (Re-Use) หลังใช้แล้วให้จุ่มน้ำยาไลโซล 2% นาน 30 นาที แล้วจึงถอดหัวเข็มแช่ในน้ำยาไลโซล 2% โดยจะต้องจัดหาตระกร้าโปร่งสำหรับใส่หัวเข็มแช่ในอ่างน้ำยาอีกชั้น เพื่อป้องกันเข็มตำขณะนำเข็มขึ้นจากอ่างน้ำยา หัวเข็มทุกเล่มจะต้องแช่น้ำยาทำลายเชื้อนานอย่างน้อย 30 นาที จึงล้างทำความสะอาดได้

2) เข็มสำหรับการหัตถการอื่น ๆ เช่น เข็มเจาะปอด ดับ ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับ เข็มฉีดยาชนิดใช้ซ้ำอีก (Re-Use)

3) เข็มเย็บแผล

3.1 ไม่จับเข็มด้วยมือโดยตรง ให้ใช้คีมจับเข็ม (Needle holder) แทน

3.2 ระหว่างที่มีการใช้เข็มเย็บแผลหลังจากที่ใช้ครั้งแรกแล้วให้ซ่อนปลายเข็ม โดยใช้คีมจับเข็ม (Needle holder) จับใกล้บริเวณปลายเข็มแล้ววางไว้

3.3 เข็มเย็บแผลที่จะนำกลับมาใช้ซ้ำอีก (Re-Use) ให้ทำลายเชื้อในน้ำยาไลโซล 2% นาน 30 นาที แล้วจึงล้างทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อก่อนนำมาใช้ สำหรับเข็มที่จะทิ้งให้ทิ้งในขวดทิ้งเข็มฉีดยาชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง

4) ของมีคมอื่น ๆ

4.1 ห้ามส่งจากมือบุคคลหนึ่งสู่มืออีกบุคคลหนึ่ง ให้จัดส่งโดยวางในภาชนะรองรับก่อนแล้วจึงหยิบ

4.2 ห้ามวางให้ส่วนแหลมคมยื่นออกนอกภาชนะรองรับ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้ ให้วางส่วนคมราบขนานกับภาชนะ เพื่อป้องกันส่วนแหลมคมเกี่ยวถูกภาชนะหรือเกี่ยวมือเจ้าหน้าที่

4.3 ห้ามถอดใบมีดออกจากด้ามมีดก่อนการทำลายเชื้อ ให้แช่ใบมีดพร้อมด้ามลงในขามรูปไตที่บรรจุน้ำยาไลโซล 2% แช่นาน 30 นาที แล้วจึงถอดใบมีดออกโดยการ ใช้ Clamp จับใบมีด ถ้าจะใช้ใบมีดนั้นอีกให้นำไปล้าง ถ้าใช้ครั้งเดียว ให้ทิ้งใบมีดลงในกระป๋องบรรจุเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วทิ้ง

การปฏิบัติต่อสิ่งส่งตรวจ

- 1) สิ่งส่งตรวจต้องใส่ลงในภาชนะที่ปิดฝาผนึกแน่น มีป้ายชื่อของผู้ป่วย วันที่เก็บติดไว้ให้เรียบร้อย
- 2) ใส่ภาชนะที่บรรจุสิ่งส่งตรวจในตระกร้า ให้ภาชนะนั้นตั้งตรงตลอดเวลา หรือบรรจุภาชนะสิ่งส่งตรวจในถุงพลาสติก ถุงละ 1 ตัวอย่าง เพื่อไม่ให้หก
- 3) ถ้าสิ่งส่งตรวจแตกแตกหรือหกหล่นที่พื้น ให้สวมถุงมืออย่างหนา เช็ดสิ่งเปราะ-เปื้อนออกด้วยกระดาษให้มากที่สุด ทั้งกระดาษลงในถุงขยะติดเชื้อและราดบริเวณที่เปราะ-เปื้อนโดยรอบจากข้างนอกสู่ข้างในด้วยโซเดียมคลอไรด์ 0.5% หรือไลโซล 2% ทิ้งไว้ 30 นาที ก่อนเช็ดถูตามปกติ

การปฏิบัติสำหรับการล้างทำความสะอาดเครื่องมือ

- 1) ให้สวมถุงมืออย่างหนา และผ้ายางกันเปื้อน
- 2) เครื่องมือที่ปนเปื้อนเชื้อ ก่อนนำมาล้างทำความสะอาด ต้องผ่านการทำลายเชื้อมาแล้ว
- 3) ห้ามหยิบ เครื่องมือที่แหลมคมด้วยมือ ให้ใช้คีมจับ หรือกระซอนแทน
- 4) หลังจากล้างเครื่องมือแล้ว ต้องล้างมือทุกครั้ง

การปฏิบัติในการเก็บ ส่ง และซักผ้า

- 1) แยกผ้าเช็ดนอกเป็น 3 ประเภท ดังนี้
 - 1.1 ผ้าเช็ดคราบเหงื่อไคล
 - 1.2 ผ้าเช็ดเลือด และ/หรือสารถน้ำจากร่างกาย
 - 1.3 ผ้าเช็ดนอจจาระ
- 2) การจัดส่งผ้าใช้แล้ว
 - 2.1 ผ้าเช็ดคราบเหงื่อ นำส่งซักทั้งภาชนะบรรจุ
 - 2.2 ผ้าเช็ดเลือดแยกใส่ถุงพลาสติกสีแดงโดยเฉพาะ
 - 2.3 ผ้าเช็ดนอจจาระ แยกใส่ถุงพลาสติกสีแดงโดยเฉพาะ
 ให้นำผ้าแต่ละประเภทส่งไปทำลายเชื้อ และหรือทำความสะอาด ณ

โรงซักฟอก

3) การซัก

- 3.1 เจ้าหน้าที่ผู้แยกผ้าต้องสวมถุงมืออย่างอ่อนหนา ผ้าอย่างกันเปื้อน
แว่นตา ร้องเท้าบูท
- 3.2 ผ้าเช็ดนอจจาระ ให้กำจัดคราบอจจาระ แล้วแช่น้ำยาทำลายเชื้อ
(ไลโซล 2% หรือโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ๑.5%) นาน 3๑ นาที ก่อนนำไปซัก
- 3.3 ผ้าเช็ดเลือด นำลงแช่น้ำยาทำลายเชื้อจนครบเวลา 3๑ นาที
จึงนำมาแปรงคราบเลือดออก

3.4 นำผ้าที่กำจัดคราบต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วในข้อ 3.2 และ 3.3 ไป
ทำการซักด้วยกรรมวิธีเดียวกับผ้าเช็ดคราบเหงื่อ

ถ้าเครื่องซักผ้าสามารถควบคุมอุณหภูมิได้ 7๑-8๑ องศาเซลเซียส จะฆ่าเชื้อ
โรคเอดส์ และดับอีกเสบที่ปนเปื้อนกับผ้าได้ แต่ถ้าเครื่องควบคุมอุณหภูมิไม่ได้ ควรนำผ้าที่
คาดว่าจะมีการปนเปื้อนไปแช่น้ำยาทำลายเชื้อก่อนซักทุกครั้ง

การปฏิบัติในการเก็บขยะ

- 1) พนักงานต้องสวมถุงมืออย่างอ่อนหนา ผ้าอย่างกันเปื้อน และร้องเท้าบูท
- 2) รถขนขยะ ต้องเป็นรถที่ปิดมิดชิด น้ำไม่รั่ว และต้องทำด้วยวัสดุเรียบ ล้าง
ทำความสะอาดง่าย

- 3) การขนส่งขยะ ต้องจับที่คอรู้ง ห้ามอุ้มถุงขยะ การยกหรือการวางให้ทำอย่างนุ่มนวล ไม่โยนหรือขว้าง
- 4) ที่เก็บหรือที่พักขยะ ต้องเป็นที่มิดชิด เข้า-ออกได้เฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเท่านั้น และต้องสามารถป้องกันสัตว์และแมลงเข้าได้
- 5) ขยะติดเชื้อให้เผาทุกชิ้น

การตรวจคน

- 1) ผู้ตรวจคนสวมถุงมือ 2 ชั้น สวมแว่นตา ผ้าปิดปาก-จมูก เอี่ยมยางกันเปื้อน และเสื้อคลุม
- 2) ถ้าต้องเลื่อยกระดูก ให้ใช้เลื่อยมืออย่าใช้เลื่อยไฟฟ้า เพราะจะทำให้เศษกระดูกและสารน้ำในศพฟุ้งกระจาย
- 3) ทำลายเชื้อบนโต๊ะตรวจคน ด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ๑.5% หรือไลโซล 2% และแช่เครื่องมือในน้ำยานี้นาน 3๐ นาที ก่อนนำไปล้างทำความสะอาด
- 4) ใช้ฟอร์มาลีน แช่ชิ้นเนื้อก่อนนำไปตรวจ

การแต่งคนและการฉาปนกิจคน

การแต่งคนอาจกระทำ ณ หอผู้ป่วย หรือหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วย หรืออาจเป็นสถานที่ที่จัดไว้โดยเฉพาะ แต่เจ้าหน้าที่ที่จัดการคนต้องสวมถุงมืออย่างอ่อนหนา และผ้ายางกันเปื้อน โดยมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 1) เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่จัดแต่งคนต้องสวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก เสื้อคลุมก่อนแต่งคน
- 2) เมื่อเช็ดตัวใส่เสื้อผ้าคนเรียบร้อยแล้ว ใช้สำลีชุบฟอร์มาลีนปิดที่จมูก ปาก หู ทวารหนัก ช่องคลอด บาดแผล (ถ้ามี)
- 3) ห่อศพด้วยพลาสติกหนา 2 ชั้น มัดเหนือศีรษะ กลางลำตัว และปลายเท้า ในกรณีที่ใช้ถุงพลาสติกบรรจุศพชนิดสำเร็จรูป ต้องรัดซิปปิดให้เรียบร้อย
- 4) ส่งศพเก็บไว้ห้องเก็บศพ
- 5) การฉีดฟอร์มาลีนเพื่อถนอมศพ ผู้ฉีดศพต้องได้รับการฝึกฝนวิธีการป้องกันการติดเชื้อมาก่อน และขณะปฏิบัติงานต้องสวมหมวก แว่นตา ผ้าปิดปาก-จมูก ผ้ายางกันเปื้อน

เลือดคลุม รองเท้าบูท เมื่อฉีดฟอร์มาลินเสร็จให้แช่เครื่องมือ หมวก ผ้าปิดปาก-จมูก ผ้ายางกันเปื้อน เลือดคลุม ลงในน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 0.5% หรือไลโซล 2% นาน 30 นาที ก่อนนำไปทำความสะอาดตามปกติ

- 6) หีบศพต้องยารอยต่อของไม้ให้สนิท แล้วใช้พลาสติกบุด้านในรองรับศพอีกครั้ง
- 7) การเผาศพควรเผาทั้งหีบศพ

การปฏิบัติสำหรับงานห้องผ่าตัด

หลักการทั่วไป

- 1) ศัลยแพทย์มือหนึ่งควรซักซ้อมความเข้าใจกับทีมผ่าตัดเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และรายละเอียดการผ่าตัดนั้น ๆ เพื่อลดความกังวลใจ
- 2) ควรจัดเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม และใช้เครื่องทุ่นแรงต่าง ๆ ให้มากที่สุด เพื่อลดจำนวนบุคลากรที่ช่วยผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด และเป็นการป้องกันอุบัติเหตุ
- 3) ในกรณีเกิดอุบัติเหตุขณะผ่าตัด ต้องเปลี่ยนบุคลากรเข้าปฏิบัติงานแทนทันที

การเตรียมห้องผ่าตัดและเครื่องมือ

- 1) เครื่องมือเครื่องใช้ในห้องผ่าตัด ควรจัดเตรียมให้มีเฉพาะเท่าที่จำเป็น
- 2) เตียงผ่าตัดให้ปูด้วยผ้ายาง หรือผ้าพลาสติก
- 3) ก่อนผ่าตัดควรสวมถุงมือ 2 ชั้น และต้องทดสอบถุงมือว่ารั่วหรือไม่ทุกครั้ง ด้วยการแฉ่มือในน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ ถ้าพบว่ารั่วต้องเปลี่ยนถุงมือใหม่

การเตรียมบุคลากร

- 1) บุคลากรที่มีบาดแผล โดยเฉพาะที่มือ หรือตั้งครรภ์ ไม่ควรเข้าร่วมทีมผ่าตัดผู้ป่วย
- 2) บุคลากรในห้องผ่าตัด ควรได้รับการฝึกอบรมมาอย่างดี เพื่อปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง และลดอุบัติเหตุ
- 3) จัดบุคลากรให้อยู่ในห้องผ่าตัดเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

4) ทิมผ้าตัด ควรสวมเสื้อคลุม ผ้ายางกันเปื้อน แวนตา ผ้าปิดปาก จมูก และ ร้องเท้าบูท ถ้าคาดว่าจะมีการกระเด็นของเลือด สารน้ำจากร่างกาย หรือชิ้นส่วนของ ร่างกายขณะผ่าตัด

ขณะผ่าตัด

- 1) การส่งเครื่องมือผ่าตัดที่แหลมคม ควรวางบนภาชนะ ไม่ให้ส่งโดยตรงจาก มือสู่มือ
- 2) การวางเครื่องมือผ่าตัดที่แหลมคม ต้องวางให้อยู่ในภาชนะ เพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ
- 3) การทิ้งผ้าซับโลหิตที่ใช้แล้ว ควรจับผ้าโดยใช้ปากคีบรวบรวมนับจำนวนแล้ว ให้ใส่ถุงพลาสติกสำหรับใส่ขยะติดเชื้อแล้วนำไปทำลายเชื้อตามขั้นตอนต่อไป
- 4) ภาชนะที่รองรับเลือด หรือสารน้ำจากร่างกาย เมื่อใช้แล้วให้ตรวจดูปริมาณ เลือด หรือสารน้ำจากร่างกายว่ามีจำนวนเท่าใด แล้วเติมไลโซล 2 % หรือ โซเดียมไฮโป- คลอไรต์ 0.5% ทิ้งไว้นาน 30 นาที จึงเทลงระบบจำกัดน้ำเสีย หรือโถส้วม แล้วล้างโถส้วม ด้วยน้ำสะอาด 2-3 ครั้ง
- 5) ถ้าโลหิต สารน้ำจากร่างกาย ขึ้นเนื้อ ตกสู่พื้นต้องสวมถุงมืออย่างอย่งหนา หยิบกระดาษเช็ดสิ่งเปื้อนออกให้มากที่สุด นำทิ้งใส่ถุงขยะติดเชื้อแล้วเช็ดบริเวณนั้น ด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรด์ 0.5% หรือไลโซล 2% ก่อนเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำผสม ผงซักฟอก และตามด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง
- 6) เมื่อผ่าตัดเสร็จ ให้ถอดเครื่องป้องกันก่อนออกจากห้องผ่าตัด แล้วใส่ภาชนะ ที่เตรียมไว้เพื่อส่งซัก สำหรับผ้าเปื้อนเลือด แยกใส่ถุงพลาสติกสีแดงนำไปทำลายเชื้อที่โรง ซักฟอก

หลังผ่าตัด

ต้องทำความสะอาดโต๊ะเครื่องมือ เติงผ้าตัด พื้นห้องผ่าตัด ด้วยน้ำยาไลโซล 2% หรือโซเดียมคลอไรด์ 0.5% เครื่องมือที่ใช้แล้วให้ทำลายเชื้อก่อนล้างทำความสะอาด

การปฏิบัติสำหรับงานสุติกรรม

การเตรียมบุคลากร

- 1) การให้บริการก่อนคลอดและหลังคลอด ให้แต่งกายตามปกติและสวมถุงมือ ทุกครั้งที่จะสัมผัสเลือดและสารน้ำจากร่างกายของผู้มารับบริการ
- 2) การให้บริการขณะทำคลอด ผู้ทำคลอดให้แต่งกายโดยสวมถุงยางกันเปื้อน เลือคลุม ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตา รองเท้าบูท และถุงมือยาง
- 3) พยาบาลที่รับเด็กและเช็ดตัวเด็ก ให้สวมผ้าอย่างกันเปื้อน เลือคลุม ผ้าปิดปาก จมูก (ในกรณีที่ใช้น้ำอุ่นเช็ดตัว ให้ทดสอบอุณหภูมิของน้ำ เพื่อป้องกันน้ำร้อนลวก ก่อนใส่ถุงมือ)

การเตรียมห้องคลอดและห้องเตรียมคลอด

- 1) เครื่องมือ เครื่องใช้ควรเตรียมเฉพาะที่จำเป็น
- 2) ให้บริการผู้คลอดเช่นเดียวกันทุกราย ไม่จำเป็นต้องแยกห้องหรือแยกเตียง
- 3) การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกห้อง ต้องใส่ถุงมือทุกครั้ง ในกรณีที่ต้องโกนขนให้ใช้วิธีเดียวกับการจับต้องของมีคม และทิ้งใบมีดลงในขวดทิ้ง เข็มฉีดยาชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง
- 4) การเย็บแผลฝีเย็บ ให้ใช้ปากคีบช่วยในการเย็บฝีเย็บแทนการใช้นิ้วมือ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ เข็มตำ เข็มเย็บแผลให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับเข็มเย็บแผลทั่วไป
- 5) การช่วยเหลือเด็ก ไม่ทำ Mouth to mouth resuscitation
- 6) การเช็ดตัวเด็กให้ใช้ชุดเช็ดตัว 1 คน/1 ชุด

การทำลายเชื้อสำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำคลอด

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทำคลอดจะต้องผ่านการทำลายเชื้อขั้นต้น ก่อนการล้างทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ
- 2) ผ้าเปื้อนเลือด สารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย ให้บรรจุในถุงพลาสติกสีแดง นำไปทำลายเชื้อที่โรงซักฟอก
- 3) เลือด สารน้ำลายจากร่างกายผู้ป่วย ถ้าหยดลงพื้นให้หลีกเลี่ยงการเหยียบย่ำ และต้องเช็ดบริเวณนั้นด้วยไลโซล 2% หรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 0.5% แล้วทำความสะอาดต่อ ด้วยวิธีปกติ

- 4) รก กำจัดโดยการเผาหรือให้กำจัดในระบบกำจัดน้ำเสีย
- 5) เลือด และสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย ให้กำจัดโดยเทใส่ในระบบกำจัดน้ำเสีย หรือในถังเซนต์กิตต์

แนวทางการทำลายเชื้อเอชไอวี และการทำให้ปลอดเชื้อ

วิธีการทำลายเชื้อเอชไอวี ใช้หลักการเช่นเดียวกับการทำลายเชื้อโรคทั่ว ๆ ไป คือ

- 1) การทำให้ปลอดเชื้อ (Sterization) เป็นวิธีที่สามารถทำลายเชื้อจุลชีพได้ทุกชนิดรวมทั้งสปอร์
- 2) การทำลายเชื้อ (Disinfection) เป็นวิธีที่สามารถทำลายเชื้อจุลชีพได้ทุกชนิดยกเว้นสปอร์

วิธีการทำให้ปลอดเชื้อและการทำลายเชื้อ ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน มีหลายวิธี คือ

- 1) การทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำ โดยใช้เครื่องมือ Auto clave or Pressure cooker ๑๒๑ องศาเซลเซียส (25๐ องศาฟาเรนไฮต์) เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 20 นาที วิธีเหมาะกับเครื่องมือแพทย์ที่สามารถนำมาใช้ได้ใหม่ (รวมทั้งเข็มและกระบอกฉีดยาชนิดที่ใช้ได้หลายครั้ง)
- 2) วิธีการทำปลอดเชื้อโดยวิธีการอบแห้ง โดยใช้เตาอบไฟฟ้าอบที่อุณหภูมิ 17๐ องศาเซลเซียส เป็นเวลา 2 ชั่วโมง วิธีนี้ไม่เหมาะกับเครื่องมือแพทย์ที่ทำด้วยพลาสติกหรืออุปกรณ์อื่น ๆ ที่ไม่สามารถทนความร้อนได้สูงถึง 17๐ องศาเซลเซียส
- 3) การทำลายเชื้อโดยวิธีต้ม ในสถานที่ที่ไม่มีเครื่อง Auto clave หรือเตาอบไฟฟ้า วิธีการต้มนาน 2๐ นาที เป็นวิธีที่ง่ายที่สุด และเชื่อถือได้มากที่สุดในการทำลายเชื้อ HIV วิธีนี้เหมาะสำหรับเครื่องมือต่าง ๆ รวมทั้งเข็มและกระบอกฉีดยา
- 4) การทำลายเชื้อโดยการแช่ในสารเคมี จากการทดลองพบว่า น้ำยาทำลายเชื้อส่วนใหญ่สามารถทำลายเชื้อ HIV ได้ จากการใส่สารเคมี ข้อเสียคือน้ำยาบางชนิดไม่อยู่ตัวถ้าเก็บในที่ที่ไม่เหมาะสม เช่น ถูกแสงแดดหรือที่มีอากาศร้อน การเตรียมน้ำยาก็ต้องให้มีความเข้มข้นที่ถูกต้องและต้องใช้กับเครื่องมือที่ทำความสะอาดมาเป็นอย่างดี สารเคมีต่อไปนี้ได้รับการทดสอบแล้วว่า ได้ผลดีในการทำลาย HIV หลังจากแช่นาน 30 นาที

4.1 Sodium hypochlorite ๐.๑-๐.5%

- 4.2 Ethanol 70%
- 4.3 Isopropyl alcohol 70%
- 4.4 Providine iodine 2.5%
- 4.5 Formaline 4%
- 4.6 Glutaraldehyde 2%
- 4.7 Hydrogen peroxide 6%

5) การทำลายเชื้อโดยวิธีเช็ดถูด้วยสารเคมี วิธีนี้เหมาะสำหรับใช้กับบริเวณที่มีผิวเรียบ เช่น โต๊ะ หรือพื้น กรณีที่มีเลือดเปื้อนต้องราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเสียก่อน จากนั้นเช็ดให้สะอาดแล้วจึงถูด้วยน้ำยาที่นิยมใช้มากที่สุด คือ 0.5% Sodium Hypochlorite และ Alcohol ถ้าใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งระเหยเร็วต้องเช็ดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง

รายละเอียดเกี่ยวกับน้ำยาทำลายเชื้อบางชนิด

- 1) Sodium Hypochlorite มีจำหน่ายแพร่หลาย คือ น้ำยาคลอโรกซ์

วิธีใช้ : ใช้น้ำยาเตรียมใหม่ ๆ ความเข้มข้นที่ใช้ 0.5% ระยะเวลา 30 นาที

ข้อดี : ราคาถูก หาซื้อง่าย

ข้อเสีย : กัดกร่อนโลหะ และน้ำยาเสื่อมคุณภาพได้ง่าย ดังนั้น เวลาใช้

 1. ไม่ควรใช้น้ำยา Sodium Hypochlorite กับเครื่องมือที่ทำด้วยโครเมียมเหล็ก หรือโลหะที่เป็นสนิมได้
 2. ไม่ควรเก็บน้ำยาในภาชนะที่เป็นโลหะ
 3. เก็บน้ำยาให้พ้นแสงและความร้อน
- 2) แอลกอฮอล์ (Ethanol and Isopropanol)

วิธีใช้ : ใช้อัลกอฮอล์ความเข้มข้น 70% แช่นาน 30 นาที แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงหรือต่ำกว่านี้ จะมีประสิทธิภาพด้อยกว่า

ข้อควรระวัง : ระหว่างการใช้และการเก็บแอลกอฮอล์นี้ควรอยู่ให้ห่างจากเครื่องใช้ไฟฟ้าและเปลวไฟ

3) โปวิดีนไอโอดีนหรือไอโอดิโอฟอร์ (Povidine iodine or Iodophore)

วิธีใช้ : ความเข้มข้นที่ใช้ 2.5% เป็นเวลานาน 30 นาที น้ำยานี้มีปฏิกิริยาการทำลายคล้ายกับสารละลายไฮโปคลอไรท์ แต่มีคุณสมบัติที่อยู่ตัวกว่า และไม่ค่อยกัดกร่อน

4) ฟอर्मาลีน (Formaline) หรือฟอर्मาลดีไฮด์ (Formaldehyde Solution)

วิธีใช้ : ใช้น้ำยาความเข้มข้น 40% ระยะเวลา 30 นาที

ข้อควรระวัง : สารละลายและไอของสารละลายฟอर्मาลดีไฮด์มีพิษ และทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและเยื่อเยื่อทางเดินหายใจ

5) กลูตาราลดีไฮด์ (Glutaraldehyde)

ปกติแล้วกลูตาราลดีไฮด์อยู่ในรูปสารละลายเหลว ความเข้มข้น 2% เวลาใช้ต้องถูกกระตุ้นเสียก่อน โดยการเติมสารที่เป็นผงหรือของเหลวที่มีกำมะถัน เพื่อปรับ pH ให้เป็นด่าง

วิธีใช้ : ใช้น้ำยาที่เตรียมใหม่ ๆ (ภายใน 24 ชั่วโมง) ความเข้มข้น 2% ระยะเวลา 30 นาที

ข้อเสีย : ราคาแพง อาจเกิดระคายเคืองต่อเยื่อและระบบหายใจ

6) ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Hydrogen peroxide)

วิธีใช้ : ใช้น้ำยาที่เตรียมใหม่ ๆ ความเข้มข้น 6% ระยะเวลา 30 นาที

ข้อดี : หาซื้อง่าย ราคาถูก

ข้อเสีย : ต้องเก็บไว้ในที่เย็นและไม่ถูกแสง

แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากร เมื่อเกิดอุบัติเหตุถูกเลือดหรือสารน้ำในร่างกายผู้ป่วย
เข้าทางบาดแผลหรือเยื่อเมือก

1) เมื่อบุคลากรถูกเข็ม หรือของมีคมที่เปื้อนเลือดผู้ป่วยตำหรือบาดที่ผิวหนัง หรือถูกสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นถูกเยื่อเมือกผิวหนังของร่างกายที่มีบาดแผล ให้รีบบีบคั้น

เลือดออกให้มากที่สุด และชำระบาดแผลให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือ chlorhexidine หรือ iodophor หรือแอลกอฮอล์

2) ถ้าเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ให้ข้วนน้ำลายทิ้งให้เร็วที่สุด และล้างปากกลั้วคอด้วยน้ำ

3) ถ้าเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายกระเด็นเข้าตาให้ล้างตาด้วยน้ำหรือน้ำยาล้างตาทันที

4) ถ้าบุคลากรยินยอม ให้เจาะเลือดบุคลากร เพื่อตรวจหา HIV antibody เมื่อเกิดอุบัติเหตุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเจาะตรวจอีกในเดือนที่ 3 และ 6

5) ในกรณีที่ยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์หรือไม่ ให้ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเจาะเลือดตรวจ anti-HIV

5.1 ถ้าได้ผลบวก ให้บุคลากรกินยา เอ แซทที (AZT) นาน 4 สัปดาห์

5.2 ถ้าได้ผลลบ

5.2.1 ถ้าสามารถทำได้ให้ตรวจหา HIV antigen ในเลือดผู้ป่วย

5.2.1.1 ถ้าพบ HIV antigen ให้บุคลากรกินยา

เอ แซท ที นาน 4 สัปดาห์

5.2.1.2 ถ้าไม่พบ HIV antigen ให้พิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย

- ถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยงให้กินยา เอ แซท ที นาน 4 สัปดาห์

- ถ้าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ให้หยุดกินยา เอ แซท ที

5.2.2 ไม่สามารถตรวจหา HIV antigen ได้ ให้พิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย

5.2.2.1 ถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยง ให้กินยา AZT นาน 4 สัปดาห์

5.2.2.2 ถ้าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ให้หยุดกินยา AZT

6) ถ้าทราบอยู่ก่อนแล้วว่า ผู้ป่วยรายนั้นมีเลือดบวก ควรเริ่มกินยาให้เร็วที่สุด หลังจากได้รับอุบัติเหตุและปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับคำอธิบายถึงอัตราการเสี่ยงใน

การติดเชื้อเอดส์ ข้อดีข้อเสียของการใช้ยา AZT ผลข้างเคียงของยา และให้การใช้นั้น อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ที่รับผิดชอบ โดยก่อนให้ยาต้องมีการเซ็นยินยอม (Informed consent) และให้เจาะเลือดตรวจ CBC, Platelet count ก่อนให้ยา วันที่ 14 และวันที่ 28 (day 0, 14, 28) ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ในระยนี้ คือ AZT (100 mg) 2 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นมือกลางคืนขณะนอนหลับ รวมเป็นวันละ 5 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ ถ้ามีอาการข้างเคียงรุนแรง หรือตั้งครรภ์ให้หยุดยา ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

7) ถ้าเลือดผู้ป่วยบวกสำหรับ HBsAg โอกาสที่ผู้ไม่มีภูมิคุ้มกันและถูกเข็มที่เปื้อนเลือดผู้ป่วยตำ อาจติดเชื้อค่อนข้างสูงถึง 30% ถ้าบุคลากรนั้นยังไม่เคยรับวัคซีนมาก่อน ให้ฉีด Hepatitis B immune globulin ภายใน 7 วัน 1 เข็ม และฉีดวัคซีนกันตับอักเสบบีไวรัส บี ถ้าบุคลากรนั้นเคยฉีดวัคซีนมาก่อนจะมีภูมิคุ้มกันสูงไม่ต้องฉีดยา ถ้าภูมิคุ้มกันต่ำให้ฉีด Hepatitis B immune globulin 1 เข็ม และวัคซีน 1 เข็ม

ถ้าไม่มีการตรวจเลือดผู้ป่วยเพื่อหา HBsAg ด้วยเหตุใดก็ตาม บุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน ควรรับการฉีดวัคซีน ส่วน Hepatitis B immune globulin นั้น ให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

8) แจ้งผู้บังคับบัญชาทราบทุกครั้ง

9) บุคลากรต้องไม่บริจาคโลหิต ต้องใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ต้องไม่ตั้งครรภ์ จนกว่าจะทราบผลเลือดขั้นสุดท้าย (6 เดือน)

จะเห็นได้ว่า หลักปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อเอดส์แบบสากล หรือ "Universal Precautions" เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของพยาบาล และอาจกล่าวได้ว่า เป็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Health Protective Behavior) ซึ่งหมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลตามปกติและสม่ำเสมอ โดยมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมทั้งรักษาสุขภาพให้ดีตลอดไป และปฏิบัติตนให้ห่างจากโรค จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions ในความหมายของพฤติกรรมอนามัย จะหมายถึง พฤติกรรมอนามัยของพยาบาลในการป้องกันโรค เพื่อมิให้พยาบาลติดเชื้อเอดส์จากการปฏิบัติงานและแพร่กระจายเชื้อเอดส์จากผู้ป่วย หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่แสดงอาการ หรือปกปิดตนเอง ซึ่งแนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยได้มีผู้กล่าวไว้หลายท่าน ดังนี้

พฤติกรรมอนามัย หมายถึง การกระทำของบุคคลใด ๆ ก็ตามในขณะที่มีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการของโรคและปฏิบัติเป็นปกติสม่ำเสมอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ป้องกันมิให้เกิดโรค (Harris & Guten 1979 : 18, ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520 : 21) การปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อเอดส์ตามหลักสากล จึงเป็นพฤติกรรมในการป้องกันโรคของพยาบาล ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al.) เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

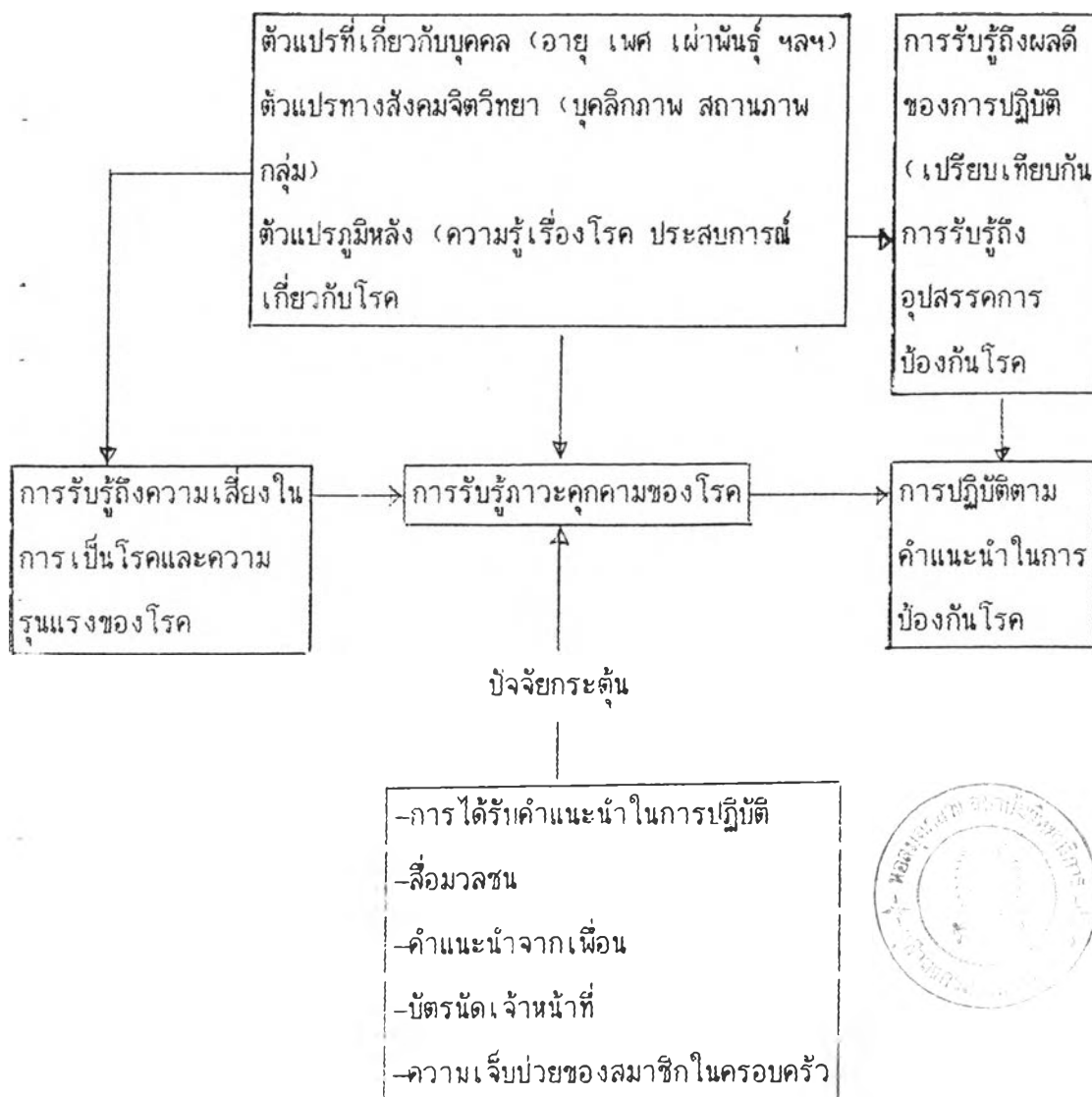
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาทางสังคมของเลวิน (Lewin's Field Theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Maiman, Becker and Kirsh 1977 ; 348) ซึ่ง โรเซนสตอค (Rosenstock) กล่าวว่าการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นเขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคทางจิตสังคม เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย (Rosenstock 1974 : 330)

ต่อมาเบคเกอร์และคณะ ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเกอร์และคณะ เสนอแนะไว้เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" ใช้ทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

การรับรู้ของคน

ปัจจัยร่วม



ที่มา : Becker, Drahrman and Kirscht 1974 : 206

จากแบบแผนความเชื่อทางด้านพฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยทั่วไป จึงมีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมด้านการป้องกันสุขภาพไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะการเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าบุคคลที่มีความเชื่อว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคใดโรคหนึ่ง นอกจากนั้นความรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิต

หรือฝึกการได้ อีกทั้งถ้าตนเองปฏิบัติการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันอย่างดีแล้วจะไม่เกิดโรคนั้น
 สิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกันไปตามระดับความรู้
 ของตน ซึ่งพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยตามแผนภูมิดังนี้

1) พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยขึ้นอยู่กับ ความน่ากลัวของความเจ็บป่วย
 ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้เกี่ยวกับความ
 ร้ายแรงของโรค ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

1.1 การรับรู้ต่อโอกาสการเกิดโรค บุคคลแต่ละคนจะมีความรับรู้ต่อ
 โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคแตกต่างกัน เช่น บางคนปฏิเสธไม่เชื่อเลย บางคนเขาเชื่อว่า
 ตนเองมีโอกาสเป็นแน่นอน หรืออาจมีโอกาสเกิดขึ้นเหมือนกันแต่ไม่มาก ดังนั้นการที่บุคคล
 จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคนั้นขึ้นกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

1.2 การรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรค บุคคลแต่ละคนจะมีความรู้ในความ
 ร้ายแรงของโรคต่างกัน เช่น บางคนอาจเชื่อว่าโรคชนิดที่ร้ายแรงอาจทำให้ถึงตายได้หรือ
 ไม่ก็ทำให้พิการได้ หรืออาจทำให้เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการรับรู้ที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผล
 ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ต่างกัน

1.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมถึง
 ค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสีย ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำสิ่งเหล่านี้จะเป็นเครื่องในการตัดสินใจของ
 บุคคล ซึ่งจะยอมรับพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง และการที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับ
 วิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นประโยชน์ต่อตัวเองมากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด

2) พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย ขึ้นกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมด้าน
 สุขภาพที่เหมาะสม (cue to action) โดยอาจเกิดภายในร่างกายของบุคคลนั้น เช่น
 การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อมวลชน ความรู้ คำแนะนำจากเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด

3) ปัจจัยอีกอย่าง ซึ่งส่งผลถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค คือ ตัวแปรด้าน
 ประชากร ภูมิหลังและสังคมจิตวิทยา เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ความรู้ ทัศนคติ บุคลิกภาพ
 ฐานะทางสังคม และรายได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ
 เบคเกอร์และคณะ (Becker, et. al 1974) เป็นแนวทางในการศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์
 ต่อการปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ คือ

1) ปัจจัยด้านการรับรู้ของพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ นโยบายส่งเสริมการปฏิบัติงานป้องกันโรคเอดส์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม ซึ่งรายละเอียดของปัจจัยต่าง ๆ ได้นำเสนอดังต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย กล่าวคือ บุคคลใดที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง

โรเซนสต็อก (Rosenstock 1961 : 99) ได้อธิบายถึงลักษณะการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคว่าเป็นความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความเชื่อจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลาง และบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่าผู้อื่น เพราะฉะนั้น บุคคลเหล่านี้หลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

แบตติสเทลลา (Battistella 1968 : 308-319) พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งที่สองของแบตติสเทลลา พบว่า ผู้เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดียอมเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน

กอชแมน (Gochman 1968 : 203) อธิบายว่า บุคคลใดที่มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ย่อมมีระดับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วย

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่แต่ละบุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายแตกต่างกันไป เช่น ก่อให้เกิดความพิการ เจ็บป่วยเรื้อรัง เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม โดยเฉพาะเมื่อบุคคลเป็นโรค

ซูชแมน (Suchman 1970 : 11-118) อธิบายว่า ยิ่งอาการของโรครุนแรงมากเท่าใดจะยิ่งกระทบกระเทือนความสามารถของบุคคลที่จะดำเนินกิจกรรมปกติของเขา บุคคลส่วนมากมีแนวโน้มที่จะไม่เห็นความสำคัญของอาการซึ่งเราเข้าใจว่าไม่รุนแรง และไม่ทำให้คุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าอาการเหล่านั้นไม่กระทบกระเทือนชีวิตในสังคมของเขา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคก็จะมีน้อยลง

สำหรับโรคเอดส์เป็นโรคที่บุคคลส่วนมากรับรู้ว่าเป็นแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย ไม่มียารักษาหาย เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ และมักจะถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้ผลกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลโดยทั่วไปเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์จึงน่าจะมีมาก

การรับรู้ถึงผลดีต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะป่วยซ้ำ และรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือมีผลเสียโดยทางอ้อมแล้ว ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรคดังกล่าว แต่ในการที่ผู้ป่วยจะยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้น จะต้องเป็นผลของความเชื่อ่วาวิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดที่จะหายจากโรคนั้น ๆ กรณีที่การปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความอาย ฯลฯ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยผู้ป่วยจะเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. ปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

ในการศึกษาค้างนี้ ปัจจัยสนับสนุนประกอบด้วย
นโยบายส่งเสริมการปฏิบัติงานป้องกันโรคเอดส์ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข
 นโยบายต่อปัญหาโรคเอดส์ในส่วนต่าง ๆ ดังนี้

นโยบายด้านการจัดบริการสาธารณสุข

กระทรวงยึดหลักที่จะสร้างความไว้วางใจและความมั่นใจ ต่อการบริการด้าน
 สุขภาพอนามัยต่อประชาชนโดยทั่วไปว่า ผู้รับบริการจะต้องปลอดภัยไม่ติดเชื้อจากระบบบริการ
 ที่มีอยู่ ทั้งกรณีเลือดปลอดภัย (National Blood Safety) กรณีไม่ใช่เข็มและกระบอก
 ฉีดยาต่อเนื่อง (One man-One Syringe-One needle) ในการฉีดยาและวัคซีนแก่ผู้รับ
 บริการ รวมทั้งการศึกษาความลับของผู้รับบริการสุขภาพอนามัยที่มีผลเลือดเป็นบวก

นโยบายด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขยึดหลักปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแบบสากล โดยขอให้
 บุคลากรสาธารณสุขทุกแห่ง รวมทั้งในโรงพยาบาลชุมชน ถือว่าผู้มารับบริการสุขภาพอนามัย
 ทุกคนมีการติดเชื้อเอชไอวีเสมอ โดยไม่ต้องอาศัยผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
 ใดๆก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข ได้เตรียมการให้ความช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานไว้แล้วในเรื่อง
 ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยเอดส์ เงินชดเชยการติดเชื้อเอชไอวี กรณีประสบอุบัติเหตุจากการ
 ปฏิบัติงาน โดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ต้องยึดถือแนวนโยบายในการ
 ปฏิบัติ เช่นเดียวกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ

ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ ผู้บริหารโรงพยาบาล
 อาจจะมีนโยบายส่งเสริมในการปฏิบัติงาน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อป้องกันและ
 ความคุมเชื้อเอดส์ เช่น โรงพยาบาลรามาริบัติ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ได้ให้หลักการ
 ทั่วไปในการป้องกันและความคุมการติดเชื้อดังนี้

- 1) ล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย
- 2) ใส่ถุงมือเสมอถ้าจำเป็นต้องสัมผัสกับเลือดหรือการคัดหลัง
- 3) สวมเสื้อคลุม ถ้าคิดว่าเสื้อที่สวมอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคในขณะที่ทำงาน

4) ระวางการถูกเข็มตำ ห้ามสวมเข็มกลับคืนปก เพราะอาจเกิดภาวะเข็มตำได้ ให้ใช้วิธีทิ้งลงในกระป๋องอลูมิเนียมหรือสเตเลส แล้วใส่ใ้ยาฆ่าเชื้อก่อนทิ้ง

5) ผูกมาสค์และสวมแว่นตา ถ้าอาจเกิดการกระเด็นของเลือด

ถ้าเจ้าหน้าที่ถูกเข็มตำและผู้ป่วยใช้เข็มนั้นมีการติดเชื้อ HIV จะต้องดำเนินการดังนี้

- 1) ซักประวัติการถูกตำ ลึกแค่ไหน เป็นมากน้อยเพียงใด
- 2) ทำแผล เช็ดด้วยแอลกอฮอล์
- 3) เจาะเลือดเป็น Baseline แล้วติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน
- 4) ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ในการป้องกันระหว่างรอผลการตรวจเลือดจนกว่าจะแน่ใจภายใน 6 เดือน
- 5) การป้องกันในกรณีที่ถูกเข็มฉีดยาผู้ป่วยโรคเอดส์ตำ ลึก ๆ หรือการให้เลือดผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน แต่ทราบทีหลังว่าเลือดที่ให้นั้นมีเชื้อเอชไอวี ในกรณีนี้ควรให้ยาป้องกัน (Chemoprophylaxis) โดยให้ Zidovudine 200 ๘. 4 ชั่วโมงติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ควรให้ยาภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังจากการรับเชื้อ (สมคักดิ์ โสฬ์เลขา 2532 : 9-10)

ในโรงพยาบาลพระมงกุฎ ได้มีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอดส์ไว้เช่นกัน ซึ่งแนวทางในการปฏิบัติคล้ายคลึงกับมาตรฐานการระวางและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ คือ

- 1) พยาบาลและแพทย์ (Health Care Worker) ควรระมัดระวังดังนี้
 - ใส่ถุงมือทุกครั้งที่จะสัมผัสกับเลือด น้ำเหลืองและเบรียนทุกครั้งเมื่อปฏิบัติกับผู้ป่วยรายใหม่
 - สวม Mask และแว่นตาทุกครั้งคาดว่า จะมีการกระจายของเลือดและน้ำเหลืองระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันปากและดวงตาที่เชื่อบุไม่สามารถป้องกันเชื้อเอดส์ได้
 - ควรสวมเสื้อกาวน์ทุกครั้งเมื่อทำหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วย
 - ควรล้างมือทันทีทุกครั้งที่ถูกเลือดและน้ำเหลืองของผู้ป่วย และล้างมือทุกครั้งหลังจากถอดถุงมือออก

2) ควรระมัดระวังมากในการที่จะได้รับอันตรายจากเข็มแทง มีดบาด ในระหว่างการรักษายาบาลหรือผ่าตัด ขณะล้างเครื่องมือถอดเข็มทิ้งและการจับต้องเครื่องมือที่มีคม ดังนั้นเข็มที่ฉีดยาแล้วไม่ควรสวมปลอกเข้าที่ ไม่ควรหิ้งงอเข็มก่อนทิ้ง ของมีคมทุกอย่างควรใส่ถุงหนาที่ไม่ทะลุก่อนทิ้ง

3) แม้ว่าไม่มีรายงานว่าไม่พบเชื้อในน้ำตาผู้ป่วย ในปัจจุบันไม่ควรทำ Mouth to Mouth Resuscitation ควรจะมี Mouth Piece หรือ Resuscitation bag รวมทั้งเครื่องช่วยหายใจอื่น ๆ ให้มากกว่าเดิมเพื่อความพร้อม

4) เจ้าหน้าที่ที่มีแผลเปิด เช่น เป็นสิ่งที่กำลังอักเสบ แผลเล็ก ๆ ที่บริเวณมือและหน้า ควรหลีกเลี่ยงการทำงานที่อาจเสี่ยง การป้องกันการระบาดจากเลือดและน้ำเหลืองหรือสิ่งขับถ่ายจากผู้ป่วย ควรทำอย่างเข้มงวด

การป้องกันนี้ควรจะไปถึงห้องคลอด ห้องผ่าตัด และรวมทั้งห้องพยาบาลอื่น ๆ ด้วย ควรรักษาความสะอาดอย่างเข้มงวด

(อรุณ เชาวนาครัย กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎ 2532)

การฝึกอบรม

การฝึกอบรม เป็นการเพิ่มความรู้อุบัติการณ์ของบุคคลในหน่วยงานและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคคล เป็นการสอนให้คนได้เรียนรู้และเข้าใจในหลักการและวิธีปฏิบัติงานได้ถูกต้องทันสมัยและเหมาะสม และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการส่งเสริมทางด้านคุณวุฒิ และสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น (บุญเลิศ ไพรินทร์ 2530 : 35) ช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เข้าใจชัดเจนถึงงานต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ต่าง ๆ เสมอ ตามการเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค สาเหตุการเกิดโรค และการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับการรักษายาบาลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการจัดอบรม อาจจะเป็นการจัดอบรมภายในโรงพยาบาล หรือส่งไปสถานฝึกอบรมที่ได้มีการจัดเรื่องนั้น ๆ จากการศึกษาของ ดุษฎีวรรณ เรื่องรุจิระ (2532 : 85) ได้เสนอแนะว่า โรคเอดส์เป็นโรคใหม่ แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลควรเป็นไปในลักษณะของการอบรมสัมมนาหรือประชุมวิชาการ เพื่อให้ได้มีโอกาสรับความรู้สึกและได้ถกเถียงในประเด็นที่เป็นปัญหาในการดูแล ทั้งด้านที่เป็นการป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วย

เทคนิคในการฝึกอบรมนับเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องให้ความสนใจ เพราะเทคนิคในการอบรมมีหลายวิธีขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการจัดอบรม เนื้อหาการอบรม และคุณสมบัติของผู้รับการอบรม ในการศึกษาอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการปฏิบัติพยาบาล ควรมีการฝึกปฏิบัติด้วย จะช่วยให้ผู้เรียน หรือผู้เข้าอบรม ได้เรียนรู้เทคนิค ขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ดวงดี สังโฆบล 2532 : 386)

สิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติงาน

การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสำคัญและความจำเป็นนอกจากจะขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ยังต้องมีความพร้อมทางด้านสิ่งของ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น สิ่งเหล่านี้จะต้องมีเพียงพอและเหมาะสมทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพจะช่วยให้การทำงานสะดวกและรวดเร็วขึ้น โรงพยาบาลใดที่มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เป็นเครื่องทุนแรงที่จำเป็น หรือมีระบบการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้พร้อมอยู่เสมอจะทุนแรงงานคนได้มาก ทำให้ไม่จำเป็นต้องใช้อัตราค่าจ้างมาก ตัวอย่างที่เห็นได้ง่ายในปัจจุบัน คือ ถ้าโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีศูนย์กลางในการเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทำให้ปลอดภัย เช่น สำลี ผ้ากอซ ปากคีบ กระบอกฉีดยา เครื่องมือทำแผล เครื่องมือเย็บแผลเพียงพอก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงไม่ต้องใช้เวลาสิ้นเปลืองกับการเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้โดยไม่จำเป็น วัสดุอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน จะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) วัสดุอุปกรณ์ที่จัดอยู่ในประเภทครุภัณฑ์ (Hard Ware) เช่น เครื่องมือเกี่ยวกับการแพทย์และเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ หรืออุปกรณ์ที่ไม่เกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ ไม่ใช่สิ่งของประเภทหมดเปลือง เช่น เครื่องช่วยหายใจ ตู้ โต๊ะ เตียง รถเข็น เปลนอน เป็นต้น วัสดุอุปกรณ์เหล่านี้ควรทำความสะอาดเป็นประจำ ได้รับการซ่อมแซมให้ได้เพียงพอและมีความเพียงพอกับความต้องการใช้

2) วัสดุอุปกรณ์ของใช้ประเภทหมดเปลือง (Soft Ware) แบ่งออกเป็น

2.1 ประเภทเครื่องใช้ที่เป็นผ้า ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน เสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วย เสื้อกาวน์ของเจ้าหน้าที่และผ้าต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาล และการอำนวยความสะดวกด้านสุขวิทยาให้แก่ผู้ป่วย เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าใช้ในการทำแผล ผ้าห่อ เครื่องมือต่าง ๆ

2.2 ประเภทเครื่องใช้ที่ไม่หมดเปลืองตลอดเวลา แต่เป็นสิ่งที่ไม่ทนทาน เช่น ที่นอน หมอน ผ้ายางขวางเตียง ควรมีเพียงพอ และมีการทำความสะอาด จัดเตรียมพร้อมที่จะใช้งานได้ทันที

2.3 เครื่องยางต่าง ๆ เช่น ถุงมือ สายสวนต่าง ๆ ควรมีเพียงพอและมีการทำความสะอาดให้ปลอดเชื้ออย่างเหมาะสม

2.4 เครื่องแก้ว ควรมีให้เพียงพอ เช่น แก้วยา แก้วน้ำ กระจกฉีดยา แก้วตวง ต้องมีการทำความสะอาดให้เพียงพอ

2.5 สำลี ผ้ากอซ และไม้พันสำลี ควรมีให้พร้อม และควรทำให้ปราศจากเชื้อ

3) เครื่องเวชภัณฑ์ (Medications) ควรมีการจัดการให้เพียงพอต่อการรักษาพยาบาล ดูแลให้เจ้าหน้าที่เก็บและใช้ยาได้ถูกต้อง ทั้งยาที่ใช้ภายในร่างกาย และยาที่ใช้ภายนอกในร่างกาย รวมทั้งน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ในการทำความสะอาดเครื่องมือต่าง ๆ กำหนดมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพและการสูญเสียคุณภาพตลอดจนวิธีการใช้ที่ถูกต้อง

สิ่งเื้ออำนวยการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคเอดส์ จะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) สิ่งเื้ออำนวยการปฏิบัติพยาบาลสำหรับป้องกันตนเองของพยาบาล ได้แก่ ถุงมือ เสื้อกาวน์ ผ้ากันเปื้อนพลาสติก แว่นตาป้องกันการกระเด็นของสารต่าง ๆ เข็มฉีดยา มาสค์
- 2) สิ่งเื้ออำนวยการปฏิบัติพยาบาล สำหรับใช้ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ ได้แก่ น้ำยาฆ่าเชื้อต่าง ๆ ถังขยะ เข็มฉีดยาแบบใช้ครั้งเดียว ปรอท สำลี ผ้ากอซ เป็นต้น

ในการจัดสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ที่เื้ออำนวยการปฏิบัติงาน จะต้องคำนึงถึงประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

- 1) การจัดหาให้มีพอใช้ รวมทั้งมีเพียงพอในการสับเปลี่ยนไปนั่ง ไปซีก หรือ ไปทำความสะอาด
- 2) การเก็บบำรุงรักษาทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ
- 3) เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับคำแนะนำให้รู้จักวิธีการใช้วิธีการบำรุงรักษาที่ถูกต้อง

5. รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนำเสนอรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ รายงานและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และบุคลากรด้านสุขภาพ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

รายงานและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และบุคลากรด้านสุขภาพอนามัยทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย มีดังนี้

รีดและคณะ (Reed & Other 1984 : 153-156) ได้ศึกษาทัศนคติของพยาบาลในสหรัฐอเมริกา จำนวน 267 คน ต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าร้อยละ 50 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปานกลาง และร้อยละ 30 มีความรู้ค่อนข้างมาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยร้อยละ 34.9 มีความวิตกกังวลสูงในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ และมีร้อยละ 3 ที่ปฏิเสธในการดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 4.1 ไม่ตอบคำถาม ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของเซอร์เวลเลน และคณะ (Servellen & Other 1988 : 4-8) พบว่า พยาบาลรู้สึกกังวลใจเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 67.6 มีพยาบาลที่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12.4 และมีพยาบาลถึงร้อยละ 23.1 ที่ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย เพราะพยาบาลคิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และร้อยละ 53.6 ให้ความเห็นว่า พยาบาลจะปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนความรู้เรื่องเอดส์นั้นอยู่ในระดับปานกลาง

จากการรายงานผลการวิจัยของ บาร์นาร์ด (Barnard 1987 : 15-17) รายงานว่า พยาบาลประจำห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เล่าประสบการณ์ของตนเองว่า รู้สึกกลัวเมื่อถูกเข็มของผู้ป่วยโรคเอดส์แทงมือในขณะที่ช่วยผ่าตัด ตนรู้สึกทรมานมากในช่วงรอผลการตรวจเลือด เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เลย รู้เพียงแต่ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ถ้าตนเป็นเอดส์จริงก็ต้องตายแน่นอน ระยะเวลาที่รอผลเลือดจึงรู้สึกทรมานใจมาก กว่าที่จะรู้ผลเลือดเป็นลบตนเองเกือบจะปรับตัวเองไม่ได้

จากการศึกษาของสถาบัน เฝ้าระวังโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (McCray and Other 1986 : 1,127-1,132) ได้ศึกษารวบรวมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งถูกเข็มแทง จำนวน 938 คน โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม ค.ศ. 1983 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 1985 พบว่า ร้อยละ 60 ของบุคลากรที่ถูกเข็มแทงเป็นพยาบาลร้อยละ 40 ของบุคลากรทั้งหมด น่าที่จะสามารถป้องกันอุบัติเหตุเข็มแทงได้ และ

พบบุคคลที่ถูกเข็มแทงเป็นแผลมีโอกาที่จะติดเชื้อเอชไอวีได้น้อยมาก จากการติดตามศึกษาผู้ถูกเข็มแทง พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ 2 ราย ที่ตรวจผลเลือดพบว่า ให้ผลบวกต่อเชื้อ ส่วนการสัมผัสกับสารคัดหลั่งอื่น ๆ ไม่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น หลังจากนั้นได้มีการรณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีการเสี่ยงน้อยที่สุด โดยจัดประชุมวิชาการเรื่องโรคเอดส์และการดูแลรักษาเน้นให้พยาบาลยึดถือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีจริยธรรมในการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

บลูเมนฟีลด์และคณะ (Blumenfeld, et. al. 1987 : 58-63) ได้สำรวจทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปี ค.ศ. 1984 ณ ศูนย์การแพทย์เมืองเวสเชสเตอร์ (Westchester County Medical Center) พบว่า ครอบครัวและเพื่อน ๆ ของพยาบาลจำนวนสองในสามแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ เมื่อรู้ว่าพวกเขาให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ครั้งหนึ่งของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามจะขอย้ายแผนก ถ้าจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นประจำ

เบรนแนน และคณะ (Brennan, et al. 1988 : 60-64) ได้สำรวจความคิดเห็นของพยาบาล 345 คน ในโรงพยาบาล 15 แห่งที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการสำรวจพบว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 73 มีความวิตกกังวลในความปลอดภัยของตนเอง และกลัวความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเอดส์ และมีความต้องการที่จะให้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น รวมทั้งในด้านการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการด้วย ร้อยละ 47 มีความรู้สึกสลดใจต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีการพยากรณ์ของโรคเอดส์ที่ไม่ดี เมื่อถามความรู้สึกของครอบครัวเมื่อทราบว่า พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 50 มีความกังวลในความปลอดภัยของพยาบาล และร้อยละ 36 มีความรู้สึกตกใจและกลัว มีเพียงร้อยละ 20 ที่ครอบครัวยอมรับในการปฏิบัติงานของพยาบาล ในด้านความรู้สึกทั่ว ๆ ไปที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ร้อยละ 41 มีความรู้สึกลังเล และร้อยละ 14 มีความรู้สึกไม่พอใจที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และสุดท้ายได้สำรวจในเรื่องนโยบาย การระมัดระวังป้องกันของโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 88 มีนโยบายให้สวมถุงมือเมื่อสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย มีเพียงร้อยละ 3 ของโรงพยาบาลที่ไม่มีนโยบายนี้ และร้อยละ 63 คิดว่านโยบายการระมัดระวังป้องกัน เป็นนโยบายที่ดีเพียงพอที่

จะป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ในการศึกษาได้สรุปว่าพยาบาลต้องมีความระมัดระวังกับผู้ป่วยทุกราย ไม่เฉพาะกับแต่ผู้ป่วยโรคเอดส์เท่านั้น เมื่อสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

วาร์ทแมน (Wartman Quated in Barnard 1987 : 15-17) ได้มีการศึกษาถึงการแผ่ระวางเชื้อในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในแคนาดา แพทย์และพยาบาลหลายคนมีความหวาดระแวงและปฏิเสธที่จะทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ในระยะแรก ๆ บางคนใช้ความระมัดระวังมากเป็นพิเศษเกินความจำเป็น เช่น สวมเสื้อกาวน์ สวมถุงมือตลอดเวลา และใช้เทคนิคการแยกผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบโรคติดต่อ ทางโรงพยาบาลจึงจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์แก่บุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์ ความกลัวโรคเอดส์จึงลดลงบ้าง แต่บางคนยังรู้สึกกังวลใจสังเกตได้จากการที่ยังคงสวมถุงมือตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง ๆ ที่ตนเองไม่มีแผลแต่อย่างใด จากการติดตามบุคลากรจำนวน 1,758 ราย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในแคนาดา ซึ่งถูกเข็มฉีดยาของผู้ป่วยเอดส์แทงเป็นเวลา 3 ปี ยังไม่พบว่ามีใครติดเชื้อเอดส์เลย

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาวิจัยในเรื่องโรคเอดส์กับบุคลากร เพิ่งเริ่มมีการตื่นตัวศึกษากันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ดังเช่น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การศึกษาของ ชวนชม สกนธวัฒน์ และคณะ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและวิธีการป้องกัน รวมทั้งให้คำปรึกษาพิเศษในกลุ่มทดลอง ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม มีความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมและการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันโรคเอดส์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มทดลองมีการใช้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กมลเนตร โอฆานุรักษ์, สัตนา เหลืองจามิกร และ สันตศิริ क्रमณี (2532 : 3-4) ได้ทำการวิจัยเรื่องโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ความรู้ และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ได้ทำการศึกษากับกลุ่มประชากรจำนวน 109 ราย ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 76 คิดว่าความไม่พร้อมของประชากรตัวอย่างที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วย ความคิดเห็นต่อความพร้อมของ โรงพยาบาลในปัจจุบันที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น

ประมาณร้อยละ 88 คิดว่ายังไม่พร้อม และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ ยังต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการป้องกัน

สมศักดิ์ ศุภวิทยานุกูล และคณะ (2532 : 65) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงราย" ผลการวิจัยได้เสนอแนะว่า โรงพยาบาลชุมชนควรให้การรักษายาบาลแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ และเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ร้อยละ 69.9 ทำคลอดแก่หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการและเจ็บป่วย เห็นว่าโรคเอดส์เป็นปัญหา หรือเริ่มเป็นปัญหาในอำเภอที่ปฏิบัติงาน บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ต้องการศึกษาและฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้น

ร่มไทร กล้าสุนทร และคณะ (2532 : 14-26) ได้ศึกษาสภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยสำรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานกามโรค และผู้บริหารสาธารณสุขส่วนภูมิภาค จำนวน 701 ราย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ .เจ้าหน้าที่ประจำสถานกามโรคทั้ง 7 แห่ง ทั่วประเทศ 67 ราย และส่งแบบสอบถามไปยังผู้บริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค 644 ราย ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขประจำสถานควบคุมกามโรค มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลางไปจนถึงระดับต่ำ การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทั้งการบริหารและบริการมีน้อย และต้องการการสนับสนุนในเรื่องการฝึกอบรม และวัสดุอุปกรณ์ที่จะดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์สำหรับผู้บริหารสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ร้อยละ 50 เห็นว่า โรคเอดส์มีความสำคัญเท่า ๆ กับปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ และต้องการการสนับสนุนเกี่ยวกับการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และการประเมินสถานการณ์โรคเอดส์ จะมีความสัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนในการฝึกอบรมของผู้บริหารงานสาธารณสุข ($p = 0.000$)

อุษฎวารณ เรืองรุจิระ (2532 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งตามการรับรู้ของตนเอง โดยศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 272 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียงที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 7 แห่ง โดยการส่งแบบ

สอบถามไปยังพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมแบบสอบถามเอง ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับต่ำ ทักษะคติและการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรู้ และทักษะคติไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการทำงาน สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะคติและการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) แต่ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ($r = 0.347, p = 0.05$)

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี (2532 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 663 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร 13 แห่ง และโรงพยาบาลโรคติดต่อ จังหวัดนนทบุรี 1 แห่ง วิธีการศึกษาใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ และเจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) การศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะให้มีการจัดอบรมความรู้และเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสรุปได้ดังนี้
 สุกดา กูทอง (2529 : บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงมีครรภ์ที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ โดยศึกษาจากหญิงที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา จำนวน 630 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ในการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สุรีย์ โภภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีครรภ์ อายุครรภ์ระหว่าง 28-40 สัปดาห์ ที่มารับการฝากครรภ์

ในโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 252 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการ
ใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพ
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การได้รับคำแนะนำจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งอายุ
ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
กับการดูแลตนเอง ($P = 0.01$) ส่วนอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ กับการดูแลตนเอง ($p = 0.01$)

เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532) ทำการวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความ
เชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์
ของผู้เสแหวเอโรอีทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาชั้นถ่วงพิษ" ได้สรุปผลการวิจัย
ไว้ว่า ลักษณะโครงสร้างเครือข่ายของผู้เสแหวติด พบว่ากลุ่มทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือ
ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเครือญาติ ในด้านผู้เสแหวติดที่มีอายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา
สถานภาพการสมรส และระยะเวลาการติดยาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน ในด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ที่ระดับ .001 และความเชื่อด้านสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกัน
ทำนายพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ได้

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2532 : 8) ได้มีการทำวิจัยเรื่อง "ความ
สัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อ
ป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร" ผลการวิจัย
พบว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ยังไม่ถูกต้องอย่างมาก จากที่เช่น กะระไม่ใช่
ถูกยางอนามัยในขณะร่วมเพศ การร่วมเพศทางปาก และทวารหนัก การร่วมเพศกับชาว
ต่างชาติ และการใช้เข็มฉีดยาร่วมทั้งอุปกรณ์การฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

จากการศึกษาทบทวนเอกสาร ยังไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกัน
การติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบสากลโดยตรง
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา โดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งใช้ทำนาย

พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือ
ในการวิจัยครั้งนี้