

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพกับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมสรุปเป็นสาระสำคัญ โดยลำดับเนื้อหาการนำเสนอ เป็นหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. การตั้งครรภ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
3. การดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี
4. ความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. หลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี
8. ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพกับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ หรือ AIDS (Acquired immune deficiency syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสกลุ่ม Retrovirus ที่มีชื่อว่า Human immune deficiency virus (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด T-lymphocyte ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ติดเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดบวม หรือมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (นันทวัน ชันตะดิลก และคณะ, 2541: 1)

เชื้อไวรัสเอดส์ หรือ HIV (Human immune deficiency virus) พบมากที่สุด ในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รองลงมาคือน้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำนม มีปริมาณเชื้อ HIV น้อย สำหรับหญิง ปัสสาวะ และอุจจาระ แทบไม่พบเลย เชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) สามารถแพร่กระจายได้ 3 ทาง ได้แก่ การแพร่เชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด และการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก (พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2536: 4-5)

เชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) สามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกโดยผ่านทางเลือด รก สายสะดือ หรือน้ำนม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และภายหลังคลอดใหม่ๆ คิดเป็นร้อยละ 20-50 ขึ้นอยู่กับระยะของโรคเมื่อมารดาตั้งครรภ์ ปัจจุบันมีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกโดยให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยา AZT (Zidovudine) ตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ไปจนกระทั่งคลอด ซึ่งสามารถช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์จากแม่ได้มากกว่าร้อยละ 50 (นันทวัน ยันตะฉิลก และคณะ, 2541: 9)

ระยะการติดเชื้อไวรัสเอดส์มี 2 ระยะ คือ ระยะไม่ปรากฏอาการ และ ระยะที่มีอาการ ในระยะไม่ปรากฏอาการจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป สำหรับระยะที่มีอาการ ผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์จะมีผลเลือดบวกและเริ่มมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปากและลำคอ ต่อม้ำเหลืองโต ภูสวัด ไข้เรื้อรัง เป็นต้น ต่อมาจะเข้าสู่ระยะเป็นเอดส์โดยภูมิคุ้มกันร่างกายจะถูกทำลาย และมีอาการของการติดเชื้อแล้วแต่ว่าจะติดเชื้อชนิดใดและส่วนใดของร่างกาย (สุริพรชนศิลป์, 2538: 25-27)

## 2. การตั้งครรภ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ในปัจจุบันมีภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสามีเป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้เกิดการตั้งครรภ์ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น มีการวิจัยในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ถ้าผู้แม่จะเลือดของภรรยาที่ทราบแล้วว่าสามีติดเชื้อเอชไอวี ภรรยาจะติดเชื้อไปแล้วร้อยละ 45 โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน ส่วนในทารกมีโอกาสติดเชื้อจากมารดาได้ร้อยละ 20-50 (เขตกรุงเทพมหานคร ประมาณร้อยละ 30 ภาคเหนือ ประมาณร้อยละ 40) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคเมื่อมารดาตั้งครรภ์ (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2539: 49)

### 2.1 สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์

เนื่องจากการค้าสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มาตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ (ฐิติพร อังคถาวรวงศ์, 2540: 21)

- 1) ดิคาเสพติดชนิดผิด
- 2) เคยมีประวัติเป็นผู้บริการทางเพศ หรือเป็นผู้บริการทางเพศในปัจจุบัน
- 3) มีคู่นอนที่ติดเชื้อโรคเอดส์ รักสองเพศ หรือเป็นโรคเลือดไหลไม่หยุด (Hemophilia)
- 4) อยู่ในชุมชน หรือเกิดในประเทศที่มีอัตราติดเชื้อเอดส์สูง
- 5) ได้รับความเสี่ยง การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผสมเทียม

6) ผู้ที่มีประวัติหรือมีรอยโรคของการเป็นกามโรคชนิดที่มีแผล เช่น หูดหงอนไก่ หูดจากการติดเชื้อฟิลิส (*Condyloma lata*)

## 2.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมักยังไม่มีอาการหรืออาการแสดง แต่ถ้ามีก็จะคล้ายกับการติดเชื้อไวรัสต่างๆ ไป คือ มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่น หรือมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทำได้โดยการซักประวัติว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ แต่ปัจจุบันการระบาดของโรคเอดส์ค่อนข้างมาก และเป็นกลุ่ม Heterosexual แล้ว ดังนั้นจึงถือว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกคนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอดส์ได้ มีวิธีการวินิจฉัยที่แน่นอนคือเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งวิธีที่นิยมใช้คือ เทคนิค Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) กับ Competitive ELISA อย่างไรก็ตาม การจะเลือกใช้ ELISA kits ของบริษัทใดจะต้องทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความไวและความจำเพาะที่ทดสอบในกลุ่มประชากรก่อน เพื่อจะได้ระวังปัญหาของผลบวกปลอมและผลลบปลอมที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาได้

การแปลผลจากการตรวจด้วยวิธี ELISA ว่าติดเชื้อเอดส์จะต้องทำถึง 2 ครั้ง และผลต้องเป็นบวกทั้ง 2 ครั้ง กรณีผลบวกครั้งแรกและผลลบในครั้งหลังให้แปลผลว่า ผลลบ แล้วนำมาตรวจซ้ำอีกครั้งในอีก 3 เดือนถัดไป สำหรับการตรวจยืนยัน (Confirmatory test) วิธีที่นิยมมากที่สุดคือวิธี Western blot โดยดูว่าซีรัมของผู้ป่วยมี Antibody ต่อโปรตีน และ Glycoprotein ต่าง ๆ ของเชื้อเอดส์หรือไม่ (ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, 2537: 208-209)

ในการตรวจเลือดเพื่อหา HIV antibody ควรเริ่มตรวจในคู่สมรสตั้งแต่เริ่มวางแผนที่จะมีบุตร โดยต้องมีการให้การปรึกษาก่อนและหลังการเจาะเลือด แต่ถ้าตั้งครรภ์แล้ว ทางกระทรวงสาธารณสุขมีหลักปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้ง ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ตัดสินใจว่าจะตรวจหรือไม่ตรวจ

2.2.2 สถานบริการต้องมีเจ้าหน้าที่ให้บริการ ที่ให้การปรึกษาทั้งทางด้านการแพทย์และสังคม และต้องเก็บผลเลือดเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะแจ้งให้เฉพาะหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่ยังตั้งครรภ์อนุญาตให้แจ้งเท่านั้น

2.2.3 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายต้องได้รับทราบข้อมูลเรื่องการใช้ยาต้านไวรัส Zidovudine (AZT) ในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

## 2.3 การติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

การติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

2.3.1 ขณะอยู่ในครรภ์ ก่อนเจ็บครรภ์คลอด การติดเชื้อเกิดขึ้นได้โดยผ่านทางรก ส่วนการติดต่อเกิดขึ้นในช่วงใดของการตั้งครรภ์ยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดได้ตั้งแต่ช่วง 3 เดือนของการตั้งครรภ์ แต่จากการศึกษาพอจะสรุปได้ว่า การติดเชื้อเกิดขึ้นได้มากขณะช่วงใกล้คลอด

2.3.2 ขณะเจ็บครรภ์ และขณะคลอด เชื้อจะผ่านทางรกขณะมดลูกหดตัว หรือจากช่องคลอดผ่านขึ้นไปในโพรงมดลูกเมื่อถุงน้ำคร่ำแตก หรือจากการที่เด็กสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่งในช่องคลอดในขณะที่เด็กคลอด

2.3.3 หลังคลอด เด็กอาจได้รับเชื้อจากน้ำนมแม่ โดยปกติในน้ำนมแม่จะมีปริมาณเชื้อไม่มากนัก แต่เนื่องจากเด็กกินนมแม่เป็นจำนวนมาก และในน้ำนมแม่อาจมีเลือดปนด้วย เช่น กรณีหัวนมแตกหรือมีแผล การติดเชื้อทางน้ำนมแม่เกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 14 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 29 ถ้าแม่อยู่ในช่วง Seroconversion คือ ช่วงที่ได้รับเชื้อจนกระทั่งผลเลือดเป็นบวก

โดยสรุปแล้ว การติดเชื้อของเด็กร้อยละ 50 เกิดในช่วงก่อนคลอด และร้อยละ 40 ถึง 80 เกิดระหว่างการคลอดและใกล้คลอด

## 2.4 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์

โดยทั่วไป การตั้งครรภ์จะเป็นช่วงเวลาที่ตื่นเต้น และมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในร่างกาย การแสดงออกจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางรายมีความวิตกกังวลต่อตัวเองและคู่สมรสรวมทั้งครอบครัว ขณะเดียวกันก็มีความวิตกกังวลในบางเรื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ซึ่งเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนระดับฮอร์โมนในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ถือเป็นภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป แต่ในรายหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากจะมีภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์โดยทั่วไปแล้วยังมีผลกระทบอย่างอื่นตามมา ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบต่อร่างกาย ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มักยังไม่แสดงอาการของโรคเอดส์ เพียงแต่ตรวจพบแอนติบอดีของเอชไอวี แต่ผลของการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นในระยะต่อมาและอัตราการตายสูงเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ Minkoff (อ้างใน ศิริวรรณ สันทัศน์, 2531) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบแอนติบอดีโดยไม่แสดงอาการขณะตั้งครรภ์จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ถึงร้อยละ 65 ขณะที่หญิงไม่ได้ตั้งครรภ์ซึ่งตรวจพบแอนติบอดีมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์เพียงร้อยละ 30.5 ส่วนการปรากฏอาการของการเป็นเอดส์ขึ้นกับระยะเวลาและความรุนแรงของโรค จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ร้อยละ 80 จะเกิดอาการของโรคเอดส์ภายใน 28-36 เดือน (Scott *et al.*, 1987 อ้างใน พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2536: 6) โดยระยะแรกจะมีอาการอ่อนเพลีย

น้ำหนักลด ท้องเสียเรื้อรัง เชื้อราในปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ต่อมาอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นตามลักษณะอาการของโรคเอดส์

2.4.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ความรู้สึกครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จะเกิดความสับสนว่าตนติดเชื้อมาได้อย่างไร ถ้าหญิงตั้งครรภ์มั่นใจว่าตนเองไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อน เหตุปัจจัยจะมาจากสามี ความรู้สึกขณะนั้นที่มีต่อสามี คือ โกรธ เจ็บแค้น ไม่พอใจ แต่ความรู้สึกเหล่านี้จะลดลงเมื่อบอกกับสามีและสามียอมรับในพฤติกรรมเสี่ยงของตน โดยแสดงความรู้สึกผิด เสียใจกับการกระทำของตน แต่ถ้าเหตุปัจจัยมาจากหญิงตั้งครรภ์เอง เช่น ติดเชื้อจากคนอื่นที่ไม่ใช่สามีของตน ภาวะสับสนจะมากขึ้น โดยเฉพาะการบอกผลเลือดกับสามี เนื่องจากกลัวว่าสามีจะรับไม่ได้จนทอดทิ้งตนเองและบุตรไปหากภายหลังสามีตรวจเลือดแล้วพบว่าตนยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเผชิญกับการตัดสินใจดำเนินการขั้นต่อไปว่าจะทำอย่างไร เช่น จะสิ้นสุดการตั้งครรภ์หรือจะตั้งครรภ์ต่อไป ถ้าตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปจะดูแลรักษาสุขภาพตนเองและบุตรอย่างไร ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และภายหลังคลอด โดยเฉพาะในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความวิตกกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์โดยทั่วไป คือ นอกจากจะกลัวการคลอด กลัวเจ็บ กลัวลูกพิการแล้ว ยังต้องกังวลว่าลูกที่คลอดออกมาจะติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ภายหลังคลอดลูกจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นอย่างไร ตนเองจะมีโอกาสได้เลี้ยงดูบุตรต่อไปนานเท่าไร และถ้าตนเองเสียชีวิตลงใครจะเป็นผู้ดูแลบุตรต่อไปในอนาคต ในทางกลับกันถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์ จะรู้สึกเป็นบาปอย่างมาก และจะวิตกกังวลมากขึ้นถ้าไม่มีสถานที่ให้บริการทำแท้ง เป็นเหตุให้ตัดสินใจหาทางออกโดยการเลือกทำแท้งผิดกฎหมาย ขอมเสี่ยงอันตราย หรือถ้าจำเป็นต้องตั้งครรภ์ต่อไปก็จะมีปัญหาการทอดทิ้งบุตรตามมา ซึ่งจะเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมต่อไป

2.4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสามีของหญิงที่ติดเชื้อ โดยเฉพาะถ้าสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีได้รับการพิสูจน์จากการเจาะเลือดสามีไปตรวจแล้วพบว่าไม่ได้ติดเชื้อจากสามี ผู้ที่เป็นสามีจะเกิดความวิตกกังวลและเครียด บางรายทนสภาพดังกล่าวไม่ได้จนต้องทอดทิ้งครอบครัวไป ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับปัญหาตามลำพัง ขาดรายได้เงินเชือครอบครัว สุดท้ายอาจสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยหาทางทำแท้ง หรือถ้าตั้งครรภ์ต่อไปจะทอดทิ้งบุตรหลังคลอดไว้ในโรงพยาบาล เป็นภาระทางสังคมต่อไป ส่วนสมาชิกคนอื่นของครอบครัวต้องทนต่อสภาพกดดันจากเพื่อนบ้านและสังคม เนื่องจากถูกตราหน้าว่าเป็นสมาชิกของครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

2.4.4 ผลกระทบต่อสังคม เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคระบาดที่คุกคามต่อชีวิตมนุษย์

คนในสังคมจึงเกิดความตื่นตระหนก กลัวว่าจะติดเชื้อโรคเอดส์ ทำให้แสดงพฤติกรรมรังเกียจต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายต้องถูกให้ออกจากงาน ถูกแยกครอบครัว ถูกต่อต้านจากคนในสังคม จนไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการของการเป็นเอดส์ ยังถูกรังเกียจจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าไปปฏิบัติดูแล เช่น จากการศึกษาของ Kelly, St. Lawrence, Hood, Smith and Cook (1988 cited in Kelly *et al.*, 1995: 291) พบว่า พยาบาลพยายามหลีกเลี่ยงเท่าที่จะทำได้ในการเข้าไปในห้อง การสัมผัส หรือการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การถูกรังเกียจจากคนในสังคมก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมาก นอกจากจะทำให้สูญเสียความสุข ความมุ่งหวัง และอนาคตของผู้ติดเชื้อแล้ว ยังทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อีกด้วย สำหรับในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีก็ส่งผลกระทบต่อสังคมเช่นเดียวกับผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วไป โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งกลายเป็นภาระของสังคมที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือทั้งมารดาและบุตรต่อไป ซึ่งเป็นการกระทบต่อความมั่นคงของประเทศชาติเนื่องจากได้พลเมืองที่ขาดคุณภาพ

2.4.5 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ โรคเอดส์เป็นโรคที่บั่นทอนความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและขีดขวางการพัฒนาประเทศ เพราะคนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเอดส์มักเป็นคนในวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคนซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ หากคนเหล่านี้ส่วนใหญ่เสียชีวิตก็จะเหลือแต่คนแก่และเด็กที่ไม่สามารถพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มของมารดาที่ตั้งครรภ์ ถ้าได้รับเชื้อเอชไอวีก็จะส่งผลถึงทารกในครรภ์ได้เช่นกัน ทำให้รัฐต้องจัดสรรงบประมาณจำนวนมากในการที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้ให้มีชีวิตรอด นอกจากนี้รัฐต้องเสียงบประมาณในการควบคุมโรคนี้มิให้แพร่กระจายไปสู่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งงบประมาณทางด้านการศึกษา วิจัย รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อสกัดกั้นมิให้โรคเอดส์แพร่กระจายออกไป ตลอดจนการค้นคว้า ทดลอง หายาหรือวัคซีนที่สามารถรักษาและป้องกันโรคนี้ได้ นอกจากนี้ ในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยเฉพาะด้านอุตสาหกรรม ถ้ามีประชากรติดเชื้อเอชไอวีมาก จะเป็นอุปสรรคต่อการลงทุนจากต่างประเทศ เช่น อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวจะลดลง การขยายตัวทางเศรษฐกิจต้องหยุดชะงักลง เป็นต้น

### 3. การดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มบุคคลที่ควรให้ความสนใจอย่างยิ่งเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์เป็นเครื่องหมายที่แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้เข้าสู่สถาบันครอบครัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุตรที่จะเกิดตามมา ทำให้การตรวจเลือด

เพื่อหาเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งจำเป็น โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ จะได้รับการตรวจเลือดภายหลังที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำแล้ว (Pre-test counselling) เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และภายหลังคลอด พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) ต้องมีวิธิตำเเนนการให้การปรึกษาอย่างถูกต้อง ชัดเจน และต่อเนื่อง เพื่อสามารถประทับระครองหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ผ่านพ้นวิกฤตของชีวิตไปได้

### 3.1 การช่วยเหลือและการให้คำปรึกษาแก่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะตั้งครรภ์

จุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และหลังการตรวจเลือด ก็เพื่อให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการพิจารณา ตระหนัก และยอมรับในความเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเองและคู่เพศสัมพันธ์ สามารถรับฟังผลเลือดของตนเองด้วยความพร้อม และแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยศักยภาพของตนเอง ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ความหมายของการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจกระบวนการของการให้การปรึกษาเป็นอย่างดี จีน แบร์ (2538: 45) กล่าวว่า กระบวนการของการปรึกษาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ขั้นตอนที่สอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเองและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เขาได้เห็นถึงสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนที่สาม ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความชัดเจนในตนเองและเข้าใจปัญหามาประการที่กำลังเผชิญอยู่ เห็นสิ่งที่เป็นสาเหตุและความต้องการต่างๆ ซึ่งจะต้องพัฒนาต่อไป ขั้นตอนที่สี่ เป็นการวางแผนแก้ปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาหาทางออกหรือวิธีแก้ไขปัญหของตนเอง และตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะต้องปฏิบัติต่อไป ขั้นตอนที่ห้า เป็นการสรุปและยุติการปรึกษา เพื่อย้ำถึงความรู้ ความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างการปรึกษา และให้ผู้รับการปรึกษาได้มีแรงจูงใจและกำลังใจที่จะพัฒนาตนเองต่อไป

นอกจากนี้ ผู้ให้การปรึกษาควรมีการสำรวจว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับแรงจูงใจจากคู่เพศสัมพันธ์หรือไม่ เนื่องจากการปรับตัวต่อสภาวะการติดเชื้อนั้นต้องอาศัยกำลังใจจากคู่เพศสัมพันธ์และครอบครัวเป็นอย่างมาก ตลอดจนการได้รับความเห็นอกเห็นใจจากผู้ให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี และควรให้ข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค การติดต่อ การดำเนินของโรคแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประกอบในการตัดสินใจ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจจะยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้คำปรึกษาควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์และการกลับมาติดต่อครั้งต่อไป เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย กรณีหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจจะตั้งครรภ์ต่อไป ผู้ให้คำปรึกษาควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมารับการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตความผิดปกติต่างๆ การรับ

ประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับสถานการณ์จริงที่ต้องประสบ ขณะคลอด เช่น ความรู้สึกแปลกแยก และความรู้สึกถูกรังเกียจจากวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Precautions) ของบุคลากรที่ให้บริการ

### 3.2 การช่วยเหลือและการให้คำปรึกษาแก่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด

เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลบางแห่งจะให้มีการแยกภาวะติดเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะหน่วยงานห้องคลอด จะมีห้องแยกสำหรับทำคลอดมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น เพื่อลดความรู้สึกแปลกแยกของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้คำปรึกษาควรมีการอธิบายให้เกิดความเข้าใจ นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในห้องคลอดไม่ควรแสดงท่าทีแบ่งแยกหรือแสดงการรังเกียจมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเด็ดขาด เว้นแต่จะเป็นการกระทำใดๆ เพื่อลดภาวะติดเชื้อเท่านั้น ส่วนการดูแลช่วยเหลืออย่างอื่นกับมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอดนี้จะเหมือนกับมารดาทั่วไปที่เข้าสู่ระยะคลอด ซึ่งจะแบ่งย่อยออกได้เป็น 3 ช่วงเวลา คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3.2.1 การดูแลมารดาในระยะก่อนคลอด เริ่มตั้งแต่รับมารดาเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งมารดามีอาการแสดงของการเจ็บครรภ์ ซึ่งอาการเจ็บครรภ์ในที่นี้จะมีทั้งอาการเจ็บครรภ์จริง (True labour) และเจ็บครรภ์เตือน ขณะมารดามีอาการของการเจ็บครรภ์จริง ความก้าวหน้าของการคลอดจะดำเนินไปเรื่อย ๆ ซึ่งสามารถประเมินได้จากสภาวะการหดตัวของมดลูก การเปิดของปากมดลูก การเคลื่อนลงต่ำของส่วนนำ ตำแหน่งการฟังเสียงหัวใจทารกทางหน้าท้อง เป็นต้น

ในการแบ่งระยะต่าง ๆ ของการคลอดทางสูติศาสตร์ จะแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 หมายถึงระยะตั้งแต่มารดามีอาการของการเจ็บครรภ์จริง จนถึงปากมดลูกเปิดหมด (10 ซม.) ระยะที่ 2 หมายถึง ระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนถึงเด็กคลอด ระยะที่ 3 หมายถึง ระยะตั้งแต่เด็กคลอดจนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 หมายถึง ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Bobak and Jansen, 1993) ดังนั้น การดูแลมารดาในระยะก่อนคลอด จึงสิ้นสุดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการดูแลระยะก่อนคลอด ตั้งแต่รับมารดาไว้ในโรงพยาบาลจนถึงปากมดลูกเปิดหมดซึ่งสามารถสรุปกิจกรรมการดูแลในระยะก่อนคลอดได้ ดังนี้

3.2.1.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment) เริ่มตั้งแต่พบมารดาครั้งแรก โดยใช้การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อพิจารณาตัดสินใจตัดสินใจของมารดา

การสัมภาษณ์ โดยการถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ถามอาการเจ็บครรภ์ในเรื่องความบ่อยและระยะเวลาที่เจ็บ ตำแหน่งที่เจ็บ และลักษณะของความไม่สบายจากการหดตัวของมดลูก มีการหดตัวของมดลูกอยู่ทั้ง ๆ ที่เปลี่ยนท่าทางเมื่อเดินหรือนอน มีมูกปนโลหิต



ออกทางช่องคลอด ภาวะของเชื้อหุ้มถุงน้ำ ถ้ามีสารคัดหลั่ง (Discharge) ที่อาจจะเป็นน้ำคร่ำต้องถามวันและเวลาที่เริ่มมี ถ้ารวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมของมารดา จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการได้รับการดูแลของมารดา ปัจจัยที่ต้องประเมิน ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ด้วยคำพูด มารดาถามคำถามหรือไม่ คุยกับพยาบาลหรือถามคำถาม ในด้านอวจนภาษา มารดาอ่อนคลายหรือตึงเครียด หลีกเลี่ยงการสบตาหรือไม่ มองดูเหนื่อยอ่อนหรือไม่ ด้านความสามารถในการรับรู้ มารดาเข้าใจในสิ่งที่พยาบาลพูดหรือไม่ บอกซ้ำในสิ่งที่เข้าใจได้หรือไม่ ในด้านระดับความไม่สุขสบาย มารดาแสดงอาการอย่างไรเมื่อมดลูกหดรัดตัว มีการแสดงการเจ็บปวดด้วยอวจนภาษาให้เห็นหรือไม่ มารดาบอกพยาบาลหรือไม่ มารดาส่วนใหญ่จะมีความกังวลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพทารกและความเจ็บปวด ระดับความกังวลอาจเพิ่มขึ้นเมื่อมารดาไม่เข้าใจคำพูดของพยาบาล

การตรวจร่างกาย ระบบทั่วไป ได้แก่ หัวใจ ปอด และผิวหนัง (ดูว่ามีบวมหรือไม่ที่ขา หน้ามือ และก้นกบ) ตรวจรีเฟลกซ์ (Reflex) สัญญาณชีพ และความดันโลหิต

การฟังการเต้นของเสียงหัวใจเด็ก เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่จะต้องเข้าใจความสัมพันธ์ของตำแหน่งที่ได้ยินเสียงหัวใจเด็กชัดเจนกับส่วนนำของเด็ก ซึ่งจะช่วยให้รู้ท่าของเด็กในครรภ์มารดา

การหดรัดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ความนุ่มบาง และระดับของส่วนนำ ระยะที่ 1 ของการคลอด การหดรัดตัวจะเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาตัว (Duration) จะประมาณ 15-20 วินาที ระยะพัก (Interval) กินเวลานานจึงหดรัดตัวอีกครั้งหนึ่ง ค่าระยะพัก (Interval) ประมาณ 10 นาที ต่อไประยะหดรัดตัวจะนานขึ้นเรื่อย ๆ และระยะพักจะน้อยลง จนปลายระยะที่ 1 หรือต้นระยะที่ 2 ระยะหดรัดตัวของมดลูกจะนานถึง 60-70 วินาที และระยะพักของมดลูกจะมีเพียงประมาณ 2-3 นาที การคลอดจะก้าวหน้าดีเมื่อปากมดลูกเปิดขยายมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเปิดหมด 10 เซนติเมตร และปากมดลูกมีความบางมาก การตรวจระดับของส่วนนำในการคลอดเมื่อการคลอดดำเนินไปด้วยดีนอกจากมดลูกจะหดรัดตัวถี่และรุนแรงขึ้นแล้ว ปากมดลูกบางและเปิดมากขึ้นทำให้เกิดแรงดันในโพรงมดลูกสูงขึ้น ดันให้ส่วนนำของเด็กเคลื่อนต่ำลงเรื่อย ๆ การตรวจหาระดับของส่วนนำนั้น ใช้ระดับของกระดูกก้น (Ischial spine) เป็นหลัก ถ้าศีรษะเด็กส่วนล่างสุดของส่วนยอดศีรษะ (Vertex) (ในราย Normal labour) อยู่ระดับกระดูกก้น (Ischial spine) เรียกว่าระดับของส่วนนำระดับ 0 (Station 0) ถ้าสูงกว่าระดับกระดูกก้น (Ischial spine) ขึ้นไป ระดับของส่วนนำจะมีค่าเป็นลบ ถ้าต่ำกว่าจะมีค่าเป็นบวก Cunningham *et al.* (1989) กล่าวว่า ถ้ากระดูกกะโหลกศีรษะเกยกัน (Molding) ไม่ดี หรือถ้าเกิดหนังศีรษะบวมขึ้น (Caput) หรือทั้งสองอย่าง จะทำให้ศีรษะไม่มีการเคลื่อนลงต่ำถึงแม้ว่าระดับของศีรษะจะอยู่ที่ระดับ 0 หรือต่ำกว่า

การคลำหน้าท้อง (Abdominal palpation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาขนาดของมดลูก ขนาดของทารกส่วนนำ และท่าของทารกในครรภ์

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ได้แก่ ปัสสาวะ ซึ่งจะทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของสารน้ำ (ความถ่วงจำเพาะ ซี จำนวน) ภาวะโภชนาการ (คีโตน) หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ เช่น ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจโลหิต เช่น ฮีมาโตคริต (Hematocrit) ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) การแตกของถุงน้ำสามารถเกิดได้ทุกเวลา พยาบาลต้องฟังเสียงหัวใจเด็กทันทีหลังถุงน้ำแตก และประเมินน้ำคร่ำในด้านสี ลักษณะ จำนวน

3.2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เมื่อจะวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลควรวิเคราะห์การค้นพบที่สำคัญจากการรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจมีดังนี้ (Mattson and Smith, 1993)

- รูปแบบการขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนไป เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของการคลอด
- วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด
- อ่อนเพลียจากการเจ็บครรภ์ยาวนาน
- มีความกลัวความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์
- มีความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูก
- มีภาวะเสี่ยงสูง จากการขาดสารน้ำเนื่องจากการได้รับสารน้ำลดลง
- มีภาวะเสี่ยงสูงจากการติดเชื้อ เนื่องจากการตรวจทางช่องคลอดหลังถุงน้ำแตก

3.2.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ควรตั้งวัตถุประสงค์โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด มารดาจะต้องมีความก้าวหน้าของการคลอดที่เป็นปกติ แสดงความพอใจในความช่วยเหลือของพยาบาล บอกถึงความต้องการในการเข้าร่วมการคลอด และเข้าร่วมตลอดระยะการคลอด มีความก้าวหน้าของการคลอดขณะที่ยังมีความเสี่ยงหัวใจเด็กปกติ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน (Distress) มารดาได้รับสารน้ำเหมาะสม ทั้งทางปากและทางเส้นโลหิต ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะปัสสาวะเต็ม มารดาบอกถึงความไม่สุขสบายและบ่งชี้วิธีที่จะช่วยลดความไม่สุขสบายและช่วยให้ผ่อนคลาย

3.2.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การแนะนำสถานที่ แนะนำเกี่ยวกับการคลอด

การพยาบาลด้านร่างกายต่างๆ ไป ความสะอาดของช่องคลอด ปาก ผม หน้า มือ อาหาร น้ำดื่ม ให้รับประทานได้ตามต้องการ ไม่จำกัดอาหารในรายปกติ แต่ในรายที่อยู่ในปลายของระยะที่ 1 ของการคลอด ที่คิดว่าจะคลอดภายใน 4-6 ชั่วโมง ควรงดอาหาร เพราะเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด การทำงานของลำไส้และกระเพาะอาหารจะช้าลง และเมื่อมดลูกหดตัวจะเป็นสาเหตุให้เกิดอาเจียนได้ หรือในรายที่ต้องทำการผ่าตัดจะได้ไม่เป็นปัญหาในการได้รับยาระงับความรู้สึก ควรกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง และให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ ทำนอนควรงอนตะแคงซ้าย แต่จากการศึกษาของ Andrews and Chrzanowski (1990)

พบว่า มารดาที่อยู่ในท่านอนหลังตั้งตรง (Upright) จะมีระยะเวลาเจ็บครรภ์สั้น มดลูกหดตัวดี และปากมดลูกเปิดขยายเร็วกว่าท่านอนอื่น ๆ

การพยาบาลในสภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนของทารก (Fetal distress) เสี่ยงหัวใจเด็กน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที เป็นเวลามากกว่า 2 นาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที เป็นเวลามากกว่า 2 นาที เสี่ยงไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้ยินเสียงหัวใจเด็ก ควรเปลี่ยนท่านอนมารดาให้นอนตะแคงซ้ายบ่อย ๆ ถ้าให้สารน้ำทางเส้นโลหิตควรเพิ่มอัตราเร็ว ให้ออกซิเจน ภาวะมดลูกหดตัวรุนแรง พบว่าระยะหดตัว (Duration) มากกว่า 90 วินาที ระยะพัก (Interval) น้อยกว่า 2 นาที ควรเพิ่มอัตราการให้สารน้ำทางเส้นโลหิต จัดท่านอนตะแคงซ้ายให้ออกซิเจน 10-12 ลิตรต่อนาที คลำหน้าท้องและประเมินการหดตัวของมดลูก ให้ยาตามแผนการรักษา กรณีที่มีเลือดออกจากช่องคลอดจำนวนมากร่วมกับเสียงหัวใจเด็กเปลี่ยนไป หรืออาจมีอาการเจ็บร่วมด้วย ควรรายงานแพทย์และอาจจะต้องเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นได้เมื่อพบน้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกายของมารดามากกว่า 38 องศาเซลเซียส ในขณะที่ได้รับสารน้ำเพียงพอ เสียงหัวใจเด็กเต้นมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที เป็นเวลามากกว่า 2 นาที ควรส่งปัสสาวะและน้ำคร่ำตรวจเพื่อเพาะเชื้อ สายสะดือย้อย (Prolapse of cord) พบถุงน้ำแตกก่อนกำหนด มีน้ำคร่ำมาก (Polyhydramnios) ส่วนน้ำยังลอยอยู่เหนือทางเข้าช่องเชิงกราน มีภาวะขาดออกซิเจนของทารก (Fetal distress) มีสายสะดือยื่นออกมาจากช่องคลอด ต้องให้การช่วยเหลือโดยด่วน รายงานแพทย์ทันที ให้มารดานอนหงายยกกันสูงหรือนอนคว่ำชันเข่าตั้ง ทำการตรวจทางช่องคลอดทันที ผลักดันส่วนน้ำไว้เพื่อไม่ให้กดบนสายสะดือ แล้วจึงค่อย ๆ ใช้นิ้วมือปาดสายสะดือให้ลอดผ่านส่วนน้ำขึ้นไป หรือดันส่วนน้ำไว้จนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อให้แพทย์ทำการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องต่อไป

การสนับสนุนมารดา พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนปลอบโยน อธิบายให้ทราบถึงธรรมชาติของการคลอดบุตร เพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีการเจ็บครรภ์ทรมานทรมาน จะต้องเพิ่มความเอาใจใส่และดูแลใกล้ชิดยิ่งขึ้นกว่าปกติ การช่วยให้กำลังใจจะทำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่น และให้ความร่วมมืออย่างดี Jimenez (1983) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่อยู่ในหน้าที่โดยตรงจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ พยาบาลควรให้การสนับสนุนมารดาโดยการให้ความสุขสบาย Weaver (1990) กล่าวว่า มารดาส่วนใหญ่ตอบสนองในทางบวกต่อการใช้พลังสัมผัสเพื่อการรักษา (Therapeutic touch) และการนวดหลัง นวดบริเวณก้นกบ โดยพยาบาลสอนบิดาให้ปฏิบัติกับมารดาในการให้ความสุขสบายโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา พยาบาลจะสอนเทคนิคต่าง ๆ ให้มารดา ได้แก่ เทคนิคการหายใจ เป็นต้น

การเตรียมการคลอด ระยะที่ 1 ของการคลอดจบลงด้วยปากมดลูกเปิดหมด มารดาครรภ์หลังมักจะคลอดภายในไม่กี่นาทีหลังจากนี้ มารดาครรภ์แรกจะใช้เวลาเบ่ง 1-2 ชั่วโมง ก่อนคลอด พยาบาลต้องเตรียมการคลอด เมื่อมารดาครรภ์หลังปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร

3.2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะสะท้อนให้เห็นผลดังนี้ คือ มารดามีความก้าวหน้าของการคลอดเป็นปกติ เสียงหัวใจเด็กปกติ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารก (Fetal distress) มารดาแสดงความพึงพอใจในการช่วยเหลือของพยาบาล บอกความต้องการในการเข้าร่วมในการพยาบาล และเข้าร่วมตลอดระยะการคลอด มีการได้รับสารน้ำที่เหมาะสม และกระเพาะปัสสาวะว่าง มารดาบอกพยาบาลถึงวิธีที่จะช่วยลดความไม่สุขสบายและช่วยให้มีการผ่อนคลาย

3.2.2 การดูแลมารดาในระยะคลอด ถือเป็น การดูแลมารดาในระยะที่ 2, 3 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดหมดจนถึงเด็กคลอดและรกคลอด กิจกรรมการดูแลจึงประกอบด้วย การดูแลมารดาในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ของการคลอด ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

#### 3.2.2.1 การดูแลมารดาในระยะที่ 2 ของการคลอด

3.2.2.1.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment) เมื่อการคลอดก้าวหน้าเข้าสู่ระยะที่ 2 จะรู้ได้โดยการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกและมีอาการอื่นที่เห็นได้ เช่น มีเหงื่อออกที่ริมฝีปากบน อาเจียน มูกปนโลหิตออกมากขึ้น มือไขว่คว้าหาที่ยึดจับ รู้สึกอยากเบ่ง หรือรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ (Myles, 1985 ; Scott *et al.*, 1990 cited in Bobak and Jansen, 1993) ตรวจการหดตัวของมดลูกเป็นระยะสม่ำเสมอ ประเมินกระเพาะปัสสาวะ เพราะถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการเคลื่อนตัวของศีรษะและมีผลต่อการหดตัวของมดลูก ตรวจชีพจรและความดันโลหิต ฟังเสียงหัวใจเด็ก Mahan and McKay (1984) กล่าวว่า อาจเกิดภาวะหัวใจเด็กเต้นช้าลงได้ถึง 90% ในระยะที่ 2 ของการคลอด Cunningham *et al.* (1989) กล่าวว่า ถ้าเสียงหัวใจเด็กเต้นช้าลงทันทีหลังจากการหดตัวของมดลูก และหลังจากหยุดเบ่งถือว่าปกติ พยาบาลต้องประเมินมูกปนโลหิตที่ออกมาว่ามากผิดปกติหรือไม่ น้ำคร่ำมีขี้เทา (Meconium) หรือไม่ กลิ่นและจำนวนที่ออกมา หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ช่วงระยะที่ 2 ของการคลอดถ้าเกิน 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 1 ชั่วโมงครึ่งในครรภ์หลังถือว่าผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์

3.2.2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) อาจวินิจฉัยได้ดังนี้ (Vogler, 1993 cited in Bobak and Jansen, 1993)

- มีความเจ็บปวดจากฝีเย็บโป่งตึง และการเบ่ง
- วิตกกังวลจากความไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระ เพราะแรงเบ่ง
- มารดามีภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากท่าทางในการคลอดไม่เหมาะสม
- มารดามีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการคลอดยาวนาน

3.2.2.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ในระยะนี้ควรวางแผนให้เสร็จด้วยความรวดเร็วและแม่นยำ วัตถุประสงค์อาจมีดังนี้ คือ มารดาเข้าร่วมในกระบวนการคลอด มารดาไม่มีการบาดเจ็บระหว่างกระบวนการคลอดรวมทั้งทารกด้วย มารดาได้รับความสบายและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

#### 3.2.2.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

ท่าของมารดา มารดาอาจต้องการท่าคลอดที่หลากหลาย ท่าคลอดมีหลายท่า เช่น ท่านอนเอน (Semi-reclining) เป็นท่าที่ใช้ปฏิบัติกันมากที่สุดในต่างประเทศ ท่านี้นี้เป็น ท่านอนเอนบนเตียงคลอดพิเศษ ทำมุม 35-45 องศา ถ่างขาออกทั้งสองข้างแล้วเอาเท้าวางบนที่ปักเท้า เมื่อมีความรู้สึกว่ากล้ามเนื้อมดลูกหดตัวให้ก้มตัวในท่าตัวอักษร C แล้วให้พยาบาลช่วยดันหลังด้วยมือ หรือใช้หมอนรองด้วย และมารดาใช้มือยึดเตียงคลอด หรือใช้แขนยึดได้เข้า หรือ ขาไว้ ขึ้นอยู่กับความสบาย ท่านี้นี้จะช่วยให้มารดาหายใจสะดวก มีแรงเบ่งคลอดมากขึ้น เพราะการเอนตัวทำให้ทารกอยู่ในท่านอนลงไปด้วย จึงทำให้คลอดบุตรได้ง่ายขึ้น ท่านอนตะแคงข้าง (Side-lying) ท่านี้นี้เหมาะในกรณีที่ทารกหันหน้าไปทางเดียวกับมารดา (Posterior position) ท่าหมอบหรือคุกเข่าลง (Squatting or Kneeling position) ท่านี้นี้เหมาะในกรณีที่ทารกเคลื่อนลงมาอย่างช้ามาก มารดาอาจนั่งยอง ๆ มีผู้ช่วยดันหลังให้ (มณีรัตน์ สุโขศิริรัตน์, 2534) ในประเทศไทยนิยมท่านอนหงายชันเข่า (Dorsal position) และท่าชันขาหยั่ง (Lithotomy position)

การเบ่งคลอด ถ้าเบ่งอย่างถูกวิธีในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้กระบวนการคลอดพัฒนาไปอย่างรวดเร็วขึ้น พยาบาลต้องช่วยเชียร์เบ่ง Janke (1992) กล่าวว่า การเบ่งที่ได้ผลดีที่สุดในช่วงระยะ ที่ 2 ของการคลอด มารดาต้องเบ่งขณะที่มดลูกหดตัวและพักในช่วงมดลูกคลายตัว วิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยมารดา คือ ให้เบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง และจัดทำที่ดีที่สุดสำหรับทารก Mayberry (1994) ศึกษาพบว่า การให้มารดานอนท่าเอน (Semi-reclining) ท่าหมอบหรือคุกเข่าลง (Squatting or Kneeling position) มารดาจะเบ่งได้ดีกว่า เพราะมีแรงโน้มถ่วงช่วยในการเบ่งด้วย

ฟังเสียงหัวใจทารก ถ้าอัตราการเต้นต่ำลงควรให้มารดานอนตะแคงซ้ายเพื่อลดแรงดันของมดลูกที่กดลงบนเส้นโลหิตเวนา คาวา (Vena cava) และเออร์ตา (Aorta) ให้ออกซิเจน 10-12 ลิตรต่อนาที

ให้การสนับสนุนบิดาหรือผู้เฝ้าคลอด ช่วงระยะที่ 2 ของการคลอด มารดาต้องการการสนับสนุนและการเฝ้าคลอดอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเฝ้าคลอดจะส่งผลให้บิดาหรือผู้เฝ้าคลอดเหนื่อยทั้งร่างกายและจิตใจ (Jordan, 1990 ; Malestic, 1990 ; Queenan 1990 ; cited in Bobak and Jansen, 1993) พยาบาลต้องให้คำแนะนำช่วยเหลือสนับสนุน

การเตรียมการคลอดในห้องคลอด การทำคลอด หลังจากทารกคลอดพยาบาล ต้องช่วยให้ทารกหายใจได้สะดวกรับออกซิเจนเพียงพอ โดยดูดมูก เมื่ออก หรือโลหิตที่อุดตันอยู่ในปาก คอ จมูกของทารกออกให้หมดโดยใช้ลูกสูบยาง จับให้ศีรษะทารกห้อยต่ำลง กระตุ้นให้ร้องเพื่อช่วยให้ถุงลมของปอดขยายตัวทำให้ทารกหายใจ ประเมินสภาพทารก ใช้หลักของ แอปการ์ สกอร์ (Apgar score) อาการสำคัญแห่งชีวิต ประเมินลักษณะของทารก ตรวจสอบลักษณะและความผิดปกติของร่างกาย ให้ความอบอุ่นแก่ทารก ป้องกันการติดเชื้อ ทารกอาจติดเชื้อได้ ดังนั้นในขณะที่ทำคลอดควรคำนึงถึงหลักปราศจากเชื้อ การติดเชื้อที่พบได้บ่อยคือ ที่ตาและสะดือ ทันทีกี่ศีรษะของทารกคลอดผ่านฝีเย็บออกมาต้องเช็ดตาด้วย 1% กรดบอริก (Boric acid 1%) และภายหลังคลอดต้องหยอดตาทารกด้วย 1% ซิลเวอร์ไนเตรด (1% AgNO<sub>3</sub>) ส่วนสายสะดือต้องผูกให้แน่น ตัด และทาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ดูป้ายชื่อทารก

3.2.2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) พยาบาลจะประเมินในแต่ละวัตถุประสงค์ที่วางแผนไว้ว่าบรรลุหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์ต้องเริ่มรวบรวมข้อมูลวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลใหม่

### 3.2.2.2 การดูแลมารดาในระยะที่ 3 ของการคลอด

#### 3.2.2.2.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

ประเมินการลอกตัวของรก คือ มีโลหิตออกทางช่องคลอด แสดงว่ารกรกกำลังมีการลอกตัวเกิดขึ้น มีการเคลื่อนตัวของสายสะดือ แสดงว่ารกรกตัวโดยสมบูรณ์แล้ว มดลูกมีการหดตัว ยอดมดลูกกลมแข็ง เอียงไปข้างขวา

สภาวะทางร่างกายของมารดา ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ ในระหว่างนี้พยาบาลควรสังเกตระดับความรู้สึกตัวของมารดาหรือการเปลี่ยนแปลงทางการหายใจ เพราะจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การเพิ่มความดันในสมองระหว่างการเบ่งและการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อเส้นโลหิตในสมองแตกและเกิด พัลโมนารี เอ็มโบไล (Pulmonary emboli) เสี่ยงต่อแอมนิโอติก ฟลูอิด เอ็มโบไล (Amniotic fluid emboli) เพราะขณะที่รกรกตัว มีความเป็นไปได้ที่จะมีน้ำคร่ำเข้าสู่การไหลเวียนโลหิตถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี เหตุการณ์เช่นนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยแต่พยาบาลก็ต้องเตรียมพร้อมไว้

#### 3.2.2.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ก่อนที่จะให้การวินิจฉัย พยาบาลต้องนำเหตุการณ์ในระยะนี้มาเทียบเคียงกับสภาพร่างกายและจิตใจของมารดา ตัวอย่างของการวินิจฉัยการพยาบาล เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับทารก มีภาวะเสี่ยงต่อการตกโลหิตเนื่องจากรกยังไม่คลอดภายหลังทารกคลอดแล้ว 30 นาที ในครั้งแรก, มี

ปริมาณเลือดออกมากกว่า 500 ซีซี มดลูกหดตัวไม่ดี เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เป็นต้น

#### 3.2.2.2.3 การวางแผนการพยาบาล(Planning)

เน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านจิตใจของมารดา เป้าหมายอาจมี ดังนี้ มารดาเสียโลหิตน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร มดลูกมีการหดตัวดี สนับสนุนปฏิสัมพันธ์ระหว่าง มารดาทารก ส่งเสริมความปลอดภัยแก่มารดาและทารก

#### 3.2.2.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การทำคลอดรก และหลังจากรกคลอด แพทย์จะให้ออกซิโตซิน (Oxytocin) ในสารน้ำทางเส้นโลหิตเพื่อทำให้มดลูกหดตัวทำให้โลหิตออกจากมดลูกน้อยลงร่วมกับเมเทอร์จิน (Methergin) ทำให้มดลูกหดตัวดี ออกซิโตซิน (Oxytocin) ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงจาก เส้นโลหิตหดตัว ก่อนให้ควรวัดความดันโลหิตเป็นพื้นฐาน (Baseline) ก่อน ไม่ควรให้กับมารดาที่มีความดันโลหิตสูง

ถ้ารกไม่คลอดภายใน 30 นาที รายงานให้แพทย์ทราบ หลังจากคลอดต้อง ตรวจรูกว่าครบหรือไม่ ตรวจดูลักษณะของรก

การช่อมแซมฝีเย็บ ตรวจรอยฉีกขาดของฝีเย็บ ตรวจและประเมินจำนวน โลหิตที่ออกมา

ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์มารดาทารก ให้มีการสัมผัสกันระหว่างมารดาและทารก พยาบาลต้องแน่ใจว่าทารกมีความอบอุ่นและไม่มีอันตรายจากการพลิกหล่น อาจวางทารกบน หน้าท้องมารดาขณะช่อมแซมฝีเย็บ

ตรวจสัญญาณชีพหลังช่อมแซมฝีเย็บเสร็จและคลำยอดมดลูกหาขนาด ความ แข็งตัว และตำแหน่งของมดลูก ชีพจร และการหายใจของมารดา (ปกติ 80-90 ครั้ง/นาที และ 20-24 ครั้ง/นาทีตามลำดับ) ความดันโลหิตอาจจะสูงขึ้นเล็กน้อยจากความตื่นเต้นในเหตุการณ์ที่ผ่านมาหรือ การได้รับออกซิโตซิน (Oxytocin) สัญญาณชีพควรตรวจทุก ๆ 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก มารดา อาจมีอาการสั่นซึ่งเป็นสิ่งปกติ แต่อาจทำให้มารดาตกใจได้ ควรให้ความมั่นใจแก่มารดาว่าเป็น เหตุการณ์ปกติ

#### 3.2.2.2.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

พยาบาลประเมินผลในแต่ละวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุหรือไม่ เช่น รก คลอดและเสียโลหิตน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร มารดาไม่มีความวิตกกังวล และเข้ากระบวนการผูกพัน และสัมพันธ์ภาพ (Bonding and attachment) ถ้ายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ต้องรวบรวมข้อมูล วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลใหม่

3.2.3 การดูแลมารดาในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ถือเป็น การดูแลมารดาในระยะที่ 4 ของการคลอด คือ ภายหลังรกคลอดจนครบ 2 ชั่วโมง มีรายละเอียดการดูแล ดังต่อไปนี้

#### 3.2.3.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

ระบบทั่วไป ได้แก่ สัญญาณชีพ อุณหภูมิจะคงที่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าอุณหภูมิสูงขึ้นในช่วงนี้อาจเกิดจากการขาดน้ำหรืออ่อนเพลีย ความดันโลหิต ซิฟงร ควรจะคงที่เท่ากับก่อนคลอดภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ซิฟงรอาจเดินช้าลงได้จากผลของการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิตที่เกิดขึ้นทันทีหลังคลอด แรงดันในช่องท้องลดลงอย่างรวดเร็ว ไม่มีแรงดันต่อเส้นโลหิตดำ เส้นโลหิตดำของอวัยวะภายในช่องท้องมีโลหิตคั่ง (Splanchnic engorgement) และโลหิตไปสู่หัวใจลดลง เมื่อโลหิตไปสู่หัวใจเพิ่มขึ้นจึงเกิดซิฟงรเดินช้าลง (Guyton, 1987) มดลูก ควรจะประเมินความแข็งตัว ตำแหน่งของยอดมดลูก และความสูง การประเมินจะง่ายและแม่นยำเมื่อกระเพาะปัสสาวะว่าง Vamey (1991) กล่าวว่ายอดมดลูกจะอยู่ระหว่างกระดูกหัวเหน่า (Symphysis pubis) กับสะดือ ประมาณ 2/3 ถึง 3/4 และจะอยู่ที่ระดับสะดือภายใน 1 ชั่วโมง และจะอยู่คงที่ระดับนี้เป็นเวลา 1-2 วัน ก่อนจะลดลง ถ้ามดลูกไม่แข็งตัวพยาบาลจะต้องคลึงและไล่อ่อนเลือด (Blood clot) ออกก่อน กระเพาะปัสสาวะถ้าเต็มจะทำให้มดลูกนุ่ม อยู่เหนือสะดือ และเอียงไปทางด้านขวา พยาบาลควรกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ อาจจำเป็นต้องสวนปัสสาวะให้ การปล่อยให้กระเพาะปัสสาวะเต็มทำให้มารดาไม่สุขสบาย มดลูกหดตัวไม่ดี ตกโลหิตได้ น้ำขาวปนลา ต้องประเมินจำนวนและลักษณะที่ออกมาโดยสังเกตที่ผ้าอนามัย ที่ใส่เย็บ ช่วงนี้เรียกว่าโลหิต รุบรา (Lochia rubra) จะมีจำนวนปานกลาง และอาจมีโลหิตแข็งตัวขนาดเล็กๆ ไม่มีกลิ่นเหม็น ที่ใส่เย็บต้องดูว่ามีโลหิตออกหรือไม่ ซึ่งอาจมีได้จากการฉีกขาดของฝีเย็บ หลังคลอดฝีเย็บอาจบวมได้ พยาบาลต้องประเมินความเจ็บปวดที่ฝีเย็บและอาการบวม เพราะอาจเป็นสาเหตุของโลหิตคั่ง (Hematoma) ได้ มารดาอาจมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับทารก ซึ่งพยาบาลอาจพบพฤติกรรมดังนี้ (Gray, 1979)

- ปฏิกริยาในทางลบ ทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา เช่น ไม่สัมผัส ไม่อุ้มหรือพูดด้วยความชื่นชมกับทารก

- ผิดหวังในเพศของทารก
- ไม่ประสานสายตากับทารก

#### 3.2.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

การวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อีกมา ตัวอย่างของการวินิจฉัยการพยาบาล คือ

- เสี่ยงต่อการตกโลหิตจากมดลูกหดตัวไม่ดี หลังจากคลอด
- กระเพาะปัสสาวะเต็ม จากผลกระทบของการคลอดต่อความรู้สึกบนทางเดิน

ปัสสาวะ



### 3.2.3.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

วัตถุประสงค์ในระบะนี้อาจมีดังนี้

- ผ่าอนามัยชุ่มโลหิตไม่มากกว่า 1 แผ่นต่อชั่วโมง
- ปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังคลอด
- เริ่มกระบวนการผูกพันและสัมพันธภาพ (Bonding/Attachment) ระหว่างทารก

และครอบครัว

- มีความสุขสบายเพิ่มขึ้นหลังจากให้ความช่วยเหลือ

### 3.2.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

ระหว่างช่วงที่ 4 ของการคลอด พยาบาลต้องสอนมารดา การสอนต้องสัมพันธ์กับ วัตถุประสงค์ ข้อค้นพบจากการรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

การป้องกันการตกโลหิต พยาบาลวัดอุณหภูมิ ชีพจร และความดันโลหิต ชีพจรปกติอยู่ระหว่าง 60-70 ครั้ง/นาที ถ้ามากกว่า 90 ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด อุณหภูมิอาจจะอยู่ต่ำกว่าระดับปกติเพราะมีการสูญเสียความร้อน หรือสูงกว่า 37.2 องศาเซลเซียส เพราะมีการขาดน้ำหรือการคลอดยาวนาน โดยปกติแล้ว ค่าของแรงดันโลหิตในระยะที่หัวใจบีบตัว (Systolic pressure) ไม่ควรต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ถ้าต่ำกว่าร่วมกับชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที มักจะเป็นอาการแสดงของภาวะช็อก (Shock) พยาบาลต้องคลั่งมดลูกบ่อย ๆ ตรวจสอบผ่านามัยว่ามีโลหิตออกมากหรือไม่ การตกโลหิตอาจเกิดจากโลหิตคั่งที่ฝีเย็บ (Hematoma) ซึ่งมารดาจะปวดมากที่ฝีเย็บหรือทวารหนัก พยาบาลควรจะตรวจฝีเย็บอย่างละเอียด

การป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็ม กระเพาะปัสสาวะเต็มจะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี เกิดการตกโลหิตได้ พยาบาลกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะโดยการนำหมอนอนมาให้ ให้ค้ำน้ำ ถ้ามารดาค้ำได้ หรือหน้าอุ้งที่ฝีเย็บ หรือช่วยพาเดินไปห้องน้ำ ถ้าวิธีเหล่านี้ไม่ได้ผลต้องทำการสวนปัสสาวะให้

ให้มารดามีความปลอดภัย ระวังตกเตียง พิจารณาว่าจะให้มารดาลุกขึ้นได้เมื่อใด โดยดูจากความดันโลหิต จำนวนโลหิตที่เสียไป ชนิดของยาระงับปวด หรือยาระงับความรู้สึกที่ได้รับระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด ความเจ็บปวดของมารดาที่หลงเหลืออยู่ และความต้องการของมารดา

ให้มารดามีความสุขสบาย มารดาบางคนมีอาการสั่น พยาบาลหาผ้าห่มให้ อธิบายว่าเป็นอาการปกติ การหดตัวของมดลูกอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบาย มีความเจ็บปวด พยาบาลต้องอธิบายให้มารดาเห็นว่า เป็นเรื่องปกติ ช่วยให้มีกระเพาะปัสสาวะว่าง ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา มารดาจะมีอาการปวดแผลฝีเย็บด้วย ลักษณะ อัมสนุนย์ และคณะ (2538) ศึกษาผลการลดความ

เจ็บปวดฝีเย็บในมารดาหลังคลอดและความพึงพอใจระหว่างวิธีแช่แผลฝีเย็บด้วยน้ำอุ่นและน้ำเย็น พบว่า คะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังแช่แผลด้วยน้ำอุ่นและน้ำเย็นไม่แตกต่างกัน แต่มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจต่อการแช่ด้วยน้ำอุ่นมากกว่าน้ำเย็น

รักษาความสะอาดโดยเปลี่ยนผ้าอนามัยให้เมื่อเปียกชุ่ม ทำความสะอาดฝีเย็บ ตอนมารดาในการทำมาความสะอาด การเปลี่ยนผ้าอนามัยที่ถูกต้อง เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปียกและเปราะเปื้อนออก ให้ออนบนเตียงที่สะอาด

อาหารและน้ำดื่ม ช่วงนี้มารดาจะหิว พยายามควรแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ๆ หรือเครื่องดื่ม มารดาบางคนอาจจะไม่ได้รับประทานอาหารเลขระหว่างปลายระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดทำให้เหนื่อยและอ่อนเพลียมากหลังคลอด ดังนั้นจึงควรให้อาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดื่มจะช่วยให้รู้สึกสดชื่นขึ้น เพราะส่วนมากระยะนี้มารดารู้สึกกระหายน้ำเนื่องจากเสียโลหิตและเหงื่อในระหว่างการคลอด แต่ถ้ามารดาที่ได้รับการดมยาจะต้องงดอาหารไว้ก่อนเพราะอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาการคลื่นไส้อาเจียนทุเลาลงแล้วจึงจะเริ่มให้เครื่องดื่มหลังอาหาร แต่รายที่ต้องดมยาสลบนี้มักจะได้น้ำทางเส้นโลหิต ดังนั้นจึงต้องดูแลให้มารดาได้รับตามจำนวนด้วย

ย้ายมารดาไปหน่วยหลังคลอด เมื่อมารดามีสภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้นและปลอดภัยจากอันตรายแล้วจะย้ายมารดาไปหน่วยพักหลังคลอด ก่อนย้ายต้องตรวจสอบว่ามารดาอยู่ในสภาพปกติ ชีพจร หายใจ อุณหภูมิ และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ มดลูกหดรัดแข็งตัวดี ยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ไม่มีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะ น้ำคาวปลาหรือโลหิตออกไม่มากกว่าปกติ และเมื่อคลึงและไล่ก้อนโลหิตออกไม่พบว่ามีก้อนโลหิตค้างอยู่ในโพรงมดลูก แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่ปวด ไม่มีอาการปวดถ่วงที่แผล ทวารหนัก ซึ่งเป็นอาการของ Hematoma ไม่มีอาการปวดท้อง กดหน้าท้องไม่เจ็บปวด

### 3.2.3.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ประเมินตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ข้างต้นนี้

- ผ้าอนามัยชุ่มโลหิตไม่มากกว่า 1 แผ่นต่อชั่วโมง
- มารดาปัสสาวะออก เมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม
- มารดาและครอบครัวเริ่มกระบวนการผูกพันและสัมพันธ์ภาพ
- มารดามีความสุขสบายเพิ่มขึ้น หลังจากได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดในการดูแลมารดา ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นทางด้านการศึกษา ส่วนทางด้านปฏิบัติจะเน้นเกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากลักษณะงานในห้องคลอด พยาบาลมีโอกาสจะสัมผัส

เลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ จากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การใช้ใบมีดโกนทำความสะอาด บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ในระยะรับใหม่ การทำความสะอาดช่องคลอด การตรวจภายใน การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotic sac) การทำคลอด ตลอดจนการทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้พยาบาลมักรับรู้เสมอว่าเป็นกิจกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ถ้าไม่ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ จึงเกิดความรู้ที่สับสนและวิตกกังวลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จนทำให้ขาดความเต็มใจที่จะดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ Polgar (1996) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเต็มใจที่จะให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยเอชไอวี และจากการศึกษาในประเทศไทยก็พบว่า พยาบาลไม่พร้อมที่จะทำคลอดมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (พรทิพย์ ชนะภย์, 2536) เช่นเดียวกัน แต่จากการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่สามารถยืนยันได้ว่า ถ้าพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดรับรู้ว่าจะงานที่ปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง จะทำให้ความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีลดลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเต็มใจอีกก็ได้ ซึ่งจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนปัจจัยด้านความเชื่อมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

#### 4. ความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 4.1 แนวคิดของความเต็มใจ

ความเต็มใจ (Willingness) เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์หรือความรู้สึก ทางการศึกษาเรียกว่า “พฤติกรรมด้านจิตพิสัย” (Affective domain) ลักษณะสำคัญของพฤติกรรมด้านจิตพิสัย (วัลลภ กันหารักษ์, 2528 อ้างใน สมศรี เจิงไพจิตร, 2532: 6-7) มีดังนี้

1. เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์หรือความรู้สึก การแสดงออกให้ปรากฏหรือสังเกตได้ของพฤติกรรมนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วตามเงื่อนไขหรือสถานการณ์แวดล้อม และถ้าผู้แสดงพฤติกรรมรู้ตัวว่าถูกสังเกตหรือมีเจตนาในการแสดงออกแย่งอยู่ พฤติกรรมที่แสดงออกอาจอยู่ในรูปของการเสแสร้ง ทำให้การสังเกตผิดพลาดได้ง่ายที่สุด ดังนั้น ผู้ประเมินหรือผู้สังเกตจะต้องสามารถจำแนกพฤติกรรมตามธรรมชาติกับพฤติกรรมเสแสร้งออกจากกันให้ได้ และจะต้องพยายามวัดให้ได้แต่พฤติกรรมตามธรรมชาติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกจริงๆ เท่านั้น

2. เป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ไม่อาจลอกเลียนหรือถ่ายทอดสู่กันได้ง่ายๆ เมื่อบุคคลพัฒนาไปตามรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจนถึงขั้นสูงสุดของการพัฒนาแล้วจะ

เปลี่ยนแปลงรูปแบบยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงในเวลาสั้นๆ เพราะได้กลายเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลนั้นไปแล้ว ในขณะที่เกี่ยวกับการจะตัดสินใจว่าพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งว่าถูกหรือผิด แบบเดียวกับการตัดสินใจว่า  $2 + 3 = 5$  ถูกหรือผิด ในพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด นั้นจะทำได้ นอกจากจะตัดสินใจโดยใช้เกณฑ์ปกติหรือมาตรฐานของกลุ่มสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ เพื่อหาข้อสรุปออกมาว่าพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกในสถานการณ์นั้นๆ เป็นที่พึงปรารถนาในสังคมนั้นๆ หรือไม่เท่านั้น และเมื่อสังคมเปลี่ยนไป หรือต่างสังคมกัน เกณฑ์ปกติหรือมาตรฐานย่อมเปลี่ยนไป ผลการตัดสินใจว่าเป็นที่พึงปรารถนาหรือไม่ หรือควรหรือไม่ ก็อาจเปลี่ยนไปได้เช่นกัน

3. เป็นพฤติกรรมที่มีทิศทางทางแสดงออกได้สองทางตรงกันข้ามและคู่กันเสมอ เช่น “รัก” คู่และตรงกันข้ามกับ “เกลียด” เป็นต้น โดยปกติอาจเรียกกันง่ายๆ ว่าทิศทางบวกหรือลบ โดยทั่วไปทิศทางบวกจะเป็นที่พึงปรารถนาบ่อยครั้งกว่าทิศทางลบ แต่ในบางครั้งสังคมก็ต้องการทิศทางลบเหมือนกัน เช่น เกลียดความไม่เป็นระเบียบ เป็นต้น

4. เป็นพฤติกรรมที่อาจแตกต่างกันได้ในความเข้ม เช่น รัก ก็จะมีรักมาก รักน้อย ต่างกัน แม้ว่าบุคคล 2 คน จะมีความรู้สึกหรืออารมณ์ในขณะใดขณะหนึ่ง หรือลักษณะประจำตัวเช่นเดียวกัน ก็อาจแตกต่างกันได้ในด้านความเข้มนี้

5. เป็นพฤติกรรมที่บุคคลใดจะเกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ขึ้นมาโดยที่มีเป้า (Target) เสมอ จะเกิดขึ้นมาเรื่อยๆ ไม่ได้ เช่น บุคคลจะเกิดอารมณ์จะเกิดอารมณ์รักขึ้นมาเรื่อยๆ ไม่ได้ จะต้องมียุทธศาสตร์ เช่น รักเพื่อน ความรู้สึกหรืออารมณ์นั้นอาจจะเปลี่ยนได้ทั้งทิศทางหรือความเข้มถ้าเปลี่ยนจากเพื่อนคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่ง อาจเปลี่ยนจากรักมากเป็นรักน้อยก็ได้

สำหรับการประเมินพฤติกรรมด้านจิตพิสัยนั้น สามารถประเมินได้จากความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออก (สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ, 2530: 9-10 อ้างใน สมศรี เจิ้งไพจิตร, 2532: 18) โดยความรู้สึก ความคิด จะประเมินในรูปแบบวัดมาตราประเมินค่า เช่น มาตราแบบลิเคิต (Likert scale), มาตราการจัดอันดับ (Rating scale) เป็นต้น

#### ขั้นตอนการพัฒนาพฤติกรรมด้านจิตพิสัย

Bloom, Krathwohl และ Masia (1973) ได้แบ่งขั้นตอนการพัฒนาพฤติกรรมด้านจิตพิสัยไว้ 5 ขั้น ดังนี้

##### 1. ขั้นการรับรู้หรือให้ความสนใจ (Receiving or attending)

เป็นขั้นตอนที่บุคคลถูกกระตุ้นให้รับทราบว่า มีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ บุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้า หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า ขั้นตอนนี้มีส่วนประกอบย่อยๆ ที่เกิดต่อเนื่องกัน 3 ส่วน ได้แก่

### 1.1 ความตระหนัก (Awareness)

เป็นขั้นตอนที่บุคคลได้ถูกคิด หรือเกิดความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง เหตุการณ์หนึ่ง หรือ สถานการณ์หนึ่ง

### 1.2 ความยินดีหรือเต็มใจที่จะรับ (Willingness to receive)

เป็นขั้นตอนที่บุคคลเกิดความพึงพอใจที่จะรับสิ่งที่มากระตุ้นความรู้สึกเอาไว้ เช่น การสะสมความรู้หรือประสบการณ์ในสิ่งเร้า การยอมรับเพื่อนำไปปฏิบัติ

### 1.3 การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ (Controlled or selected attention)

เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะเลือกรับ หรือเลือกให้ความสนใจเฉพาะสิ่งที่เขาชอบ หรือนำความพอใจมาให้

## 2. ขั้นการตอบสนอง (Responding)

เป็นขั้นตอนที่บุคคลเกิดความสนใจอย่างแท้จริง คือ มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีความรู้สึกผูกมัดกับวัตถุ สิ่งของ สถานการณ์ หรือปรากฏการณ์ใด ปรากฏการณ์หนึ่ง ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนองบางอย่าง หรือได้รับความพึงพอใจจากการมีส่วนร่วมหรือจากการทำกิจกรรมนั้น พฤติกรรมขั้นนี้มีส่วนประกอบย่อย 3 ส่วน ได้แก่

### 2.1 การยินยอมในการตอบสนอง (Acquiescence in responding)

เป็นขั้นตอนที่อาจจะใช้คำว่า “เชื่อฟัง” แทนพฤติกรรมที่แสดงว่ามีการยินยอมในการตอบสนอง ซึ่งอาจจะมีลักษณะที่ไม่เต็มใจแต่ยอมตามที่ขอตอบสนอง โดยที่การกระทำของพฤติกรรมตอบสนองนั้นไม่ได้ยอมรับอย่างเต็มที่ เช่น การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การเชื่อฟังกฎเกณฑ์ การเล่นเกมต่างๆ เป็นต้น

### 2.2 ความเต็มใจที่จะตอบสนอง (Willingness to respond)

เป็นขั้นตอนที่บุคคลเกิดความรู้สึกผูกมัดที่จะทำปฏิกิริยาบางอย่าง ซึ่งไม่ใช่เพียงเพื่อจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งไม่พึงพอใจหรือหลีกเลี่ยงการลงโทษ แต่จะเนื่องมาจากความเต็มใจของบุคคลนั้นจริงๆ เป็นความสมัครใจที่จะกระทำ ซึ่งเป็นผลจากการเลือกของบุคคลนั่นเอง เช่น การรับผิดชอบที่จะปรับปรุงสุขภาพของตนเอง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลอื่น

### 2.3 ความพอใจในการตอบสนอง (Satisfaction in response)

เป็นขั้นตอนที่สืบเนื่องมาจากการเต็มใจที่จะตอบสนอง หลังจากทำปฏิกิริยาบางอย่างไปแล้วเกิดความรู้สึกพอใจ ซึ่งเป็นสภาวะทางด้านอารมณ์ของบุคคล อาจจะออกมาในรูปความพอใจ ความสนุกสนาน เช่น การเกิดรู้สึกยินดีในการอ่านหนังสือ เกิดความพอใจในการได้สนทนากับบุคคลอื่น เป็นต้น

## 3. ขั้นการเกิดค่านิยมหรือการสร้างคุณค่า (Valuing)

เป็นขั้นตอนที่บุคคลเริ่มยอมรับว่าสิ่งที่เขาได้รับมาสิ่งใดมีค่า มีความหมายต่อเขา การ

ให้ค่านิยมนี้เกิดจากประสบการณ์และการประเมินค่าของบุคคล ขณะเดียวกันก็เป็นผลจากสังคมส่วนหนึ่ง มีพฤติกรรมย่อย 3 ส่วน ดังนี้

- 3.1 การยอมรับค่านิยม (Acceptance of a value)
- 3.2 ความนิยมชมชอบในค่านิยม (Preference for a value)
- 3.3 การยึดมั่นในค่านิยม (Commitment)
4. การจัดระบบคุณค่า (Organization)

เป็นการจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

- 4.1 การสร้างแนวความคิดของค่านิยม (Conceptualization of a value)
- 4.2 การจัดระบบของค่านิยม (Organization of a value system)
5. การสร้างลักษณะนิสัย (Characterization)

เป็นการยึดถือระบบที่จัดเป็นของตนเอง แล้วยึดถือต่อไปจนเกิดเป็นการแสดงออกโดยอัตโนมัติ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- 5.1 การวางหลักทั่วไป (Generalized set)
- 5.2 การแสดงลักษณะนิสัย (Characterization)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเต็มใจ (Willingness) กับเจตคติ (Attitude)

เจตคติ (Attitude) หมายถึง สภาวะความพร้อมของจิตและประสาทอันเกิดจากประสบการณ์ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดทิศทางการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อวัตถุหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Allport, 1935: 810 อ้างใน บุญงา วัฒนะ, 2533: 53)

เจตคติ (Attitude) หมายถึง ผลรวมของการประเมินความเชื่อที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้น (Fishbein and Aizen, 1975 อ้างใน บุญงา วัฒนะ, 2533: 53)

องค์ประกอบที่สำคัญของเจตคติ มี 3 ประการ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2531: 66-67 อ้างใน บุญงา วัฒนะ, 2533: 55) ได้แก่

- 1) องค์ประกอบทางความรู้เชิงประเมินค่า (Cognition)

องค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การคิด ความเชื่อเชิงประเมินค่าว่าสิ่งนั้นดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษอย่างไร

- 2) องค์ประกอบทางความรู้สึกรู้สึก (Affection)

องค์ประกอบนี้จะต้องสอดคล้องกับองค์ประกอบแรก กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งใดมีประโยชน์ บุคคลก็จะชอบและพอใจสิ่งนั้น

- 3) องค์ประกอบทางการมุ่งกระทำ (Behavior)

องค์ประกอบนี้ จะเป็นรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือเป็นการวัดปริมาณของพฤติ-

กรรมโดยตรงไม่ได้ แต่จะต้องเป็นลักษณะทางจิตใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ลักษณะทางจิตใจนี้เดิมคือ ความโน้มเอียงที่จะกระทำ (Action tendency) ต่อมาผู้ใช้คำว่า เจตนาที่จะกระทำ (Behavioral intention) หรือการมุ่งกระทำ

องค์ประกอบของเจตคติทั้ง 3 นี้ ต่างมีผลซึ่งกันและกัน และในสภาพการณ์ต่างๆ ไป องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีความสัมพันธ์กันมาก จนบางครั้งแยกออกจากกันอย่างเด็ดขาดไม่ได้ (Triandis, 1972: 3 อ้างใน บุษงา วัฒนะ, 2533: 56)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า เจตคติ (Attitude) กับความเต็มใจ (Willingness) มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความเต็มใจ (Willingness) เป็นขั้นหนึ่งของการพัฒนาพฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain) ซึ่งพฤติกรรมด้านจิตพิสัยนี้จะอยู่ในองค์ประกอบหนึ่งของเจตคติ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความเต็มใจดังกล่าว ได้มีผู้นำมาใช้ในการศึกษาความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแต่ละงานวิจัยได้กำหนดแนวคิดและความหมายของความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันออกไป

#### 4.2 ความหมายของความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษางานวิจัยของต่างประเทศ พบว่า มีผู้ให้คำนิยามและแนวคิดของความเต็มใจไว้ดังนี้

Assagioli (1973) กล่าวถึงความเต็มใจ (Willing) ว่า เกิดจากพลังขับเคลื่อนภายในที่ทำให้คนเราเกิดความต้องการ และโดยการตระหนักถึงตนเองและโลก บุคคลจึงเข้าใจถึงพลังที่จะเลือกเกี่ยวข้องกับและนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากความต้องการนั้นถูกชี้นำโดยคุณค่าทางจิตใจ การแสดงออกของความต้องการ จึงสอดคล้องกับความผาสุก (Welfare) ของผู้อื่นและความดีงามของมนุษยชาติ (The good of humanity)

Barrick (1986) ให้คำนิยามของความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ว่าเป็นความพร้อม และปราศจากความลังเลใจ ที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์

Loewy (1988) กล่าวว่า ความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวข้องกับคุณธรรมของพยาบาล พยาบาลอาจประสบกับความรู้สึกกลัวตาย หรือกังวลเรื่องความตาย เพราะต้องเผชิญกับโอกาสที่จะติดเชื้อและความตายจากการติดเชื้อเอดส์

Bredfeldt *et al.* (1991) และ Faltemeyer (1990) กล่าวถึง ความเต็มใจในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นการเตรียมพร้อมที่จะทำงานกับผู้ป่วยเหล่านี้ โดยมีความเชื่อว่าวิชาชีพของแพทย์และพยาบาล มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล (Duty of care) ซึ่งถือว่า ผลตอบแทนจากการให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง

Sherman (1994) กล่าวถึงแนวคิดของความเต็มใจว่า เป็นแนวคิดที่เหมาะสมอย่างมากกับ ทฤษฎีของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาล เนื่องจากแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility), การปฏิบัติต่อมนุษย์ด้วยความเมตตา (Humanitarian action), การเลือกที่จะทำความดี (The choice to do good) และการเลือกที่จะเสี่ยง (Risk taking) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Rogers (1970) ที่กล่าวว่า มนุษย์เป็นเสมือนหน่วยหนึ่ง ที่รวมเข้าด้วยกันกับสภาพแวดล้อม มนุษย์อยู่ในกระบวนการร่วมอย่างต่อเนื่อง กับสภาพแวดล้อม ในความเป็นทั้งหมดของเขา และเราจะไม่สามารถเข้าใจสภาพทั้งหมดได้ถ้าหากมันถูกแบ่งออกเป็น ส่วน ๆ นอกจากนี้ แนวคิดของความเต็มใจยังสอดคล้องกับทฤษฎีเรื่องอำนาจ (Power) ของ Barrett (1990) ซึ่งกล่าวถึง ตัวเลือก (Choice), อิสรภาพ(Freedom), ความตั้งใจ (Intentionality), การตัดสินใจ (Decision making) และการกระทำ(Action)

McCann (1997) กล่าวถึงความเต็มใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า เป็นหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลและแพทย์ ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย เอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปโดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่ง คุณลักษณะหรือท่าทางของการแสดงออกในการดูแลนั้นประกอบด้วย การไม่นำความรู้สึกของ ตนเองมาเกี่ยวข้องในการดูแล (Objectivity), การวางตัวเป็นกลาง (Neutrality) และให้การดูแลอย่าง เท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น (Equality)

#### 4.3 เครื่องมือที่วัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษางานวิจัยของต่างประเทศ เกี่ยวกับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เรื่อยมา เริ่มตั้งแต่ เครื่องมือของ Barrick (1986) ที่เรียกว่า “Unwillingness to Care for AIDS Patients Instrument” เครื่องมือของ Rose (1990) เรียกว่า “AIDS Care Scale” เครื่องมือของ Dubbert, Kemppainen และ Taylor (1994) เรียกว่า “Nursing Willingness Questionnaire” หรือ NWQ นอกจากนี้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในงานวิจัยของ McCann (1997) และ McCann (1998) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### Unwillingness to Care for AIDS Patients Instrument

เป็นเครื่องมือวัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของ Barrick (1986) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อใช้ ในการวัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์ ในงานวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับพวก Homosexual กับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของ บุคลากรทางการแพทย์” เครื่องมือดังกล่าวถูกสร้างขึ้นด้วยวิธีการสำรวจแบบเคลฟ (Delphi-



style) ทางไปรษณีย์ ชั้นแรก Barrick ได้สร้างข้อคำถามไว้ 12 ข้อ เกี่ยวกับความไม่เต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (The unwillingness questionnaire) ข้อคำถามได้มาจากพื้นฐานประสบการณ์ของเขาเองในการสอนผู้ปฏิบัติการดูแลทางสุขภาพเป็นเวลา 2 ปีครึ่ง นำคำถามทั้ง 12 ข้อ ไปให้ครูผู้สอนและผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกเกี่ยวกับเอดส์ จำนวน 17 คน เป็นผู้ประเมินว่า ข้อคำถามใดที่แสดงถึงความไม่เต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดย Barrick กำหนดคำจำกัดความของความเต็มใจ (Willingness) ว่า “ค่อนข้างมีความโน้มเอียง ปราศจากความลังเลใจ และมีความพร้อมที่จะกระทำภายใต้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์” ผลการสำรวจแบบเดลิฟ พบว่า ผู้ตอบส่งแบบสอบถามกลับคืน 10 ชุด แต่ถูกตัดออก 4 ชุด เพราะมีการตอบคำถามคล้ายกับแบบสำรวจทัศนคติส่วนบุคคล และจากการพิจารณาข้อคำถาม ได้คัดเลือกคำถามที่แสดงถึงความไม่เต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ไว้ 6 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 จากนั้นได้เพิ่มคำถามเพื่อป้องกันอคติ (Buffer questions) อีก 7 ข้อ รวมเป็น 13 ข้อ นำไปใช้เป็นเครื่องมือวัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 9 ระดับ โดยกำหนดให้ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 9 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการแปลความหมายของความเต็มใจ เริ่มจากเต็มใจมาก (Very willing) คือ 6 คะแนน และไม่เต็มใจมาก (Very unwilling) คือ 54 คะแนน

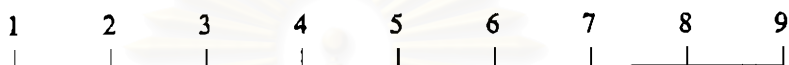
ก่อนนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ Barrick ได้ให้กลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติการบนคลินิกที่ทำงานกับผู้ป่วยเอดส์โดยตรงเป็นผู้ทดสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 40 คน และพยาบาลที่ทำงานกับผู้ป่วยเอดส์จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .77 และ .86 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้จริงกับบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 208 คน (เป็นระดับพยาบาลวิชาชีพ 183 คน) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .71

Sherman (1994) ได้นำเครื่องมือของ Barrick ชุดนี้ไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิญญาณ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความกังวลต่อความตาย กับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยที่ไม่มีการปรับข้อคำถาม เพียงแต่เปลี่ยนชื่อเครื่องมือเป็น “Willingness to Care for AIDS Patients Instrument” กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐนิวยอร์ก ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์จำนวน 220 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .77 ในรายงานผลการวิจัยของ Sherman ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับเครื่องมือวัดความเต็มใจของ Barrick ไว้ว่า “เป็นการกำหนดแนวคิดอย่างแคบเกี่ยวกับความเต็มใจ ทำให้เป็นข้อจำกัดทางความคิดของการศึกษา และอาจเป็นสาเหตุให้มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้” ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสาร Sherman พบว่า แนวคิดของความเต็มใจเกี่ยวข้องกับ ความรับผิดชอบต่อสังคม การปฏิบัติต่อมนุษย์ด้วยความเมตตา การเลือกทำความดี และการเลือกที่จะเสี่ยง นอกจากนี้ แนวคิดดังกล่าวยังมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Rogers (1970)

โดยเฉพาะทฤษฎีเรื่องอำนาจของ Barrett (1990) ที่อ้างถึงตัวเลือก อิศรภาพ ความตั้งใจ การตัดสินใจ และการกระทำ ดังนั้น Sherman จึงให้ข้อเสนอแนะแก่งานวิจัยครั้งต่อไปว่า “ควรมีการตรวจสอบข้อคำถามวัดความเต็มใจเสียใหม่เพื่อความถูกต้องเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในข้อปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และเพื่อตอบสนองทางด้านสังคมต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์”

สำหรับข้อคำถามที่วัดความไม่เต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของ Barrick มีดังนี้

“Unwillingness to Care for AIDS Patients”



ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- \_\_\_\_\_ ท่านมีข้อมูลเพียงพอที่จะป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์ในสถานที่ทำงาน
- \_\_\_\_\_ เอดส์เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย
- \_\_\_\_\_ ผู้ติดเชื้อเอดส์สมควรแล้วกับการได้รับเชื้อมา
- \_\_\_\_\_ ท่านไม่ต้องการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ \*
- \_\_\_\_\_ ควรมีการผ่านกฎหมายเรื่องสิทธิของประชาชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์หรือป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์
- \_\_\_\_\_ กิจกรรมที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เช่น พฤติกรรมทางเพศบางอย่าง
- \_\_\_\_\_ ควรมีข้อห้ามไว้ในกฎหมาย
- \_\_\_\_\_ ท่านไม่กลัวการสัมผัสกับผู้ป่วยเอดส์ \*
- \_\_\_\_\_ ท่านรู้สึกไม่ปลอดภัยในการสัมผัสกับผู้ป่วยเอดส์ \*
- \_\_\_\_\_ ท่านรู้สึก (หรือจะรู้สึก) ปลอดภัยกว่า ถ้าใส่หน้ากาก \*
- \_\_\_\_\_ ท่านปรารถนาที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ \*
- \_\_\_\_\_ ท่านสามารถติดเชื้อเอดส์ได้โดยการดูแลผู้ป่วยเอดส์ \*
- \_\_\_\_\_ ผู้ป่วยเอดส์ควรถูกกักบริเวณ เพื่อป้องกันสุขภาพของสาธารณะ
- \_\_\_\_\_ ถ้าท่านได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ท่านจะปฏิเสธ

หมายเหตุ: คำถามที่แสดงถึงความไม่เต็มใจดูแลผู้ป่วยเอดส์ คือ ข้อที่มีเครื่องหมาย \* นอกนั้นเป็นคำถามเพื่อป้องกันอคติ (Buffer questions)

### Nursing Willingness Questionnaire (NWQ)

เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเต็มใจในการให้การพยาบาล ซึ่ง Dubbert, Kemppainen และ Taylor (1994) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดความเต็มใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงกับผู้ป่วยชายที่เป็นโรคเอดส์ เครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วย รูปภาพ (Vignette) ซึ่งข้างใต้ภาพจะมีคำบรรยายประกอบ และมีคำถามเพื่อประเมินความเต็มใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับคนไข้ จำนวน 13 ข้อ ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลควบคุมการคิดเชื่อจำนวน 9 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานหลัก 5 แห่งของศูนย์การแพทย์ขนาดใหญ่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ alpha เท่ากับ .97 และหาความเชื่อมั่นโดยทำ Test-retest กับอาสาสมัครที่เป็นพยาบาลจำนวน 20 คน ทำการตอบคำถาม 2 ครั้ง ห่างกัน 7 ถึง 10 วัน คะแนนที่ได้จากการทดสอบ 2 ครั้ง มีความสัมพันธ์ระดับสูง ( $r$  เท่ากับ .95 และ  $p < .001$ )

ข้อคำถามที่ใช้วัดความเต็มใจในการให้การพยาบาล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่

1. ท่านเต็มใจระดับใดที่จะเช็ดตัวให้กับ Mark (ชื่อชายที่เป็นโรคเอดส์)
2. ท่านเต็มใจระดับใดที่จะทำความสะอาดโดยใช้ถุงมือให้กับ Mark ขณะมีการขับถ่ายและอาเจียน

3. ท่านจะนำถาดอาหารเข้าไปให้ Mark ในห้องหรือไม่
4. ท่านจะเปลี่ยนที่นอนให้ Mark หรือไม่
5. ท่านจะทำการวัดสัญญาณชีพให้กับ Mark หรือไม่
6. ท่านเต็มใจที่จะเปลี่ยนเสื้อผ้าโดยใช้ถุงมือให้กับ Mark หรือไม่
7. ท่านเต็มใจที่จะทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้โดยใช้ถุงมือภายหลังแพทย์ตรวจหรือไม่
8. ท่านจะให้อาหารทางสายยางแก่ Mark ในมือเย็นหรือไม่
9. ท่านจะดูแลสายสวนปัสสาวะ โดยใช้ถุงมือตลอดเวลาหรือไม่
10. ท่านจะเทปัสสาวะออกจากถุงปัสสาวะด้วยการใช้ถุงมือหรือไม่
11. ท่านจะ shave ให้ Mark หรือไม่
12. ท่านจะให้สารน้ำทางหลอดเลือด โดยใช้ถุงมือหรือไม่
13. ท่านจะทำการถ่ายเลือดโดยใช้ถุงมือหรือไม่

เกณฑ์ในการให้คะแนนเพื่อวัดความเต็มใจในการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่ามีความเต็มใจในระดับใด โดยกำหนดระดับความเต็มใจในแต่ละข้อไว้ 11 ระดับ ระดับศูนย์ หมายถึง ไม่มีความเต็มใจเลย (Not at all) ระดับ 4 และ 5 หมายถึงไม่แน่ใจ (Uncertain) และ ระดับ 9 และ 10 หมายถึง มีความเต็มใจอย่างยิ่ง (Extremely willing)

ส่วนข้อคำถามที่เคยมีการใช้ ในการวัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้

งานวิจัยเชิงบรรยาย โดยการศึกษาความเต็มใจของแพทย์และพยาบาลในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (McCann, 1997) เครื่องมือที่ใช้วัดมีทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ข้อคำถามที่ใช้วัดความเต็มใจที่เป็นแบบสอบถามมีอยู่ 2 ข้อใหญ่ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง

- |   |         |                      |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย          |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ             |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย             |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง    |

ข้อคำถามมีดังนี้

ข้อ 1 คุณเต็มใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- 1) คุณมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับเอชไอวี
- 2) คุณมีประสบการณ์มากพอกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี
- 3) คุณไม่คำนึงถึงเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตทางสังคมของผู้ป่วย
- 4) คุณไม่คำนึงถึงรสนิยมทางเพศของผู้ป่วย
- 5) คุณไม่คำนึงถึงอาชีพเก่าของผู้ป่วย
- 6) คุณเห็นใจในสถานการณ์ลำบากที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่
- 7) การปฏิบัติกับผู้ป่วยเหล่านี้ถือเป็นประสบการณ์

ข้อ 2 คุณเต็มใจที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ใน

- 1) หอผู้ป่วยเอชไอวี (พิเศษ) อย่างน้อย 6 เดือน
- 2) หอผู้ป่วยเอชไอวี (พิเศษ) ชั่วคราว (2-3 สัปดาห์)
- 3) หอผู้ป่วยทั่วไป จนกว่าจะมีเตียงว่างสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี ในหอผู้ป่วยพิเศษ
- 4) หอผู้ป่วยทั่วไป ในลักษณะเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยปกติ

สำหรับเครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์ จะมีอยู่ 1 ข้อใหญ่ 2 ข้อย่อย ดังนี้

ข้อ 1 ความเต็มใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- 1) ภายใตสถานการณ์ทั่วไป คุณมีความเต็มใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยที่คุณทราบข้อมูลเพียงเล็กน้อย แต่มีเหตุผลที่ทำให้สงสัยว่า จะมีการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่

2) ถ้าคุณได้รับการบอกเล่าว่า ผู้ป่วยที่คุณกำลังดูแลอยู่ มีผลเลือดเอชไอวีเป็นบวก คุณจะมีการป้องกันเป็นพิเศษหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่นที่คุณดูแลอยู่ซึ่งติดเชื้อ Hepatitis B งานวิจัยเชิงทดลอง โดยให้การศึกษาแก่พยาบาลนานาชาติ เพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (McCann and Sharkey, 1998) ข้อคำถามที่ใช้วัดความเต็มใจจะเป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบอธิบายเหตุผล มีเพียง 1 คำถาม ได้แก่ “ภายหลังได้รับการศึกษา “Steve” learning package แล้ว ท่านมีการเปลี่ยนแปลงในความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ? (โปรดอธิบายเหตุผลประกอบ)

เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้วัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังที่กล่าวมา เหมาะสำหรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของต่างประเทศ ผู้วิจัยคิดว่าถ้านำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยอาจทำให้เครื่องมือไม่สามารถวัดได้ตรงกับวัตถุประสงค์เท่าใดนัก เนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะเป็นระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัฒนธรรมขององค์กรต่างๆ ตลอดจนนโยบายและวิธีการปฏิบัติ เช่น มาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ก็แตกต่างจากประเทศไทย

นอกจากนี้เครื่องมือส่วนใหญ่จะวัดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของการเป็นเอดส์ แต่การศึกษาครั้งนี้จะวัดความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการของการเป็นเอดส์ และเครื่องมือบางชุดยังต้องมีการพัฒนา เช่น เครื่องมือของ Barrick ที่ Sherman ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ ดังนั้น เพื่อให้ได้เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับวัดความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จึงจำเป็นต้องสร้างเครื่องมือขึ้นใหม่ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าแนวคิดที่เหมาะสมที่ควรจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือชุดนี้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับความเต็มที่ Sherman ได้กล่าวถึงในงานวิจัยของเขา ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) การปฏิบัติต่อมนุษย์ด้วยความเมตตา (Humanitarian action) การเลือกทำความดี (The choice to do good) และการเลือกที่จะเสี่ยง (Risk taking) เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Rogers (1970) ที่ว่าด้วยเรื่องศาสตร์ของความเป็นหน่วยหนึ่งของมนุษย์ (Science of unitary human being) ซึ่งในวิชาชีพพยาบาลต้องมองบุคคลในฐานะองค์รวมที่ไม่อาจแบ่งแยกและบุคคลเป็นสิ่งที่มีความรู้สึกนึกคิด Rogers จึงให้ความหมายของการพยาบาลว่า “เป็นศาสตร์ว่าด้วยเรื่องมนุษย์ที่พยาบาลต้องให้การดูแลด้วยความสงสารและเห็นอกเห็นใจ”

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับความเต็มที่อ้างถึงในงานวิจัยของ Sherman มาเป็นแนวทางสร้างเครื่องมือ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยคิดว่ามีความครอบคลุมที่จะใช้วัดความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องการการดูแลจากพยาบาลด้วยความเมตตา เห็นอกเห็นใจ และพยาบาลที่ให้การดูแลก็ควรจะมีจิตสำนึกที่ดีของ

การเป็นผู้ให้การดูแล ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบ ความต้องการที่จะทำความดี ตลอดจนการเสียสละที่จะทำงานกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งๆที่รู้ว่าเป็นงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อก็ตาม

#### 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของบุคลากรทางสาธารณสุขในต่างประเทศ ดังนี้

Behrens และ Elizabeth (1990) ได้ทำการสำรวจทางไปรษณีย์กับกลุ่มพยาบาล ในเขตแคลิฟอร์เนียตอนกลาง เพื่อตรวจสอบแรงกดดันจากสมาชิกในครอบครัวของพยาบาลว่ามีผลต่อความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลไม่รู้สึกว่าได้รับแรงกดดันทางลบจากครอบครัวเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับยังขาดความชัดเจนในเรื่องความเต็มใจของพยาบาลที่จะให้การดูแล

Emmett (1990) ทำการสำรวจตามแนวคิดของ Rogers' life process model of nursing เพื่อตรวจสอบความรู้ ทักษะ และความเต็มใจของพยาบาลที่จะปฏิบัติงานกับผู้ป่วยเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของ Pearson กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ North California จำนวน 397 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ต้องลงชื่อ และได้รับตอบกลับมา 224 ราย เครื่องมือที่ใช้วัดประกอบด้วยข้อมูลการสำรวจประชากร, การตรวจสอบความรู้, Vignette, Prejudicial Evaluation และ Social Interaction Scale ผลการศึกษาพบสหสัมพันธ์ทางบวกระหว่างทัศนคติและความเต็มใจ ( $r = .73, p < .01$ ) และระหว่างความรู้เกี่ยวกับเอดส์ร่วมกับทัศนคติและความเต็มใจ ( $r = .45, p < .05$ ) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพียงอย่างเดียวไม่มีสหสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเต็มใจ ดังนั้น การศึกษาเรื่องเอดส์อาจช่วยเพิ่มความเต็มใจของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เมื่อมีการบรรจุเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์ไว้ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล

Cassady (1991) ได้ตรวจสอบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากโรคเอดส์ และการขาดความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจทางไปรษณีย์กับกลุ่มพยาบาลและผู้ช่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามบ้าน ในศึกษานี้ตั้งสมมติฐานว่าปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ความกลัวการติดเชื้อเอดส์ 2) ทัศนคติทางลบต่อพวกกรักร่วมเพศและผู้ติดยาเสพติด 3) การขาดพื้นฐานความรู้ที่แท้จริง และ 4) การขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาแสดงว่าตัวแปรอิสระ ได้แก่ ทัศนคติต่อโรคเอดส์และประสบการณ์กับผู้ป่วยเอดส์ เป็นตัวทำนายที่สำคัญของตัวแปรตาม ซึ่งได้แก่ ความเครียดในการปฏิบัติงานอันเกี่ยวเนื่องกับโรคเอดส์ และพบว่า ทัศนคติต่อโรคเอดส์ เป็นตัวทำนายที่สำคัญของระดับความเต็มใจที่จะให้การดูแล นอกจากนี้ ทัศนคติต่อโรคเอดส์และประสบการณ์กับผู้ป่วยเอดส์

ยังเป็นตัวทำนายที่สำคัญของตัวแปรตาม ซึ่งได้แก่ ความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกับโครงการดูแลสุขภาพในการทำงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

Rose (1991) ได้ศึกษาทัศนคติเรื่องเอดส์ของพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งที่เป็น Homosexual และ Heterosexual โดยตั้งสมมติฐานว่า ระดับความทุกข์สบายของพยาบาล และความเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ป่วยเอดส์ มีความเกี่ยวข้องกับ 1) ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของลักษณะงานที่ปฏิบัติ 2) ระดับความอดทนในทัศนคติที่มีต่อลักษณะรักร่วมเพศ และ 3) Sexual orientation ของผู้ป่วย ทำการศึกษาพยาบาล 89 คน ผลการศึกษาพบว่า ความใกล้ชิดและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความทุกข์สบายและความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น ความทุกข์สบายและความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจะลดลง พยาบาลที่มีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรักร่วมเพศมีความทุกข์สบายและความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มากกว่าพยาบาลที่มีทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมรักร่วมเพศ พยาบาลที่คาดว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยรักร่วมเพศมีระดับความทุกข์สบายไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพยาบาลที่คาดว่าจะดูแลผู้ป่วยประเภท Heterosexual ในทางกลับกัน ความเต็มใจของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยประเภท Heterosexual ที่เป็นเอดส์ มีมากกว่าความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยประเภท Homosexual ที่เป็นเอดส์ ผลการศึกษานี้แสดงว่าพยาบาลอาจคาดหวังว่าสามารถแก้ปัญหาความไม่ทุกข์สบายในการให้การดูแลผู้ป่วยประเภท Heterosexual แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาความรู้สึกไม่ทุกข์สบายนี้ได้ ในกรณีที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยประเภท Homosexual

Jordan (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องเอดส์ ทัศนคติต่อเอดส์ และความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี จำนวน 400 คน จุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความรู้เรื่องเอดส์ ความกลัวต่อเอดส์ Homophobia และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อเพศติด กับตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ ความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า 57% ของผู้ตอบแบบสอบถามเคยให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์และพบว่าความรู้ระดับ Cognitive มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจที่ลดลงในขณะที่ความรู้ระดับ Affective ช่วยเพิ่มความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และความกลัวต่อเอดส์เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์

Tessaro (1992) ได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับ HIV และความเต็มใจหรือความตั้งใจของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะทำงานกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลอนามัยชุมชนจำนวน 311 คน จากแหล่งที่มีอัตราโรคเอดส์สูงและต่ำ ในมลรัฐ North Carolina ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาบางรูปแบบเกี่ยวกับ HIV, มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์ในระดับสูง และมีประสบการณ์การปฏิบัติพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับ HIV 2)

พยายามก่อนข้างมีความตั้งใจที่จะทำงานกับผู้ป่วยเอดส์ ถ้าหากพวกเขามีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเอดส์, รับรู้ปัจจัยอื่นที่สำคัญ (อุคมคติ), ได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับงานด้านเอดส์, มีความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นต่ออนามัยชุมชน และยังมีประสิทธิภาพการทำงานน้อย 3) การติดต่อสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ HIV หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อ HIV มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับความตั้งใจที่จะให้การดูแล ทั้งนี้โดยผ่านทางทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์ และ 4) พยายามจากแหล่งที่มีอัตราโรคเอดส์ต่ำ ก่อนข้างมีความตั้งใจที่จะทำงานกับผู้ติดเชื้อ HIV ถ้าหากพวกเขามีประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV มาก่อน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ทัศนคติ, อุคมคติ และประสิทธิภาพในงานอาชีพเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญในการตรวจสอบความตั้งใจของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV

Jemmott, Freleicher และ Jemmott (1992) ตรวจสอบความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงต่อเอดส์และทัศนคติต่อกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษากับพยาบาล 496 คน ที่ปฏิบัติงานในรัฐ New Jersey ซึ่งมีคนไข้เอดส์มาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Hierarchical multiple regression พบว่า ถ้าได้ควบคุมปัจจัยด้านความรู้เรื่องเอดส์ และจำนวนปีของการศึกษาแล้ว จะพบว่าพยาบาลที่รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จะให้คะแนนสูงต่อดัชนีของความตั้งใจที่จะหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้พยาบาลที่มีทัศนคติทางลบต่อพวกติดยา หรือพวกรักร่วมเพศ ก็มีความตั้งใจจะหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยเอดส์เช่นกัน

Kemppainen และคณะ (1992) ศึกษาความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ของพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีปรากฏการณ์ของโรคเอดส์ต่างกัน โดยใช้เครื่องมือ Nursing Willingness Scale (NWS) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ; ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีปรากฏการณ์ของโรคเอดส์มาก และประเมินตนเองว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเป็นอย่างดี มีความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์น้อยกว่าพยาบาลระดับปริญญาตรี หรือ ปริญญาโท ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีความชุกของโรคเอดส์ต่ำถึงปานกลางซึ่งมีความเต็มใจสูงสุด

Geha (1992) ได้ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับความกลัวและกังวลของพยาบาลต่อโรคเอดส์ว่ามีผลต่อความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ โดยศึกษากับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 400 คน ใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติของพยาบาลต่อเอดส์ และต่อผู้ป่วยเอดส์ เครื่องมือได้รับการพัฒนามาจาก O' Donnell; O' Donnell, Peck, Snarey และ Rose (1987); Hudson และ Ricketts (1980); Barrick (1988) และจากผู้ทำการศึกษาเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Simple และ Multiple regression ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาคือความกลัวต่อการติดเชื้อ, ทัศนคติต่อพวกรักร่วมเพศและพวกติดยา และความเครียดส่วนบุคคล เป็นประเด็นหลักสำคัญต่อความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และยังพบอีกว่า ระดับการศึกษาของพยาบาล, ความถี่ของ



การสัมผัส, การปรับตัวทางเพศ, ศาสนา และการตรวจสอบเอชไอวี ไม่ใช่ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

Wang, Simoni และ Paterson (1993) ทำการศึกษาความแตกต่างระหว่าง เจตคติ ความกลัวและไม่กลัวต่อโรคเอดส์ของพยาบาลโดยพิจารณาจากความรู้และพฤติกรรม สถานที่ศึกษาวิจัยคือ ประเทศไต้หวันซึ่งเพิ่งทราบถึงการติดเชื้อเอดส์ของพลเมือง ดังนั้น ประชากรที่ศึกษาจึงได้แก่กลุ่มผู้ให้การดูแลซึ่งสัมผัสกับโรคเอดส์น้อยมากไม่ว่าจะเป็นความรู้หรือประสบการณ์ ได้ทำการสำรวจในปี 1990 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลจาก 12 หน่วยงาน ในประเทศไต้หวัน จำนวน 1,759 คน ข้อมูลที่ทำการสำรวจ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ ความกลัวต่อเอดส์และพฤติกรรม ผลการวิเคราะห์แสดงถึงความกลัวต่อเอดส์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มของพยาบาลที่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับเอดส์ 3 อย่าง โดยมีความกลัวน้อยกว่าพยาบาลกลุ่มที่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมน้อย และกลุ่มพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความกลัวต่อเอดส์ลดลง นอกจากนี้พวกที่เป็นโสด จะมีความกลัวน้อยกว่าพวกที่มีครอบครัวแล้ว

Held (1993) ได้ทำการศึกษาผลของการให้การศึกษาคือความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ทัศนคติต่อผู้ป่วยเอดส์ และความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี จำนวน 103 คน อายุระหว่าง 20-35 ปี แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่ม ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการ Pretest ก่อนการทดลอง หลังจาก Pretest กลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมการศึกษาเรื่องเอดส์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาด้านความรู้ ทัศนคติ และความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

Hunt (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล, ความรู้, ความเสี่ยง, การสนับสนุนทางสังคม และการลาออก กับทัศนคติทั่วไปและทัศนคติด้านการดูแลทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาล จากแมสซาชูเซต และ คอนเน็คติกัท จำนวน 272 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามประกอบด้วย Maslach Burnout Inventory, Power Social Support Scale แบบวัดทัศนคติทั่วไปและทัศนคติการดูแลทางสุขภาพ, แบบทดสอบความรู้เรื่องเอดส์ และข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ดัชนีของโอกาสในการสัมผัสกับเชื้อเอดส์ (AIDS exposure index) คำถามของการวิจัย ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อเอดส์เป็นอย่างไร 2) การมีความรู้เรื่องเอดส์สูง สัมพันธ์กับทัศนคติทางบวกหรือไม่ 3) การรับรู้ความเสี่ยงสัมพันธ์กับทัศนคติหรือไม่ 4) ข้อมูลส่วนบุคคลสัมพันธ์กับทัศนคติหรือความรู้หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้มีอิทธิพลทางบวกต่อทัศนคติแต่ไม่สัมพันธ์กับความรู้เสี่ยง การรับรู้ถึงโอกาสสูงในการสัมผัสกับเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติทางลบ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีความสัมพันธ์กับการลาออกที่ลดลงและความเต็มใจที่มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ระดับ

การศึกษา และระยะเวลาของประสบการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติหรือความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระหว่างเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับความกลัว ร้อยละ 83 บอกว่าพยาบาลเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง ในขณะที่ส่วนใหญ่เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีความเกี่ยวข้องกันระหว่างความกลัวกับวิธีการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดอันตราย และการสัมผัสกับผู้ป่วยเอดส์บ่อย ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ

Cole (1994) ทำการศึกษากับนักศึกษาระดับผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 126 คน จากวิทยาลัยชุมชน 2 แห่ง ทางตอนใต้ของรัฐเท็กซัส เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ทัศนคติ และความเต็มใจของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่ามีสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างชั่วโมงเรียนทางทฤษฎีเรื่องผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยทางด้านสังคม แสดงให้เห็นว่า การบรรจุชั่วโมงเรียนภาคทฤษฎีให้มากขึ้นมีความเกี่ยวข้องทางบวกกับการสนับสนุนที่มากขึ้นในด้านสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์ ในการศึกษาพบว่าเมื่อนักศึกษามีระดับความรู้เรื่องเอดส์สูงขึ้นก็จะมีการยอมรับผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น

Sherman (1994) ได้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ "The Science of Unitary Human Being" ของ Rogers (1970, 1990, 1992) ในการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสตรีที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 220 คน ซึ่งปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในจำนวนนี้มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Aids dedicated nurses ซึ่งเป็นพยาบาลที่เลือกปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยเอดส์โดยตรง และกลุ่ม Medical surgical nurses ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกที่มีผู้ป่วยเอดส์วันละ 5-50% ได้ทำการวิเคราะห์หรีเกรสชันตามลำดับชั้น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างรวม เพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไปนี้ คือ

1) มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม ระหว่างจิตสำนึกในหน้าที่และความกังวลต่อความตาย โดยที่ความสัมพันธ์นี้เป็นอิสระจากการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา : สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ โดยที่จิตสำนึกมีส่วนร่วม 3% ของความแปรปรวนในลักษณะความกังวลต่อความตาย

2) มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความกังวลต่อความตาย โดยที่ความสัมพันธ์นี้เป็นอิสระจากจิตสำนึก

ผลการศึกษา : ไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

3) มีความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างจิตสำนึกและความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยที่ความสัมพันธ์นี้เป็นอิสระจากการสนับสนุนทางสังคมและความกังวลต่อความตาย

ผลการศึกษา : สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ โดยที่จิตสำนึกมีส่วนร่วม 2% ของความแปรปรวนในความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์

4) มีความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยที่ความสัมพันธ์นี้เป็นอิสระจากจิตสำนึกและความกังวลต่อความตาย

ผลการศึกษา : สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ โดยที่การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนร่วม 5% ของความแปรปรวนในความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์

5) มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม ระหว่างความกังวลต่อความตายและความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยที่ความสัมพันธ์นี้เป็นอิสระจากจิตสำนึกและการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา : สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ โดยที่ความกังวลต่อความตายมีส่วนร่วม 4% ของความแปรปรวนในความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์

Mc Daniel และคณะ (1995) ได้สำรวจความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์และเอชไอวี กับกลุ่มนักศึกษาแพทย์ จำนวน 63 ราย โดยใช้แบบสำรวจ 25 ข้อ ผลการสำรวจพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 6.25 (SD = 1.63) จากคะแนนเต็ม 10 จากการวิเคราะห์ Factor analysis สามารถแบ่งกลุ่มนักศึกษาแพทย์ได้ 3 กลุ่ม ตามทัศนคติ กลุ่มใหญ่ที่สุดมีทัศนคติทางบวกกับคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และคนไข้เอดส์ แต่อีก 2 กลุ่ม มีความโน้มเอียงที่จะส่งผู้ป่วยไปยังแพทย์คนอื่น 1 ใน 2 กลุ่มดังกล่าว แสดงความรู้สึกไม่สบายใจกับคนไข้ที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศและคนไข้ที่มีผลเลือดเอชไอวีเป็นบวกมากกว่าคนไข้ที่เป็นโรคติดเชื้ออย่างอื่น และไม่สุขสบายกับการต้องสัมผัสทางกายกับคนไข้ที่มีผลเลือดเอชไอวีบวก อีกกลุ่มไม่สบายใจกับการได้รับทราบประวัติทางเพศของคนไข้

Kemppainen, Dubbert และ Mc Williams (1996) ทำการวิจัยเชิงทดลองกับกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์จำกัดในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยสุ่มแบบแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ให้ทั้ง 3 กลุ่มได้รับความรู้เรื่อง Universal precautions และ 1) ให้มีการอภิปรายกลุ่ม 2) ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ 3) ศึกษาเฉพาะสิ่งที่ใช้ในการประเมิน ผู้ที่ให้ความรู้คืออาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และโรคติดเชื้อโดยสอนในช่วงเวลา 3-4 สัปดาห์ การวัดประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับประเมินความคิด ทัศนคติ (Prejudicial Evaluation Scale) ต่อผู้ป่วยรักร่วมเพศ, ประเมินตนเองเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ, ประเมินความสบายใจและความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของตนเอง และแบบวัดความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ (Nursing Willingness Questionnaire : NWQ) ผลการทดลองพบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ตลอดช่วงเวลาทั้ง 3 กลุ่ม จากการตรวจสอบโดยใช้ Multiple regression พบว่า ตัวทำนายของความเต็มใจมีเพียงตัววัดทัศนคติเรื่องเอดส์เท่านั้น

Polgar (1996) ได้ศึกษาความเสี่ยงทางอาชีพที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในการพยาบาล โดยตรวจสอบโครงสร้างทางสังคมของ HIV, ความหมายของความเสี่ยงต่อ HIV และการรับรู้ความเสี่ยงของพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากพยาบาลในโรงพยาบาล 20 แห่ง ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยเอดส์สูง ในสหรัฐอเมริกาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความเกี่ยวข้องับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

เอดส์, ความรู้และการฝึกอบรม, ทศนคติต่อกลุ่มติดเชื้อเอดส์และสภาพแวดล้อมในหน่วยงานของพยาบาล แต่การรับรู้ความเสี่ยงไม่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการได้รับ หรือโอกาสในการได้รับเชื้อ HIV โดยการสัมผัสหรือโดยบาดแผลจากเข็มฉีดยา พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้ ความอดทน และมีความเครียดน้อย จะมีอัตราเสี่ยงต่ำในการติดเชื้อ นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อ HIV มีความเกี่ยวข้องทางลบกับความเต็มใจที่จะให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่มีความเกี่ยวข้องทางบวกกับทัศนคติที่รู้สึกคุ้นเคยต่อการต้องดูแลผู้ป่วยเอดส์

Bormann (1996) ได้ศึกษาวิธีการแพร่กระจายเชื้อที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีของ King's Model ว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์มาเป็นกรอบแนวคิด ทำการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลระดับปฏิบัติการจากโรงพยาบาล 3 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มพยาบาลเป็น 3 กลุ่ม กำหนดให้แต่ละกลุ่มได้รับ Intervention ต่างกัน คือ กลุ่มที่ 1 ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV จาก Blood transfusion กลุ่มที่ 2 ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV จาก Injecting drug และกลุ่มที่ 3 ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV จาก Gay sex ผลการวิจัยพบว่า ความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพยาบาลรู้สึกไม่คิดถึงผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อหรือเป็นเกย์

Anderson (1997) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดเชิงอนุรักษ์ (Conservative views), ความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย, ความเห็นอกเห็นใจ และความรู้เรื่องเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ประจำบ้าน ในเขตชนบทของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย จำนวน 64 คน ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยพยาบาลร้อยละ 62 มองตัวเองว่าเป็นพวกอนุรักษ์ และมีร้อยละ 12 ไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจและเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นพวกรักร่วมเพศมากกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเสพติด และความเห็นอกเห็นใจร่วมกับความรู้เรื่องเอดส์มีสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยที่สื่อต่าง ๆ และประสบการณ์การพยาบาลมีอิทธิพลสำคัญต่อความรู้เรื่องเอดส์

Saluzzo และคณะ (1997) ได้ทำการสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินต่อนุเคราะห์ทางสุขภาพที่ติดเชื้อ HIV เพื่อศึกษาความคิดเห็นของคนไข้แผนกฉุกเฉินเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อ HIV และความเต็มใจของพวกเขาต่อการที่ได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลที่ติดเชื้อ HIV ผลการสำรวจจากคนไข้ จำนวน 107 คน พบว่า ร้อยละ 90 อดทนได้ต่อวิธีการปฏิบัติที่ไม่รู้กลัวของแพทย์และพยาบาลที่ติดเชื้อ HIV, ร้อยละ 50 อดทนต่อวิธีการปฏิบัติที่รู้กลัว และร้อยละ 26 บอกว่า อยากจะออกจากแผนกฉุกเฉินมากกว่าที่จะอยู่รักษาโดยแพทย์และพยาบาลที่ติดเชื้อ HIV คนไข้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความอดทนน้อยกว่า ( $p = .004$ ) และอยากจะออกจากแผนกมากกว่า ( $p = .001$ )

Soos (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ ทศนคติต่อเอดส์ และความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ของผู้ปฏิบัติงานในสถานบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีของ Heidigger (1962) และใช้แบบสอบถามที่สร้างโดย Held (1993) ซึ่งประกอบด้วย 54 หัวข้อ ในการประเมินความรู้ ทศนคติ และความเต็มใจของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงโครงการให้การศึกษากายในสถานบำบัด และเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในสถานบำบัดมีความรู้เรื่องเอดส์ในระดับดี มีทศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความรู้ ทศนคติ และความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีความสำคัญทางด้านคลินิก

Demeter (1997) ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบทศนคติต่อผู้ป่วยเอดส์และความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี 90 คน และปริญญาโท 21 คน โดยใช้แบบสำรวจข้อมูลประชากรและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกี่ยวข้องในการดูแล คะแนนความเต็มใจในการดูแล และคะแนนทศนคติที่มีต่อเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าทศนคติเป็นไปในทางบวกมากกว่าลบ แม้ว่าความกลัวการติดเชื้อยังคงเป็นเรื่องหลักที่ค้ำึงถึงในการให้การดูแล และพบว่านักศึกษาปริญญาโทมีความเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มากกว่านักศึกษาปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญ จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ พบความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = .52$ ) ระหว่างคะแนนความเต็มใจที่จะให้การดูแลและคะแนนทศนคติ โดยทศนคติมีส่วนร่วมอยู่ 27.6% ของความแปรปรวนในคะแนนความเต็มใจที่จะให้การดูแล แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความยาวนานของประสบการณ์ (จำนวนปี) และทศนคติ

McCann (1997) ได้ทำการศึกษาความเต็มใจที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มของแพทย์และพยาบาล ด้วยวิธีการตรวจสอบทศนคติตอนโยบายการให้บริการผู้ป่วยในสำหรับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลทั่วไป วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเต็มใจที่จะให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของแพทย์และพยาบาล การศึกษานี้ใช้วิธีการ 2 อย่าง คือ ใช้แบบสอบถามในการสำรวจ และใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในแบบสอบถามมีคำถามอยู่ 5 หัวข้อหลัก คือ ข้อมูลชีวประวัติและประสบการณ์เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลทางวิชาชีพเกี่ยวกับเอชไอวี วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และการติดต่อทางสังคมกับผู้ติดเชื้อและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงทัศนคติที่มีต่อองค์กรเอดส์ชุมชน ส่วนแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด ถามเกี่ยวกับการเตรียมทีมงานและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ความเต็มใจที่จะให้การดูแลรักษา การดูแลรักษาผู้ป่วย การตรวจสอบเอชไอวีแอนติบอดี ความกังวลเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานและอิทธิพลของญาติ และการรับรู้ของผู้ป่วย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นปัจจัยทางบวกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติด

เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งได้แก่ การได้รับประสบการณ์ทางอาชีพจากการดูแลผู้ป่วย, ความต้องการที่จะไม่ถูกพิจารณาตัดสินและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น, ประสบการณ์ด้านการทำงานและสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเต็มใจที่จะทำงานกับผู้ป่วย, อิทธิพลของครอบครัวและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานซึ่งมีผลต่อบรรยากาศการทำงาน และความรู้สึกในหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย

Bosio และ Cesa (1997) ทำการสำรวจผู้ปฏิบัติงานทั่วไปชาวอิตาลี เพื่อประเมินประสบการณ์ของพวกเขากในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแต่ยังไม่แสดงอาการ (P-HIV) และผู้ป่วยเอดส์ (P-AIDS) นอกจากนี้ยังได้ประเมินทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานต่อการดูแลผู้ป่วย P-HIV/P-AIDS ตลอดจนประเมินความรู้สึกถึงความสามารถและความสนใจที่จะปรับปรุงความสามารถ การสำรวจใช้การสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง 900 คน ในเดือนพฤศจิกายน 2535 ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับ P-HIV อีกครั้งหนึ่งตอบเกี่ยวกับ P-AIDS เปอร์เซ็นต์ของผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์คิดเป็นร้อยละ 10 และที่ดูแลผู้ป่วย HIV ร้อยละ 34 โดยทั่วไปผู้ปฏิบัติงานได้ประเมินประสบการณ์เรื่องนี้ไปในทางลบเนื่องจากลักษณะที่น่าสะพรึงกลัวและความรู้สึกที่ว่าไม่มีทางรักษาประกอบกับความยุ่งยากในการติดต่อกับผู้ป่วยหรือแม้กระทั่งติดต่อกับศูนย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 56 สำหรับ ผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 65 สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV) ความเต็มใจนี้ค่อนข้างเป็นไปในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือด้านจิตวิทยาหรือการให้ความรู้มากกว่าที่จะเป็นการรักษาทางการแพทย์วิเคราะห์ความแตกต่าง (Discriminant analysis) แสดงว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีความเต็มใจมีอายุน้อยกว่าและมีความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพมากกว่าผู้ที่ไม่เต็มใจ ส่วนใหญ่ของผู้ถูกสัมภาษณ์บอกว่ารู้สึกไม่มีความสามารถเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 78 สำหรับผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 70 สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV) และมีความสนใจที่จะปรับปรุงทักษะของตนในด้านนี้ การศึกษานี้ได้เน้นถึงความสำคัญของการประเมิน โอกาสที่ผู้ปฏิบัติงานจะเข้าไปเกี่ยวข้องมากขึ้นกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์

McCann และ Sharkey (1998) ได้ทำการวิจัยโดยให้การศึกษาแก่พยาบาลจากนานาชาติ เพื่อปรับเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และความเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การศึกษาใช้เวลา 6 สัปดาห์ โดยวิธีการเรียนรู้ที่ใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-based approach) เน้นที่ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมการติดเชื้อ การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ และทัศนคติ แผนการสอนประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การสอน การนำเสนอด้วยสื่อต่าง ๆ การสัมมนา กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, พยาบาล, ผู้ทำงานด้านสังคม, และองค์กรเอดส์ชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งใช้ตรวจสอบความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แบบสอบถามมี 2 ชุด คือ ก่อนและหลังให้การศึกษา ผลการวิจัยพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนความรู้ทั้งหมดระหว่างก่อนและหลังให้การศึกษา โดยเฉพาะความรู้

เกี่ยวกับวิธีการควบคุมการติดเชื้อ หลังจากได้รับการศึกษาแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อผู้ป่วยเอดส์ไปในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งมีความเห็นอกเห็นใจและเต็มใจมากขึ้นที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ในประเทศไทย ปิยรัตน์ สีนพิศุทธิ์ (2537) ศึกษาความตั้งใจของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.06) มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงานพยาบาล ผลกระทบทางจิตสังคมของโรคเอดส์ ความยากลำบากในการใช้ Universal precautions นอกจากนี้ แรงจูงใจในการทำงานพยาบาลและผลกระทบทางจิตสังคมของโรคเอดส์ สามารถอธิบายความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ได้ร้อยละ 20 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.0001$

เสริมศรี กาญจนสินีทธิ์ (2539) ได้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนปฏิบัติการวิจัยธรรมของพยาบาลที่มีคะแนนวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงและต่ำ ต่อพฤติกรรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่มีคะแนนวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงมีคะแนนปฏิบัติการวิจัยธรรมต่อพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์สูงกว่าพยาบาลที่มีคะแนนวุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

อุไรวรรณ กะจะชาติ (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสระแก้วและจังหวัดปราจีนบุรี ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในระดับปานกลาง เมื่อแบ่งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม ตามประเภทผู้ป่วยที่เคยดูแล พบว่า กลุ่มที่ดูแลเฉพาะผู้ติดเชื้อเอดส์และกลุ่มที่ดูแลทั้งผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในระดับใกล้เคียงกัน

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งตัวแปรอิสระ ได้แก่ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และเจตคติต่อโรคเอดส์ โดยมีตัวแปรผันร่วม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และอายุ จากการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ (เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ และตัวแปรผันร่วมแล้ว) พบว่า วุฒิการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และเจตคติต่อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ (เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ และตัวแปรผันร่วมแล้ว) พบว่า มีเพียงลักษณะงานเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 5. หลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากเชื้อไวรัสเอดส์ หรือเอชไอวี พบมากที่สุดเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ซึ่งถือเป็นสารคัดหลั่ง ดังนั้น ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จึงใช้หลักการเช่นเดียวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal precautions)

### 5.1 ความหมายของการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล

การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal precautions) หมายถึง การระวังป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ติดต่อกันโดยทางเลือดและสารคัดหลั่ง (Body fluids) ในผู้ป่วยทุกราย และทุกโอกาสที่ให้บริการทางการแพทย์ (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2536: 201 อ้างใน สุกัญญา พรหมปัญญา, 2537: 13)

### 5.2 เหตุผลและความจำเป็นของการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล

ศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้ใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal precautions) เป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการ จากการติดเชื้อที่ติดต่อกันทางเลือดและสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้รับบริการทุกรายเหมือนกัน โดยไม่ต้องมีการตรวจเลือดผู้รับบริการว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ โดยเริ่มมีการนำมาใช้เมื่อปีพ.ศ. 2530 เนื่องจากมีการแพร่กระจายของโรคเอดส์อย่างรวดเร็วทั่วโลก (Becker *et al.*, 1990; CDC, 1988; Fahey *et al.*, 1991 อ้างใน สิริวรรณปิยะกุลดำรง, 2538: 16) และเนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และคณะ, 2536: 1-3)

1. ผู้รับบริการบางคนที่อาจรู้ผลตรวจเลือดตนเองแล้วว่ามีผลบวกต่อเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อมาขอรับบริการจากแพทย์และพยาบาลไม่บอกให้แพทย์และพยาบาลทราบ เพราะกลัวถูกรังเกียจหรือถูกปฏิเสธการรักษา ทำให้พยายามปิดบังผลเลือดของตนเองได้
2. ผู้รับบริการที่ทราบผลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ไม่สามารถแน่ใจได้ เพราะยังไม่มีการทดสอบทางน้ำเหลืองใดๆ ที่จะมีความแม่นยำถูกต้องหรือมีความไวถึงร้อยละ 100 ดังนั้น ผู้ที่ได้รับการตรวจแล้วได้ผลลบก็ไม่แน่ใจว่าผลการตรวจนั้นถูกต้องจริง เพราะอาจเป็นผลลบลงได้ และทำให้เกิดความเข้าใจผิดคิดว่าตรวจไม่พบการติดเชื้อแล้วจะปลอดภัย ทำให้ไม่ระมัดระวังเท่าที่ควร
3. วันที่ทำการเจาะเลือดตรวจอาจอยู่ในระยะ Window period ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายยังไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค แต่เป็นระยะที่ร่างกายมีเชื้อไวรัสในเลือดแล้ว และพร้อมที่จะติดต่อ



หรือแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้แต่ไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีการตรวจที่ใช้ในห้องปฏิบัติการทั่วไป ช่วงนี้อาจใช้เวลานานเป็นหลาย ๆ สัปดาห์ ถึงหลายเดือนได้

4. ในการทำงานประจำวันอาจเกิดความผิดพลาดได้ เช่น เขียนชื่อผู้มารับบริการผิดคน ส่งเลือดผิดขวด ไปตรวจ หรือแม้แต่ส่งผู้รับบริการ ไปผิดคน เป็นต้น

5. การตรวจเลือดไม่พบเชื้อเอชไอวีอย่างเดียว มิได้หมายความว่าผู้รับบริการจะปลอดภัยจากโรคอื่น ๆ ที่อาจติดต่อได้ทางเลือดและสารคัดหลั่ง ซึ่งโรคอื่น ๆ เหล่านี้ ต่างก็มีอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงานได้ไม่แพ้เชื้อเอชไอวี เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

6. อาจมีเชื้อโรคในเลือดหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ ที่มนุษย์ยังไม่รู้จัก ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้เช่นกัน

7. ในภาวะที่เป็นกรณีฉุกเฉิน เช่น การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ ต้องให้การดูแลรักษา รีบด่วน เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์จะไม่มีเวลาที่จะทำการตรวจเลือดก่อน หากไม่ปฏิบัติตามหลักของการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อาจเกิดการติดเชื้อได้

8. การทำงานโดยขาดความระมัดระวัง ยังคงเป็นนิสัยที่ติดตัวคนทำงาน โดยเฉพาะกรณีทำงานยุ่งมาก ๆ ทำให้เกิดเป็นนิสัยที่ไม่ปลอดภัยขณะทำงาน มีผลทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

9. เพื่อความประหยัดและคุ้มค่าไม่สิ้นเปลืองเศรษฐกิจ เพราะได้มีการศึกษาพบว่าหากไม่ทำการเจาะเลือดตรวจผู้รับบริการทุกคน แต่มีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว จะสามารถประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลในแต่ละปีลงได้อย่างมาก

10. ไม่เป็นการแบ่งแยกผู้รับบริการ และยังเป็นการรักษาความลับของผู้รับบริการด้วย เพราะถ้าปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้ออย่างหนึ่งปฏิบัติต่อผู้ที่ไม่ติดเชื้ออีกอย่างหนึ่งจะทำให้ผู้รับบริการ ญาติ หรือคนทั่วไป สงสัยและทราบว่าผู้ที่ได้รับการปฏิบัติอย่างไรเป็นผู้ที่ติดเชื้อ

11. ในทางปฏิบัติมักมีปัญหาในการเจาะเลือดตรวจ โดยไม่แจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้าทำให้ไม่สามารถบอกผลแก่ผู้รับบริการได้ และไม่มีผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาแนะแนวทางการแพทย์และสังคม และผู้รับบริการอาจรับไม่ได้หรืออาจเกิดปัญหาในการฟ้องร้องดังที่เกิดขึ้นเนื่อง ๆ ในต่างประเทศ

### 5.3 หลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล

การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มีหลักการสำคัญในการปฏิบัติ ดังนี้ (สมหวัง คำนชัยจิตร และคณะ, 2536: 3-4)

1. การหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ (Accidents prevention) คือ การวางแผนปฏิบัติต่างๆ ให้ชัดเจน และปฏิบัติด้วยความรอบคอบ โดยเฉพาะเมื่อใช้ของแหลมและของมีคม

2. การมีสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี (Sanitation and Hygiene) คือ กำเนิดถึง Aseptic technique การล้างมือที่ถูกต้อง การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีสุขลักษณะอนามัยที่ดี มีความสะอาด รวมทั้งการทำลายเชื้อ (Disinfection) ทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) และการกำจัดขยะอย่างถูกต้อง

3. การใช้เครื่องป้องกันที่เหมาะสม (Appropriate protective barriers) คือ การใช้เครื่องป้องกันที่เหมาะสม เช่น ถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อคลุม หมวก แว่นตา ผ้ากันเปื้อน รองเท้าบู๊ท เป็นต้น การใช้เครื่องป้องกันเหล่านี้จะทำให้ลดการเสี่ยงจากการที่ร่างกายและเยื่อต่างๆ ของบุคลากรทางการแพทย์ไปสัมผัสกับเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง

การใช้เครื่องป้องกันร่างกายนั้น ถ้าใช้มากเกินไปจะทำให้ปฏิบัติงานไม่สะดวก เสียเวลา และเสียเงินในการจัดหาวัสดุ ผู้ปฏิบัติต้องศึกษาวิธีการใช้เครื่องป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม โดยอาศัยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้าสัมผัสสิ่งต่างๆ ที่มีเชื้อเอชไอวีต่างกัน ซึ่งจำแนกตามความเข้มข้นหรือจำนวนไวรัสที่ตรวจพบในสารคัดหลั่งนั้น แบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. Very high พบไวรัสจำนวนมาก มีเพียงอย่างเดียว คือ CSF
2. High พบเชื้อได้มาก เช่น เลือด Semen synovial fluid, Amniotic fluid และ Pericardial effusion
3. Moderate ได้แก่ Vaginal และ Cervical secretions, น้ำนม
4. Very low ได้แก่ น้ำตา น้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำคั่งหลังจากงูถูก เสมหะ เหงื่อ อาเจียน ทั้งนี้สารคัดหลั่งเหล่านี้ต้องไม่มีเลือดหรือหนองเจือปนอยู่

#### 5.4 แนวทางการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลในห้องคลอด

เนื่องจากลักษณะงานในห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเลือด น้ำคร่ำ หรือสารคัดหลั่งจากช่องคลอด ไม่ว่าจะเป็นการตรวจทางช่องคลอด การทำคลอด การเย็บแผลฝีเย็บ หรือการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีจำนวนเชื้อเอชไอวีสูง (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และอังฉรา วรารักษ์, 2536; CDC, 1988 อ้างใน สิริวรรณ ปิยะกุลดำรง, 2538: 14) ทำให้พยาบาลวิชาชีพเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แพร่ผ่านทางเลือดหรือสารคัดหลั่ง โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ให้การพยาบาลอย่างรีบเร่ง เช่น การช่วยคลอดฉุกเฉิน, การพยาบาลขณะมีการตกเลือด เป็นต้น ซึ่งลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติด้วยความรวดเร็วนี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่มีเวลาที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังการศึกษาของ Kelen และคณะ (1989: 516 อ้างใน สุภัญญา พรหมปัญญา, 2537: 29) พบว่า บุคลากรร้อยละ 44 ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ

แบบครอบจักรวาล แต่เมื่ออยู่ในภาวะที่ผู้ป่วยมีเลือดออกมาก บุคลากรเพียงร้อยละ 19.5 เท่านั้นที่ปฏิบัติตามหลักการ ดังนั้น เพื่อลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเนื่องจากอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุข จึงได้มีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อดังต่อไปนี้ (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2534 ; ศภาพร มนต์สถิตย์, 2535 ; Garner, 1992 ; Henderson, 1988)

1. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งในการปฏิบัติทั้งก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วยหรือสิ่งของที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยบริการและหลังจากถอดถุงมือ เพื่อเป็นการกำจัดเชื้อโรคจากการสัมผัสให้ลดน้อยลงหรือหมดสิ้นไป ซึ่งวิธีการล้างมือ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 การล้างมือทั่ว ๆ ไป (Normal handwashing) ใช้น้ำกับสบู่ธรรมดาฟอกมือให้ทั่วทั้งนิ้วมือ งามนิ้ว และซอกเล็บ นานอย่างน้อย 10 วินาที แล้วเช็ดมือให้แห้งด้วยกระดาษหรือผ้า (ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งหรือซัก)

1.2 การล้างมือเพื่อหัตถการเล็กหรือการตรวจพิเศษ หรือการล้างมือหลังสัมผัสสิ่งที่มีเชื้อ (Hygienic handwashing) ให้ล้างมือด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อและน้ำที่ไหลจากก๊อก ฟอกมือให้ทั่วเช่นเดียวกับการล้างมือทั่ว ๆ ไป นานอย่างน้อย 30 วินาที และเช็ดมือให้แห้ง หรือถูมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ 70% แอลกอฮอล์ หรือ 70% แอลกอฮอล์ ผสมกับ 0.5% กลอเอ็กซีดีน อย่างทั่วถึงจนแห้ง โดยไม่ต้องล้างออกด้วยน้ำ หรือเช็ดด้วยผ้า

1.3 การล้างมือเพื่อหัตถการในห้องผ่าตัด และการทำคลอด (Surgical handwashing) เป็นการล้างมือก่อนทำหัตถการที่ต้องป้องกันการติดเชื้อ ให้ล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อนาน 3-5 นาที แล้วล้างด้วยน้ำ ถ้ามือหรือเล็บเปื้อนอาจใช้แปรง แปรงซอกเล็บและปลายเล็บก่อนฟอกมือ

ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องคลอดควรมีการล้างมือให้ถูกประเภท ดังตารางที่ 1

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 การล้างมือก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรม จำแนกตามประเภทของการล้างมือและประเภทของกิจกรรม

กิจกรรม	การล้างมือก่อนปฏิบัติกิจกรรม			การล้างมือหลังปฏิบัติกิจกรรม		
	ล้างมือ ทั่วไป	ล้างมือเพื่อทำ หัตถการเด็ก	ล้างมือเพื่อทำ หัตถการผ่าตัด	ล้างมือ ทั่วไป	ล้างมือเพื่อทำ หัตถการเด็ก	ล้างมือเพื่อทำ หัตถการผ่าตัด
- บริการทั่วไป	+	-	-	+	-	-
- หัตถการเด็ก	+	+	-	+	+	-
- หัตถการใหญ่	-	-	+	-	+	-
- เปรอะเปื้อนสิ่งที่มีเชื้อ เช่น เลือดหรือสารคัดหลั่ง	-	-	-	-	+	-
- การตรวจทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก	+	-	-	-	+	-
- การทำคลอด	-	-	+	-	+	-
- ก่อนจับต้องผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่นทารกแรกเกิด	+	-	-	-	-	-
- การช่วยฟื้นคืนชีพ	-	+	-	-	+	-

2. สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่อาจจะมีโอกาสสัมผัสกับเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้รับบริการ เช่น เมื่อเจาะเลือด ตรวจทางช่องคลอด ทำคลอด เย็บแผลฝีเย็บ เป็นต้น ถุงมือเป็นอุปกรณ์ป้องกันที่ใช่มากที่สุด แต่การใช้มีโอกาสผิดพลาดได้ง่ายเนื่องจากมักมีการใช้ถุงมือเพียงเพื่อป้องกันตนเองโดยไม่ก่อระยะรั่วระหว่างการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมจากถุงมือที่สกปรก และการไม่เปลี่ยนถุงมือเมื่อให้การพยาบาลผู้รับบริการรายต่อไป การใช้ถุงมืออย่างถูกต้องควรปฏิบัติดังนี้

### 2.1 เลือกใช้ถุงมือให้สอดคล้องกับกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย

2.1.1 ถุงมือปราศจากเชื้อ (Sterile glove) ซึ่งมีทั้งขนาดสั้นสำหรับทำหัตถการทั่วไป และขนาดยาวสำหรับการล้างรก และการผ่าตัดที่มีเลือดออกมาก

2.1.2 ถุงมือสะอาด (Non sterile glove) แบ่งเป็นถุงมือสะอาด สำหรับการตรวจทั่วไปที่ต้องการความสะอาดเท่านั้น และถุงมือยางอย่างหนาสำหรับงานซักล้างและทำความสะอาด

2.2 ให้ใส่ถุงมือทุกครั้งที่มีมือมีบาดแผล แม้ว่าจะเป็นเพียงแผลจากหนังหุ้มเล็บก็ก็ตาม หรือให้การดูแลผู้รับบริการที่คาดว่าจะสัมผัสสิ่งที่อาจมีเชื้อโรคได้ ถ้าไม่แน่ใจว่ามีบาดแผลที่มือ

อาจตรวจสอบด้วยการเช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์ 70 % ถ้ามีอาการแสบแสดงว่ามีบาดแผลควรรีใส่ถุงมือเพื่อป้องกันตนเองทุกครั้ง

2.3 ภายหลังปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้ว ให้ถอดถุงมือออกใส่ลงในถังที่เตรียมไว้ แล้วล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง

2.4 ต้องเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งที่จะให้การดูแลผู้รับบริการรายใหม่ หรือเปลี่ยนทุกครั้งที่ใช้ถุงมือปราศจากเชื้อแล้วเกิดการปนเปื้อน หรือเมื่อเปลี่ยนกิจกรรมใหม่

3. สวมเสื้อคลุมหรือผ้ากันเปื้อนทุกครั้ง ในกรณีที่คาดว่าจะมีการกระเด็นของเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้รับบริการ เช่น การทำคลอด การเจาะถุงน้ำ การช่วยแพทย์ด้วงรก การขูดมดลูก เป็นต้น และในการปฏิบัติงานบางอย่าง เช่น การล้างถุงมือ, ล้างเครื่องมือแพทย์ และการทำความสะอาดต่าง ๆ เป็นต้น

4. สวมแว่นตาและผ้าปิดปากปิดจมูก ในกรณีที่อาจจะมีการกระเด็นของเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้รับบริการเข้าตา ปาก และจมูก เช่น การทำผ่าตัดใหญ่ การทำคลอด เป็นต้น การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก และแว่นป้องกันตาควรสวมให้กระชับกับใบหน้า หากผ้าปิดปากปิดจมูกเปียกชื้นควรเปลี่ยนใหม่ แว่นป้องกันตาควรปิดไปถึงด้านข้างใบหน้าและสวมกระชับใบหน้า เมื่อเสร็จกิจกรรมควรล้างมือก่อนถอดผ้าปิดปากปิดจมูกและแว่นป้องกันตา และไม่สัมผัสด้านนอกของผ้าปิดปากปิดจมูกและแว่นป้องกันตา เมื่อใช้แว่นป้องกันตาแล้วนำไปทำความสะอาดก่อนแล้วจึงนำกลับมาใช้ใหม่ได้

5. พยายามหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลขณะทำงาน ดังนี้

5.1 เข็มฉีดยา ควรระมัดระวังการถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วทิ่มแทงมือ ด้วยการไม่สวมปลอกเข็มกลับคืน เนื่องจากมีรายงานพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการถูกเข็มทิ่มแทงเกิดจากการสวมปลอกเข็มคืน ดังการศึกษาของ Willy *et al.* (1990) ที่พบว่า การถูกเข็มทิ่มแทงมีความสัมพันธ์กับการสวมปลอกเข็มกลับคืนหลังจากที่ใช้แล้ว และจากการศึกษาของ Becker *et al.* (1990) เกี่ยวกับการสวมปลอกเข็มกลับคืนของแพทย์และพยาบาล โดยการนับจากเข็มที่อยู่ในภาชนะสำหรับทิ้งเข็ม พบว่า อัตราการสวมปลอกเข็มกลับคืนของแพทย์และพยาบาลพบมากกว่าร้อยละ 25 และบางแห่งสูงถึงร้อยละ 50 การสวมปลอกเข็มกลับคืนนี้สัมพันธ์กับการขาดความรู้ ความกังวลในเรื่องโอกาสเสี่ยงของบุคลากรอื่น ๆ สัมที่จะปฏิบัติตาม ความยุ่งยากที่จะปฏิบัติตามนโยบายของหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการเข้าใจผิดว่าการสวมปลอกเข็มกลับคืนนี้เป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการถูกเข็มทิ่มแทง หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ หลังจากใช้เข็มกับผู้ป่วยแล้วไม่ควรสวมปลอกเข็มกลับคืน กรณีที่มีความจำเป็นต้องสวมปลอกเข็มคืนต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยจับปลอกเข็มให้ตรงกับที่ เพื่อสะดวกต่อการใส่เข็มลงในปลอกได้อย่างปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทง หรือใช้วิธีการสวม

ปลอกเข็มโดยใช้มือข้างเดียว (One-handed scoop technique) ห้ามหักงอเข็มเมื่อใช้แล้ว เข็มที่ใช้แล้วควรทิ้งให้เป็นที่เป็นที่โดยใส่ในภาชนะที่ไม่แตก ร่วงง่ายและเข็มแทงทะลุผ่านไม่ได้ ที่ดีที่สุดคือควรทิ้งในกระป๋องโลหะ เมื่อภาชนะเต็มให้ปิดฝาแล้วส่งเผาหรือทำลายต่อไป ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นถูกเข็มที่แทงโดยบังเอิญ

5.2 เข็มเย็บแผล ไบมิด จะต้องไม่จับเข็มเย็บแผลหรือไบมิดโดยตรง ให้ใช้คีมจับเข็ม (Needle holder) หรือคีม (Clamp) จับแทน ห้ามส่งของมีคมจากมือบุคคลหนึ่งสู่มืออีกบุคคลหนึ่งโดยตรง ให้จัดส่งโดยวางในภาชนะรองรับก่อนแล้วจึงหยิบ (No touch technique) และห้ามวางให้ส่วนแหลมคมยื่นออกนอกภาชนะรองรับเพราะอาจเกิดอันตรายต่อผู้อื่น

5.3 หลอดแก้วหรือหลอดยา ควรระมัดระวังขณะหยิบจับหลอดแก้วหรือหลอดยาที่แตก ให้ใช้ผ้าสะอาดหรือสำลีรองขณะทำการหักหลอดยา (Ampule)

กรณีเกิดอุบัติเหตุจากการถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดผู้ป่วยที่มด้า หรือบาดที่ผิวหนัง หรือกระเด็นถูกผิวหนังของร่างกายที่มีบาดแผล ให้รีบบีบเค้นเลือดออกให้มากที่สุดและชำระบาดแผลให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือ Chlorhexidine หรือแอลกอฮอล์

6. การทำความสะอาดเมื่อเลือด หนอง หกรดพื้น ให้สวมถุงมือเช็ดเลือด หนอง ที่หกรดพื้น ออกด้วยกระดาษแล้วทิ้งในถุงขยะ เสร็จแล้วราดให้ทั่วบริเวณจากรอบนอกเข้าข้างในด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (Sodium hypochlorite) 0.5 % หรือ 70% แอลกอฮอล์ ทิ้งไว้ นาน 30 นาที จึงเช็ดถูออกด้วยวิธีธรรมดา

7. เครื่องมือเครื่องใช้ที่จะต้องสัมผัสกับเลือด น้ำเหลืองของผู้รับบริการโดยตรง ควรเป็นชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง แต่ถ้ามีความจำเป็นต้องนำกลับมาใช้อีกก็ให้นำไปทำความสะอาดและอบฆ่าเชื้อให้ถูกต้อง ซึ่งหลักปฏิบัติสำหรับการล้างทำความสะอาดเครื่องมือก่อนนำไปอบฆ่าเชื้อ ได้แก่

7.1 ให้สวมถุงมืออย่างหนา และผ้าอย่างกันเปื้อน

7.2 เครื่องมือที่ปนเปื้อนเชื้อ ก่อนนำมาล้างทำความสะอาด ต้องผ่านการทำลายเชื้อมาก่อน

7.3 ห้ามหยิบเครื่องมือที่แหลมคมด้วยมือ ให้ใช้คีมจับ หรือกระซอนแทน

7.4 หลังจากล้างเครื่องมือแล้ว ต้องล้างมือทุกครั้ง

8. ห้ามใช้ปากดูดหรือเป่าในการกระทำงานใด ๆ กับตัวผู้รับบริการโดยตรง กับเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้รับบริการ หรือแม้แต่กับเครื่องมือที่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้รับบริการปนเปื้อนอยู่ เช่น ห้ามทำการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยวิธีปากต่อปากกับผู้รับบริการ ห้ามใช้ปากดูดไปเปิดในการตรวจเลือด ห้ามใช้ปากดูดพิษจากบาดแผล เป็นต้น

9. การปฏิบัติต่อสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ เช่น เลือด, ปัสสาวะ, น้ำคร่ำ เป็นต้น ควรปฏิบัติตามหลักต่อไปนี้

9.1 สิ่งส่งตรวจต้องใส่ลงในภาชนะที่ปิดฝาผนึกแน่น มีป้ายชื่อของผู้รับบริการ  
หรือผู้ป่วย วัน เดือน ปี ที่เก็บ ติดไว้ให้เรียบร้อย

9.2 ใส่ภาชนะที่บรรจุสิ่งส่งตรวจในตะกร้า ให้ภาชนะนั้นตั้งตรงตลอดเวลา หรือบรรจุ  
ภาชนะสิ่งส่งตรวจลงในถุงพลาสติก ถุงละ 1 ตัวอย่าง เพื่อให้ไม่หก

9.3 ถ้าสิ่งส่งตรวจแตกแตกหรือหกหล่นที่พื้น ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการทำความสะอาด  
เมื่อเลือด หนอง หกรดพื้น ดังได้กล่าวไว้แล้ว

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล  
อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงสรุปวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องคลอด  
ดังตารางที่ 2 (สิริวรรณ ปิยะภูกดำรง, 2538: 24-26)

ตารางที่ 2 การใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องคลอด

กิจกรรม	อุปกรณ์ในการป้องกัน							
	ถุงมือ ปราศจาก เชื้อ	ถุงมือ สะอาด	ถุงมือ อย่าง หนา	เสื้อ คลุม	ผ้าปิด ปากปิด จมูก	ผ้ายาว กัน เปื้อน	แว่นตา	รองเท้า บูท
1. การโกนขนบริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์	-	+	-	-	-	-	-	-
2. การตรวจภายใน อย่างสั้น	+	-	-	-	+	+/-	-	-
3. การให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ	-	+	-	-	-	-	-	-
4. การเจาะเลือด	-	+	-	-	-	-	-	-
5. การทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์เตรียม คลอด (กรณีเตรียม ให้ผู้อื่นทำคลอด)	+	-	-	-	+	+	-	-

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรม	อุปกรณ์ในการป้องกัน							
	ถุงมือ ปราศจาก เชื้อ	ถุงมือ สะอาด	ถุงมือ อย่าง หนา	เสื้อ คลุม	ผ้าปิด ปากปิด จมูก	ผ้ายาง กัน เปื้อน	แว่นตา	รองเท้า บูท
6. การทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์	-	+	-	-	+/-	+/-	-	-
7. การทำคลอด อย่างยาว	+	-	-	+	+	+	+	+
8. การเช็ดตัวเด็กหลัง คลอด	-	+	-	-	+	+/-	-	-
9. การทำความสะอาด เตียง	-	-	+	-	-	+/-	-	-
10. การทำความสะอาด เครื่องมือที่เป็น เลือดหรือสารคัดหลั่ง	-	-	+	-	+	+	+	-
11. การสวนปัสสาวะ	+	-	-	-	-	+/-	-	-
12. การเคลื่อนย้ายผู้รับ บริการที่เป็นเลือด	-	+	-	-	-	+/-	-	-
13. การจับต้องสิ่งของ ที่ปนเปื้อนเลือดหรือ สารคัดหลั่ง	-	+	-	-	-	+/-	-	-

หมายเหตุ

+

หมายถึง

ให้ใช้

-

หมายถึง

ไม่ต้องใช้

+/-

หมายถึง

ให้พิจารณาเป็นกรณี

ควรใช้อุปกรณ์เมื่อมีการกระเด็น

ของเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย

## 5.5 เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาไม่พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็นเครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่น จากการศึกษาของพรพรรณ เชียรปัญญา (2535) ได้สร้างเครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นเครื่องมือวัด



ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ และการศึกษาของศุกัญญา พรหมปัญญา (2537) เป็นเครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อที่ติดต่อผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อและอันตรายจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยวัดความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ซึ่งคำถามมีลักษณะคล้ายกับการศึกษาของพรพรรณ เขียวปัญญา (2535)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของศิริวรรณ ปิยะกุลดำรง (2538) ซึ่งได้ดัดแปลงแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยไม่มีเครื่องมือวัดความรู้ แต่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่ามีความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อในระดับใด

จากการพิจารณาเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ผู้วิจัยเห็นว่าเครื่องมือของศุกัญญา พรหมปัญญา (2537) ใกล้เคียงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้มากที่สุด จึงนำมาใช้และดัดแปลงข้อคำถามบางข้อเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะงานในห้องคลอดและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

เครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับ UPs ของศุกัญญา พรหมปัญญา (2537) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่

ข้อ 1. ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้น เพื่อความปลอดภัยขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พยาบาลควรปฏิบัติอย่างไร

ข้อ 2. เชื้อเอชไอวีมีลักษณะการแพร่กระจายเชื้อคล้ายกับเชื้อโรคชนิดใดมากที่สุด

ข้อ 3. บุคลากรในทีมสุขภาพมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากวิถีทางใดมากที่สุด

ข้อ 4. การป้องกันการติดเชื้อตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล หมายถึง

ข้อใด

ข้อ 5. ข้อใด คือ หลักการสำคัญในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล

ข้อ 6. สารคัดหลั่ง (Body fluid) ในร่างกายที่สามารถแพร่เชื้อเอชไอวี คือ ข้อใด

ข้อ 7. ข้อใดควรปฏิบัติในการเจาะเลือดหรือให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดผู้ป่วย

ข้อ 8. ข้อใดควรปฏิบัติหลังจากฉีดยาหรือเจาะเลือดผู้ป่วย โดยการใช้เข็มชนิดใช้ครั้งเดียว

ข้อ

ข้อ 9. ข้อใด คือ อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่ต้องใช้เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาก

(Active bleeding)

ข้อ 10. น้้ายาเคมีในข้อใดที่สามารถฆ่าเชื้อเอชไอวีได้เมื่อแช่นาน 30 นาที

ข้อ 11. วิธีใดที่ประหยัด ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผลดี ในการทำลายเชื้อเอชไอวีที่ปนเปื้อนอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เป็นโลหะ

ข้อ 12. ข้อใดควรปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วยทิ่มแทง

### 5.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ดังต่อไปนี้

ศุภัญญา พรหมปัญญา (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ ทักษะคติ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ลักษณะงานและการสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาล กับการปฏิบัติตามหลัก Universal precautions (UP) ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลน่าน จำนวน 116 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลน่านมีการปฏิบัติตามหลัก UP, ระดับดี มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับ UP, ระดับปานกลาง มีทัศนคติที่ติดต่อกับหลักการ UP, และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับ UP, กับการปฏิบัติตาม UP, แต่ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตามหลัก UP,

สิริวรรณ ปิยะกุลดำรง (2538) ได้ทำการศึกษาการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสาร นครเชียงใหม่ ผลการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอด จำนวน 56 คน พบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอดมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับต่ำ กล่าวคือ มีการล้างมือก่อนปฏิบัติกิจกรรมเพียงร้อยละ 0.3 และล้างมือหลังปฏิบัติกิจกรรมร้อยละ 7.2 มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันตามหลักการ ร้อยละ 60.3 โดยถุงมือเป็นอุปกรณ์ป้องกันที่มีการใช้มากที่สุด และมีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคมตามหลักการร้อยละ 67.6 เจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอดได้ให้เหตุผลที่ไม่ล้างมือ คือ คิดว่ามือสะอาดแล้ว ใส่ถุงมือแล้วไม่จำเป็นต้องล้างมือ อุปกรณ์ล้างมือไม่เหมาะสม ไม่มีเวลา และทำงานที่ต่อเนื่องกัน เหตุผลที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกัน คือ งานรีบเร่งใส่อุปกรณ์ป้องกันไม่ทัน ใส่แล้วปฏิบัติงานไม่สะดวก ไม่สุขสบาย อุปกรณ์ป้องกันมีไม่เพียงพอ และคิดว่าบางกิจกรรมไม่จำเป็นต้องใช้ เหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามหลักการป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคม คือ คิดว่าการไม่สวมปลอกเข็มทำให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น, ไม่ถนัด และต้องการความรีบด่วน

วันทนีย์ ทิพย์ถาวรนุกูล (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal precautions) ของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามหลักระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และประวัติการได้รับอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลัก

นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล, มยุรี จิรวินัย และ โชคชัย เปลี่ยนไฟโรจน์ (2540) ทำการวิจัย เรื่อง “อุบัติเหตุจากการทำงานและการสำรวจความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามหลักการป้องกันแบบครอบจักรวาลของนิสิตแพทย์ระยะคลินิก” โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตแพทย์ใน ระยะคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2538 จำนวน 294 คน ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 89.2 และ 75.8 มีความรู้และเจตคติโดยรวมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแบบ ครอบจักรวาล (Universal precautions) ระดับสูง และร้อยละ 62.5 มีการปฏิบัติโดยรวมตามหลัก UP, ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตาม หลัก UP, กับชั้นปีการศึกษา

## 6. ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 ความยึดมั่นผูกพัน

#### ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ไว้ดังนี้

ความยึดมั่นผูกพัน หมายถึง การที่บุคคลได้เข้าสู่อาชีพแล้วจะไม่เปลี่ยนอาชีพด้วยเหตุผล ทางเศรษฐกิจโดยอ้างถึงกระบวนการที่เข้ามาสู่อาชีพอย่างมีความมั่นใจ และปรารถนาที่จะประกอบ อาชีพนั้นต่อไปด้วยความสมัครใจ (Becker, 1960 อ้างใน ชวนพิศ ชิวารักษ์, 2539: 14)

ความยึดมั่นผูกพัน หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลได้ทุ่มเทแรงกาย และความจงรักภักดี ต่อระบบ ตัวอย่างเช่น ต่อองค์กร, ต่อวิชาชีพ หรือต่อครอบครัว เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการ และแสดงออกซึ่งธรรมชาติของตนเอง (Kanter, 1968 cited in Coreley and Mauksch, 1993)

ความยึดมั่นผูกพัน หมายถึง ข้อผูกมัด หรือคำปฏิญาณของบุคคลที่มีต่อการกระทำ หรือ การตัดสินใจ (Pallak *et al.*, 1980 อ้างใน ชวนพิศ ชิวารักษ์, 2539: 14)

#### ความสำคัญของความยึดมั่นผูกพัน

ความยึดมั่นผูกพันเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาแนวคิดของคน และบอกคุณลักษณะของ บุคคลแต่ละคนได้ เนื่องจากความยึดมั่นผูกพันเป็นการผสมผสานหรือแยกแยะสิ่งต่าง ๆ ของแต่ละ บุคคลตามประสบการณ์ที่ได้รับมาแล้วเกิดเป็นประสบการณ์ของคน ๆ นั้น (Reicher, 1985 : 474) นอกจากนี้ ความยึดมั่นผูกพันยังช่วยสนับสนุนในการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างบุคคลกับ หน่วยงาน ระหว่างแรงจูงใจของมนุษย์กับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากหน่วยงาน (สวัสดีการ) ทั้งหน่วยงานและคนในหน่วยงานต่างได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากความยึดมั่นผูกพันด้วยกัน ซึ่ง ความยึดมั่นผูกพันจะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาและรวมถึงกิจกรรมที่หลากหลายที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน (Becker, 1960 : 33 cited in Coreley and Mauksch, 1993)

## ประเภทของความยึดมั่นผูกพัน

ความยึดมั่นผูกพัน โดยทั่วไปสามารถแบ่งออกได้ดังนี้ (Coreley and Mauksch, 1993)

1. ความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพ (Career commitment) หมายถึง ขอบเขตลักษณะการทำงาน ตลอดช่วงอายุวัยทำงาน
2. ความยึดมั่นผูกพันต่องาน (Job commitment) หมายถึง ความจงรักภักดี ซื่อสัตย์ต่องาน ของตนหรืองานอื่นที่ตนมีส่วนร่วม
3. ความยึดมั่นผูกพันต่อกิจการงาน (Occupation commitment) หมายถึง ความจงรักภักดี ซื่อสัตย์ต่อบทบาทเฉพาะของคนที่มืออยู่ในวิชาชีพ
4. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Organizational commitment) หมายถึง ความเชื่อที่ แข็งแกร่งในการยอมรับเป้าหมายขององค์กรและให้คุณค่าเต็มใจที่จะพยายามจัดสรรทำประโยชน์ที่มีผลต่อองค์กรและจัดการรักษาผลประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับในองค์กรอย่างเป็นธรรม
5. ความยึดมั่นผูกพันต่อผู้ป่วย (Patient commitment) หมายถึง ความเต็มใจที่จะช่วยลด ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล หรือเป็นความซื่อสัตย์ของพยาบาลที่จะแสดงออกต่อผู้ป่วย ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น
6. ความยึดมั่นผูกพันต่อบุคคล (Personal commitment) หมายถึง ความซื่อสัตย์และจงรัก ภักดีต่อครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง
7. ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Professional commitment) หมายถึง การวางแผนการ ทำงานของพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการให้การพยาบาลตลอดระยะเวลา หรือเป็นการทำข้อตกลง ของพยาบาลที่ให้คำมั่นว่าจะให้การพยาบาลในการดูแลที่ดี มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย
8. ความยึดมั่นผูกพันในการทำงาน (Work commitment) หมายถึง ความรู้สึกรักของบุคคล ในการทำงาน หรือมีความหมายต่อการทำงาน

## 6.2 แนวคิดของวิชาชีพพยาบาล

### ความหมายของวิชาชีพ

วิชาชีพ (Profession) หมายถึง อาชีพประเภทใดประเภทหนึ่งที่มีอำนาจและสถานภาพทาง สังคมเป็นที่ยอมรับว่ามีความสำคัญในสังคม เช่น อาชีพทางการแพทย์ กฎหมาย ศาสนา ผู้ประกอบ วิชาชีพโดยปกติจะต้องมีทักษะทางเทคนิคสูง และได้รับการศึกษาหรืออบรมจนเป็นที่รับรองอย่าง เป็นทางการ มีหลักฐานแสดงคุณวุฒิ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2524: 283)

### คุณลักษณะของวิชาชีพ

มีผู้กำหนดคุณลักษณะของวิชาชีพไว้ ดังนี้ (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2539: 4)

1. เป็นบริการที่จำเป็นในสังคม

2. ใช้วิธีการแห่งปัญญาในการประกอบอาชีพ
3. ได้รับการศึกษาให้มีความรู้ในศาสตร์แห่งวิชาชีพนั้นเป็นเวลานานเพียงพอ
4. มีเสรีภาพในการให้บริการแก่สังคม
5. มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
6. มีองค์กรวิชาชีพถูกต้องตามกฎหมาย

ส่วน Pavalko ได้กำหนดคุณลักษณะคำว่า “วิชาชีพ” ไว้ดังนี้ (Pavalko, 1971 cited in Bernhard and Walsh, 1981)

1. มีทฤษฎีหรือองค์ความรู้เฉพาะสาขาที่ชัดเจน
2. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมพื้นฐานของสังคม
3. มีระยะเวลาในการศึกษาและฝึกงานที่ยาวนานพอสมควร
4. มีแรงจูงใจในการทำงาน
5. มีเอกสิทธิ์ในการทำงาน
6. มีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ
7. มีความรู้สึกร่วมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม
8. มีจรรยาบรรณ

#### คุณลักษณะของการพยาบาล

Style (1982) อ้างใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2535: 3) ได้กำหนดความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติและจุดมุ่งหมายของวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. เชื่อว่าการพยาบาลเป็นแรงผลักดันในทางอาชีพที่มุ่งความเป็นอยู่อันดีของสังคม แรงผลักดันดังกล่าวต้องเป็นการปฏิบัติอย่างเต็มศักยภาพเพื่อสุขภาพอนามัย ช่วยการปรับตัวของบุคคล และปรับสภาพแวดล้อมของบุคคล การปฏิบัติเพื่อการบริการพยาบาลจะแสดงความเด่นชัด ความเป็นเอกภาพ และความสำคัญของวิชาชีพอย่างชัดเจน
2. การพยาบาลเป็นวินัยของวิชาชีพซึ่งต้องอาศัยการศึกษาที่เพียบพร้อม มีการวิจัยที่อาศัยศาสตร์ทางการแพทย์และมุ่งไปสู่ความก้าวหน้าทางการศึกษาและวินัยของวิชาชีพ
3. การพยาบาลเป็นการปฏิบัติในทางคลินิกซึ่งต้องอาศัยวิธีการทางด้านสรีร-จิต-สังคม และเทคโนโลยี เพื่อมุ่งการสงเคราะห์ช่วยเหลือ การยังชีพ และความสุภาพ
4. การพยาบาลเป็นการบริการโดยมุ่งมนุษยธรรมเป็นพื้นฐาน พยาบาลจะแสดงศักยภาพอย่างเต็มภาคภูมิในด้านการเคารพตนเอง ความแน่นอนของตนเอง และความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ
5. การพยาบาลเป็นการให้ที่สูงสุด เพื่อความเป็นอยู่ที่ดียิ่งขึ้นของสังคม ทั้งนี้ต้องสัมพันธ์กับคุณลักษณะของพยาบาล ดังนี้

5.1 ความชำนาญการของพยาบาลซึ่งได้พัฒนาอย่างดี

5.2 ความเข้าใจ ความรู้ศึกษาซึ่ง และความยกย่อง ขอมรับจากสังคมในความ  
ชำนาญการ

5.3 ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน กฎหมาย เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ช่วยให้  
สามารถแสดงออกซึ่งค่านิยมและความชำนาญการได้เต็มศักยภาพ

5.4 มีความสามารถในทางวิชาชีพ เพื่อดำรงความเป็นเอกภาพในทุกสถานการณ์

6. มีความเชื่อถือตนเองและสถาบันทางการพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

6.1 มีความรับผิดชอบในการพัฒนา และอุทิศจิตใจ ร่างกาย และวิญญาณ ให้แก่  
วิชาชีพและแก่บุคคลผู้รับบริการ

6.2 มีสิทธิที่จะปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ได้รับการยอมรับ และได้รับคำชมเชย  
ลักษณะเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล

จากความหมายและคุณลักษณะของวิชาชีพดังกล่าว แสดงว่า การพยาบาลถือเป็นวิชาชีพ  
สาขาหนึ่งซึ่งมีผู้อธิบายถึงลักษณะเฉพาะหรือข้อกำหนดของวิชาชีพการพยาบาลไว้ดังนี้ (Mauksch  
และ David ช่างโน สิวลิ คิริไล, 2539: 195-198)

1. วิชาชีพพยาบาลเป็นการให้บริการแก่สังคม กล่าวอย่างกว้าง ๆ โดยทั่วไปแล้วการ  
พยาบาลเป็นการให้บริการแก่สังคมในด้านช่วยดำรงรักษาสุขภาพอนามัยที่ดีของมนุษย์ การปฏิบัติ  
การพยาบาลจึงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญทางวิทยาศาสตร์ ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ  
การพิจารณาไตร่ตรองทบทวน และควบคุมลักษณะของการปฏิบัติหน้าที่อยู่เสมอ

2. วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาล  
เป็นการปฏิบัติแบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนั้น ความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์  
ในฐานะของสิ่งมีชีวิต จิตใจ และคุณค่า จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดและเป็นพื้นฐานของจริยธรรม  
กล่าวคือ ความเข้าใจในคุณค่าของมนุษย์จะนำไปสู่การรู้ว่าสิ่งใดควรทำไม่ควรทำ

3. วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคลที่แตกต่างกัน กระบวนการของ  
การพยาบาลเป็นความพยายามที่จะเข้าใจมนุษย์ในลักษณะของบุคคลแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน  
บุคคลแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัว การเข้าไปสัมผัสต่อผู้ป่วยแต่ละคนจึงต้องอาศัยการวางแผน  
การพยาบาล การปฏิบัติ และการประเมินผลของวิชาการพยาบาลที่พันขอบเขตของทฤษฎี ซึ่งต้อง  
อาศัยการสังเกตบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน วิธีการที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยรายหนึ่งอาจไม่เหมาะ  
กับผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง

4. วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย สิ่งสำคัญประการหนึ่งของ  
การปฏิบัติหน้าที่ของการพยาบาล คือ การเข้าไปสัมผัสรับรู้และมีส่วนร่วมในประสบการณ์ชีวิตของ  
ผู้ป่วย หมายถึง การเป็นกันเอง รับรู้เข้าใจในบุคลิกลักษณะ ความคิด ความเชื่อและรูปแบบของชีวิต

ของผู้ป่วยอันจะทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อถือ และลดช่องว่าง ความรู้สึกแปลกหน้าระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยลง

5. วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่อาศัยรูปแบบความสัมพันธ์แบบร่วมมือกัน ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย บางครั้งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย หรือการให้คำแนะนำเพื่อเลือกแนวทางตัดสินใจแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่เช่นนี้ต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ความรู้ ทัศนคติ ตลอดจนถึงความเชื่อของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการออกความเห็นและตัดสินใจ

6. วิชาชีพพยาบาลต้องอาศัยรูปแบบความสัมพันธ์ที่ใช้ศิลปะของการเอื้ออาทร (caring) การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อตัวผู้ป่วย การเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง รวมตลอดถึงสีหน้าแววตาของพยาบาลที่แสดงต่อผู้ป่วย

7. วิชาชีพพยาบาลเป็นการให้บริการตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือของบุคคลแต่ละคน ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความทุกข์ทางด้านจิตใจ พยาบาลจะต้องสามารถรู้ว่าตนควรจะทำปฏิบัติอย่างไร ต่อความต้องการความช่วยเหลือของบุคคลแต่ละคน

8. ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ที่อาศัยความเข้าใจในความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างฝ่ายต่างเป็นปัจเจกชนมีข้อจำกัด มีรูปแบบของพฤติกรรมที่เป็นของตน มีเสรีภาพที่จะเป็นอย่างที่ต้องการ มีความเป็นอิสระที่จะแสดงอาการตอบสนองต่อความสัมพันธ์ที่ได้เรียนรู้ การเรียนรู้ซึ่งกันและกันจากความสัมพันธ์ อาจก่อให้เกิดผลก้าวหน้าทางที่ดี ภายในขอบของจริยธรรมและการตัดสินใจที่ดีของพยาบาล ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยบางครั้งอาจยังไม่รับรู้ วิตกกังวล หวาดกลัว ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย จะช่วยทำให้เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย

9. ความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ คือสิ่งที่สำคัญที่สุด กระบวนการของการพยาบาลใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา และการปฏิบัติหน้าที่ผสมผสานกับมนุษยธรรม ศิลปะ และความชำนาญ ความรู้เกี่ยวกับภาวะของความเป็นมนุษย์จะช่วยทำให้พยาบาลสามารถอธิบายได้ถึงสภาพและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน รวมตลอดถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

10. แต่ละคนต้องเรียนรู้ตนเอง วิชาชีพพยาบาลมีพื้นฐานความเชื่อที่สำคัญในเรื่องคุณค่า ลักษณะเฉพาะตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคลที่ไม่อาจแทนที่กันได้ ตัวพยาบาลเองต้องรู้จักและตระหนักในตนเองก่อนจึงจะสามารถตระหนักและเข้าใจในตัวบุคคลอื่น ถ้าพยาบาลไม่เข้าใจตนเองแล้วก็ย่อมไม่อาจเข้าใจในบุคคลอื่น การปฏิบัติการค้าตัดสินใจใด ๆ ก็ตามจะมีลักษณะ

ที่ขาดการคำนึงถึงบุคคลอื่น คือ ขาดความรู้สึกในเรื่องใจเขาใจเรา ขาดความเคารพในความเป็นตัวของตัวเอง ของบุคคลอื่น

เพื่อให้การปฏิบัติในเชิงวิชาชีพชัดเจนยิ่งขึ้น Ganong (1980 อ้างใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2535: 2) จึงกำหนดคุณสมบัติของวิชาชีพพยาบาล ไว้ดังนี้

1. ทางด้านความรู้ พยาบาลจะต้องรอบรู้ในงานที่ปฏิบัติเป็นอย่างดี ต้องศึกษาและทำงานให้เกิดความรู้เพิ่มมากขึ้น ต้องไม่แสดงความไร้สมรรถภาพหรือลบกhub้เกียรติงานที่ตนเองปฏิบัติ
2. ด้านประสบการณ์ ต้องฝึกประสบการณ์ที่มีความหมาย สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากและตอบสนองต่อสถานการณ์ในทางที่ถูกต้อง
3. ด้านทักษะ ต้องเป็นผู้ชำนาญการ ทำงานด้วยคุณภาพสูงสุด ไม่ทำงานแบบสมัครเล่น เรียนรู้ด้วยวิธีการที่ดีเด่น ฝึกปฏิบัติความรู้ และให้บริการในทุกสถานการณ์
4. ด้านความเชื่อมั่นต้องไม่ไขว่เฉพาะตนเองเท่านั้น แต่ต้องเชื่อมั่นในบุคคลอื่น ซึ่งทำงานร่วมกัน
5. ด้านการเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนางาน ต้องเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไปสู่พัฒนาการในงาน เชื่อมั่นในความสามารถและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นในความสามารถดังกล่าว
6. ด้านการแสดงออก ต้องเป็นผู้พอใจในชัยชนะ ใช้ความสามารถรอบด้านให้ไปสู่ความสำเร็จสูงสุด เพื่อให้ได้รับความสำเร็จและภาคภูมิใจ
7. ด้านการยอมรับ มีความพึงพอใจในงาน และยืนหยัดอยู่กับความเป็นจริงตามคุณค่าที่ตนเองมองเห็น ปรับสภาพอย่างพอเพียงในหลาย ๆ ทาง ให้ความสำเร็จและพึงพอใจ
8. ด้านความเป็นผู้นำ ต้องเต็มใจในการเป็นผู้นำในหน่วยงาน ทำงานเต็มความสามารถ อุทิศเวลาและใช้ความพยายามจนถึงที่สุด ให้ได้ชื่อว่าเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ มองเห็นค่านิยมและความต้องการของหน่วยงานที่ปฏิบัติซึ่งมุ่งการบริการแก่สังคม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิทยาศาสตร์และศิลป์ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งหมด คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตที่ดีโดยที่พยาบาลต้องเป็นทั้งผู้ให้คำแนะนำ เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพอนามัย รวมถึงการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สังคม และจิตใจของผู้ป่วยให้ดีเท่ากับทางด้านร่างกาย นอกจากนี้พยาบาลจะต้องให้บริการทางด้านสุขภาพ อนามัยแก่ครอบครัว ชุมชน และแต่ละบุคคลด้วย

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้วิชาชีพการพยาบาล ดำรงไว้เพื่อเกียรติภูมิสูงสุดในสังคม และดำรงสถานภาพความเป็นวิชาชีพได้อย่างมั่นคง จึงมีการกำหนดบรรทัดฐานเฉพาะแบบของวิชาชีพการพยาบาล เรียกว่า “จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล” (Code of Ethics) เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับบุคลากรในวิชาชีพ ปฏิบัติงานการพยาบาลที่สอดคล้องตามความคาดหวังของสังคมวิชาชีพ และ



ผู้รับบริการ ซึ่งสาระสำคัญของจรรยาบรรณการพยาบาลตามหลักสากลของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurses Association's, A.N.A.) มีดังต่อไปนี้

1. พยาบาลพึงให้การพยาบาลแก่มนุษย์ ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและความแตกต่างของแต่ละบุคคลโดยไม่จำกัดในเรื่องสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้ป่วย หรือสภาพของปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย
2. พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย ด้วยการรักษาเรื่องราวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ
3. พยาบาลพึงให้การปกป้องคุ้มครองแก่ผู้ป่วย สังคม ในกรณีที่ความปลอดภัยทางด้านสุขภาพอนามัยถูกกระทบกระเทือนจากการกระทำที่อาจเกิดจากความไม่รู้ การขาดศีลธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายของบุคคลหนึ่งบุคคลใด
4. พยาบาลมีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
5. พยาบาลพึงดำรงไว้ซึ่งความรู้ความสามารถในการพยาบาล
6. พยาบาลพึงตัดสินใจด้วยความถี่ถ้วน ใช้ปรัชญา และข้อมูลอื่น ๆ อย่างเพียงพอเป็นหลักการในการที่จะขอคำปรึกษาหารือ การยอมรับหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมตลอดถึงการมอบหมายหน้าที่ให้แก่ผู้อื่นปฏิบัติแทน
7. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุน ในกิจกรรมที่ส่งเสริมความก้าวหน้าทางความรู้ของวิชาชีพ
8. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุน ในการพัฒนาและส่งเสริมมาตรฐานของการพยาบาล
9. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดและดำรงรักษาไว้ซึ่งสถานภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง
10. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะปกป้องคุ้มครองสังคม จากข้อมูล หรือความเข้าใจที่ผิด และดำรงรักษาไว้ซึ่งความสามัคคีของวิชาชีพ
11. พยาบาลพึงร่วมมือกับสมาชิกของวิชาชีพทางด้านสุขภาพอนามัย และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของสังคม

### 6.3 ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพการพยาบาล (Nursing professional commitment)

พยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันได้หลายอย่าง บางครั้งจะช่วยเสริมสร้าง ขัดแย้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ความยึดมั่นผูกพันที่พบ ประกอบด้วย ความยึดมั่นผูกพันต่อผู้ป่วย ต่อวิชาชีพ ต่อการเป็นผู้ให้การดูแล ต่อการทำงาน ต่องาน ต่อองค์กร ต่อเพื่อนร่วมงาน ต่อหน่วยงาน ต่อกลุ่ม

บุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ต่อครอบครัว และต่อบุคคลสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลที่มีต่อวิชาชีพเท่านั้น

### 6.3.1 ความหมายของความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

แนวคิดเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ มีผู้ให้คำนิยามแนวคิดไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้ Becker (1960) กล่าวว่า บุคคลที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่เมื่อยึดถือวิชาชีพใดเป็นการเฉพาะของสายวิชาชีพนั้น ๆ แล้วไม่เปลี่ยนงานวิชาชีพอีก แม้จะมีสิ่งล่อใจทางอื่นที่สูงกว่าก็ยังคงกระตือรือร้นที่จะยึดวิชาชีพนั้นต่อไป ซึ่งเป็นลักษณะการให้คำมั่นสัญญาต่อตนเองว่าจะปฏิบัติหรือประพฤติตามที่ยึดถือเป็นคติอย่างมั่นคงและสม่ำเสมอ แม้ว่าจะมีข้อต่อรองอื่นที่สูงกว่ามาล่อใจก็ตามที แต่นั่นไม่ใช่ทางเลือกสำหรับเขาอีกต่อไป

Mishler (cited in Etzioni, 1975) กล่าวว่า เป็นการที่บุคคลให้ความผูกพันด้านจิตใจต่อองค์กรอย่างเหนียวแน่นและเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว โดยที่การกระทำของคนนั้นแสดงออกถึงความสัมพันธ์ที่ตอบสนองต่อองค์กร

Etzioni (1975) กล่าวว่า การที่บุคคลได้เข้าไปอยู่ในองค์กรจะเกิดความรู้สึกอย่างแรงกล้าต่อองค์กร ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวอาจเป็นไปได้ทั้งในทางบวกหรือทางลบ ในทางบวกคือความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอย่างสูงนั้น เกิดจากการที่บุคคลรับเอาบรรทัดฐานขององค์กรเข้าไว้อย่างซึมซาบ และแสดงตนเข้าเป็นฝ่ายขององค์กรอย่างเด่นชัดภายหลังที่ได้ผ่านกระบวนการขัดเกลาแล้ว และนับได้ว่าเป็นสมาชิกขององค์กรที่สมบูรณ์ และการที่จะถือว่าบุคคลเป็นสมาชิกขององค์กรได้จะต้องเน้นลักษณะความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอย่างสูง

Herbert (1976) กล่าวว่า เป็นการประสานพฤติกรรมบุคคลกับเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดกิจกรรมและพฤติกรรมไว้แล้ว โดยการเสนอแนวทางและการเข้ามีส่วนร่วม การที่บุคคลแสดงออกว่าตนเห็นด้วยกับเป้าหมายขององค์กร และตั้งปณิธานที่จะยอมรับเป้าหมาย ก็จะต้องถูกใจให้ใช้พลังที่มีอยู่เพื่อสนองวัตถุประสงค์ต่อเป้าหมายนั้น บุคคลที่ยอมรับเป้าหมายขององค์กรอย่างแท้จริงจะแสดงตนเข้าเป็นพวกอย่างแน่นแฟ้น แม้จะต้องเสียสละประโยชน์ส่วนตนบางอย่างก็ตาม ในบางองค์กรความยึดมั่นผูกพันมีความสำคัญมากโดยเฉพาะองค์กรที่มีลักษณะงานริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่ใช่งานลักษณะประจำ ในบางองค์กรนั้นเป้าหมายของบุคคลกับเป้าหมายขององค์กรจะใกล้เคียงกันมาก ความยึดมั่นผูกพันของบุคคลต่อองค์กรจึงอยู่ในระดับสูง การคงอยู่ของความยึดมั่นผูกพันด้วยการให้เข้ามีส่วนร่วม แรงจูงใจ และการให้ความหมายของเป้าหมายใหม่เป็นเรื่องของการประสานกันระหว่างบุคคลกับองค์กร องค์กรจึงจะอยู่รอดด้วยการทำงานในระดับที่สูงขึ้นและมีคุณภาพ

Zander (1977) พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพไม่ใช่การเขียน แต่เป็นข้อตกลงว่า พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยทุก ๆ คน ด้วยการให้การพยาบาลที่ดีที่สุด และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ เป็นการจัดคุณค่า ให้ความสำคัญกับการให้การพยาบาล

Kerr, VonGlinow และ Schriesheim (1977) กล่าวว่า ความยึดมั่นผูกพันต่องานและวิชาชีพ คือ สิ่งที่บ่งบอกถึงคุณลักษณะทางวิชาชีพ โดยความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพจะรวมถึงความยึดมั่นผูกพันในงานที่ทำและยึดมั่นต่ออาชีพ ซึ่งความยึดมั่นในงานที่ทำ คือ ความซื่อสัตย์ ภักดี ต่องานที่ตนเองทำหรืองานที่ตนมีส่วนร่วม

Simpson (1979) กล่าวถึงความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพว่า สร้างขึ้นจากการศึกษาที่จำเพาะ ของตนเอง ซึ่งจะเกิดสิ่งนี้ขึ้นได้ต้องผ่านกระบวนการโดยเฉพาะ และความยึดมั่นผูกพันนี้จะสูงขึ้น เมื่อได้เข้าไปมีส่วนร่วมสัมพันธ์ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลนั้น ๆ ตามที่ได้รับการศึกษา

Young (1984) ให้ความหมายของความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพการพยาบาลว่า เป็นการวางแผนการทำงานในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา ซึ่งมีความหมายคล้าย ๆ กับ ความยึดมั่นผูกพันต่อการทำงาน

Moskowitz และ Scanlan (1986) และ Arunya, Kushnir และ Valency (1986 อ้างใน วัลภา ฐาน์กาญจน์, 2540) ได้ให้ความหมายของความผูกพันต่อวิชาชีพโดยอาศัยแนวความคิดของความผูกพันต่อองค์การของ Porter และ คณะ (1974) ว่า หมายถึง ความรู้ถึงผูกพันต่อวิชาชีพซึ่งมี ลักษณะดังนี้

1. มีความเชื่อมั่น และยอมรับในคุณค่าและเป้าหมายของวิชาชีพ
2. มีความตั้งใจ และความพร้อมที่จะใช้ความพยายามที่มีอยู่เพื่อวิชาชีพ
3. มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงอยู่ในวิชาชีพ

กล่าวโดยสรุป ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพมีลักษณะสำคัญ คือ เมื่อบุคคลอยู่ในฐานะที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเองในเรื่องการกระทำของเขาเพื่อประโยชน์ใด ๆ ก็ตาม เมื่อตกลงใจแล้วได้แสดงเจตนานั้น โดยการกระทำด้วยตนเอง และเมื่อให้คำมั่นสัญญาต่อตนเองว่าได้ตกลงใจเช่นนั้นแล้วจะตระหนักถึงข้อตกลงใจนั้นอยู่อย่างฝังรากลึก

เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลจัดว่าเป็นวิชาชีพดังกล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้น พยาบาลมักได้รับการคาดหวังจากสังคมวิชาชีพและผู้รับบริการว่า ควรจะแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมตามคุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันโรค ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วางแผน และดูแลให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ หรือ ประสบการณ์ทางการพยาบาลเท่านั้น แต่สิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง คือ อุคมการณ์ของความเป็นนักวิชาชีพ (Professionalism)

ในวิชาชีพทางการแพทย์ การจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้และอุดมการณ์ของความเป็นนักวิชาชีพอย่างแท้จริงนั้น จำเป็นต้องได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ก่อนที่จะเข้ามาสู่วิชาชีพพยาบาล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการขัดเกลาและเรียนรู้นานพอสมควรกว่าจะเกิดเป็นคุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล การขัดเกลาทางการแพทย์บาลนี้ถือเป็นการขัดเกลาทางการอาชีพซึ่งสอดคล้องกับการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ในขั้นทุติยภูมิ ที่เรียกว่า “กระบวนการเข้าสู่วิชาชีพ” (Tuckett, 1976: 15 อ้างใน ศิขริน สุสุข, 2531: 34) ซึ่งผนวกเอากระบวนการ 2 กระบวนการเข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ การให้ความรู้ทางวิชาการและการปลูกฝังบุคลิกภาพที่เหมาะสมสำหรับการอาชีพ เพื่อก้าวไปเป็นนักวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบและเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมต่อไป (Steward, 1987 : 44 อ้างใน ศิขริน สุสุข, 2531 : 34) ซึ่งการมีความรู้ทางการอาชีพและความรู้ทั่วไปในระดับสูง มีทักษะและความชำนาญที่เกิดจากการฝึกฝนที่ดี ประกอบกับความสามารถซึมซับเอาอุดมการณ์ของความเป็นนักวิชาชีพ (Professionalism) เข้าไว้ในตัวของพยาบาลแต่ละคนอย่างเต็มเปี่ยมนี้ จะทำให้พยาบาลทุกคนเกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพและพร้อมจะปฏิบัติงานด้วยอุดมคติและความเต็มใจ ทั้งนี้เพราะความรู้ทางวิชาชีพและอุดมการณ์ของความเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการถ่ายทอดและสั่งสอนมา จะช่วยทำให้บุคคลได้เรียนรู้ถึงสถานภาพและบทบาทที่ควรจะเป็นของตนเอง ประกอบกับมีคุณสมบัติที่เพียงพอที่จะดำรงอยู่ในวิชาชีพนั้น ๆ ดังที่ฟาริดา อิบราฮิม (2535: 135) กล่าวไว้ว่า การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้พยาบาลมองเห็นความหมายของวิชาชีพถือเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องช่วยกันสร้างให้สำเร็จ ด้วยหลักเกณฑ์ที่ว่า คนจะทำอะไรก็ตาม จะต้องมองเห็นเป้าหมายของความสำเร็จและทิศทางสู่ความสำเร็จ นั่นคือ การมองเห็นความหมายของผลงาน เข้าใจ ยืนหยัด และสามารถปฏิบัติงานนั้นให้มีความหมายยิ่งขึ้นในสายตาของตนเองและสังคม มีความตระหนักในความสำคัญของตนเอง มีกรอบทางจิตวิญญาณที่เพียงพอที่จะควบคุมตนเองเพื่อปฏิบัติบทบาทวิชาชีพให้สำเร็จ มีปรัชญาชีวิตที่สอดคล้องกับปรัชญาวิชาชีพ และปรัชญาของหน่วยงานที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ถ้ามีปัจจัยทางจิตวิญญาณพร้อมที่จะทำงานย่อมสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยความเต็มใจ และมีพลังความสามารถที่จะทำงานได้เต็มสมรรถภาพ

### 6.3.2 ความสำคัญของความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพการพยาบาล นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะความยึดมั่นผูกพันเป็นสิ่งที่แสดงออกหรือเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรัก ความภาคภูมิใจ ขอมรับ และยึดมั่นในจุดมุ่งหมายและอุดมการณ์ของวิชาชีพ อันเป็นผลทำให้พยาบาลมีความเต็มใจที่จะเป็นสมาชิกของวิชาชีพตลอดไป การสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพเป็นกระบวนการนำวิชาชีพไปสู่เป้าหมายและจะมีผลทำให้สมาชิกของวิชาชีพมีบุคลิกภาพที่ผสมผสานและพัฒนาไปในทิศทางเดียวกับวิชาชีพ

ผู้ที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพการพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ลึกจึ้งรักภักดี ความภาคภูมิใจ ความหวังใจและหวังดีต่อวิชาชีพการพยาบาล อันมีผลทำให้การแสดงพฤติกรรมต่อวิชาชีพเป็นไปในลักษณะตั้งใจ เต็มใจ จริงใจ และยินดีเสียสละที่จะทำงานทุกอย่างให้บรรลุผลสำเร็จ เพื่อให้วิชาชีพมีความเจริญก้าวหน้ารุ่งเรือง มีชื่อเสียงดีเด่นเป็นที่ยอมรับของบุคคลและสังคมทั่วไป (อังคณา โกศลย์สวัสดิ์, 2534) มีความซื่อสัตย์ต่อบรรทัดฐานของวิชาชีพการพยาบาล มีความตั้งใจมั่นในการประกอบกิจต่างๆ ในวิชาชีพให้สำเร็จตามเป้าหมายของวิชาชีพโดยไม่ย่อท้อ สำนึกและคำนึงถึงคุณภาพของงานตามเป้าหมายวิชาชีพเสมอ (นันทนา น้าฝน, 2536)

นอกจากนี้ ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพยังรวมถึงการแสดงคุณลักษณะของการมีความยึดมั่นผูกพันต่อบริการสุขภาพที่พยาบาลพึงมีให้กับประชาชน สร้างความเชื่อในศักดิ์ศรีและคุณค่าของบุคคลไม่ว่าจะมีความแตกต่างในทางเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา และเศรษฐกิจ มีความยึดมั่นผูกพันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความทันสมัยต่อเหตุการณ์ เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ และมีอิสระในเชิงความคิดตัดสินใจเพื่อใช้ความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติบทบาทในทางวิชาชีพเพื่อสุขภาพและความอยู่ดีของประชาชน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535)

#### 6.4 เครื่องมือที่ใช้วัดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

จากการศึกษาเครื่องมือที่ใช้วัดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพในต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะใช้เครื่องมือวัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของ Porter และคณะ (1974) เป็นพื้นฐาน และปรับปรุงเครื่องมือเป็นความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Allutto, Hrebiniak and Allonso, 1973; Ritzer and Ttriee, 1963; Aranya, Barak and Aranya, 1984 cited in Aranya, Kushnir and Valency, 1986: 433; Aranya, Kushnir and Valency, 1986: 433-488; Moskowitiz and Scanlan, 1986: 11-22 ย่างใน วัลภา ฐาน์ กาญจนัน, 2540: 42) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของ Porter และคณะ (1974) เป็นการวัดทางด้านทัศนคติ ประกอบด้วยลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

- 1) มีความเชื่ออย่างแรงกล้าในการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร  
หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับองค์กร มีค่านิยมที่กลมกลืนกับสมาชิกขององค์กร ตลอดจนมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าขององค์กร
- 2) มีความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อองค์กร  
หมายถึง การที่บุคคลได้อุทิศกำลังกาย ใจ เพื่อปฏิบัติภารกิจขององค์กรอย่างเต็มที่ โดยความรู้สึกจะต่างจากความผูกพันต่อองค์กรอื่นเนื่องมาจากการเป็นสมาชิกขององค์กร โดยปกติตรงที่พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานจะมุ่งเน้นความเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

### 3) มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะรักษาไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร

หมายถึง บุคคลจะไม่ย้ายหรือเปลี่ยนแปลงที่ทำงานหรือลาออกจากองค์กร เพราะรู้สึก ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และรู้สึกมั่นคงที่จะอยู่กับองค์กรนี้

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ทำการศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Porter และคณะ (1974) เช่นกัน เช่น ปิยะธิดา ผู้พัฒนา (2539) ชวนพิศ ชิวารักษ์ (2539) และวัลภา ฐาน์กาญจน์ (2540) โดยเฉพาะของวัลภา ฐาน์กาญจน์ ได้นำแบบวัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของ Porter และคณะ (1974) มาปรับปรุง โดยเปลี่ยนคำว่า “องค์กร” เป็นวิชาชีพ ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 30 คน ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ จำนวน 326 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .82 ในแบบวัดดังกล่าว ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทาง บวก 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ ส่วนเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ได้ยึดตามเกณฑ์ของแบบ วัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรซึ่งมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และระดับสูง (76-105 คะแนน)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวัดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของ วัลภา ฐาน์ กาจจน์ (2540) มาปรับปรุงใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และ ข้อคำถามส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับทัศนคติที่มีต่อวิชาชีพพยาบาล ซึ่งผู้ตอบต้องใช้ข้อมูลจากการปฏิบัติงาน ในองค์กรวิชาชีพของตนเองเป็นบรรทัดฐานในการพิจารณา และผู้วิจัยคิดว่าองค์กรวิชาชีพที่ เป็นโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีวัฒนธรรมไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้น เครื่องมือชุดนี้น่าจะมีความ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มากที่สุด

#### 6.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ มีรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ สำหรับในประเทศยังมีการศึกษาไม่มากนัก ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

Allutto และ คณะ (1973) อ้างใน ปิยะธิดา ผู้พัฒนา, 2539) ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ เป็นครูและพยาบาล จำนวน 318 คน และ 395 คน ตามลำดับ โดยใช้แนวคิดของ Side-bets Theory ของ Becker (1960) ที่ว่าด้วยบุคคลย่อมหวังผลประโยชน์ตอบแทนจากองค์กรในระยะยาวจาก การลงทุนลงแรงที่สะสมเพิ่มขึ้น ถ้าตัดสินใจลาออกย่อมหมายถึงการสูญเสียมากกว่าประโยชน์ที่ ได้รับ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพกับอายุและ ประสบการณ์ในการทำงาน

Aranya and Jacobson (1975) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือ นักวิเคราะห์ระบบ จำนวน 228 คน พบว่า ตัวแปร ทั้ง 2 มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ (Aranya, Kushnir and Valeney, 1986: 433-448; Mathiew and Zajac 1990: 171-194; McCloskey and McCain 1987:20-22 ; Moskowitz and Scanlan, 1986: 11-22) ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 นี้ สามารถอธิบายได้ในการศึกษาของ Gaither และ Mason (1992: 75-85) ที่กล่าวว่า แม้ผลการวิจัยจะพบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร แต่ในทางกลับกันความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรก็สามารถส่งผลกระทบต่อความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพได้เช่นกัน และผลกระทบที่สะท้อนกลับนี้พบว่าแรงกว่าผลกระทบเดิมที่เคยคาดไว้ โดยให้เหตุผลว่าองค์กรที่จ้างงานเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดการขัดเกลาความเป็นวิชาชีพ ได้ดีกว่าการขัดเกลาทางวิชาชีพที่เกิดขึ้นขณะถูกอบรมอยู่ในสถาบันทางวิชาชีพนั้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวยังมีความขัดแย้งกับการศึกษาของ Kracmer และ Rigolizzo-Gurenlian (1985: 53-63) ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 226 คน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ รวม 4 สาขา ได้แก่ Cytotechnology, Dental Hygiency, Medical Technology และ Radiotoxic Technology ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างความผูกพันต่อองค์กรและความผูกพันต่อวิชาชีพ

O'Kane (1984) ศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cherniss (1991) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพ โดยอธิบายว่า ความเครียดในการทำงานจะเกิดขึ้นในช่วงปีแรกของการฝึกหัดงานซึ่งจะนำไปสู่การมีความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพในระดับที่ต่ำลง

Steffy (cited in Cherniss, 1991 ) ศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพในกลุ่มของพยาบาลจิตเวชที่แต่งงานแล้ว พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสมากจะทำให้มีความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Young (1984) ที่พบว่า การแต่งงานและการมีครอบครัว เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ Cherniss (1991) ยังศึกษาต่อมา พบว่า อายุและประสบการณ์ในการพัฒนาวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อธิบายได้ว่าเมื่อคนเราอายุมากขึ้นประสบการณ์ต่าง ๆ จะมีมากขึ้นตาม สิ่งนี้จะก่อให้เกิดความชำนาญและความมั่นใจที่มากขึ้น ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถจะเกิดตามมา และถ้ายังมีมากความรู้สึกรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพก็จะเกิดตามมาในที่สุด

ศิขริน สู่สุข (2532) ศึกษากระบวนการขัดเกลาเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลพบว่ามี 3 กระบวนการคือ ระยะก่อนเข้าสู่กระบวนการขัดเกลา ระยะระหว่างกระบวนการขัดเกลา และระยะเข้าสู่วิชาชีพ ดังนี้

ระยะก่อนเข้าสู่กระบวนการจัดเกล้า เป็นระยะที่บุคคลจะตัดสินใจเข้าสู่วิชาชีพ พยาบาล อิทธิพลที่เป็นแรงจูงใจเลือกวิชาชีพนี้อย่างมีนัยสำคัญสูงสุด คือ อิทธิพลเชิงเศรษฐกิจ ได้แก่ จบแล้วมีงานทำทันที รายได้ดีพอสมควร อาชีพมั่นคง โดยที่สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะระหว่างกระบวนการจัดเกล้า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ การรับเอาค่านิยมของวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ, การรับน้องใหม่, การเรียนเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการพยาบาลขั้นพื้นฐาน สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้นิยามตัวเองได้ว่า เริ่มเข้าสู่แวดวงของวิชาชีพพยาบาลแล้ว ในขั้นตอนที่ 2 เกิดขึ้นจากการได้รับประสบการณ์ทางคลินิกขณะขึ้นฝึกปฏิบัติจนเกิดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ มั่นใจ ภาคภูมิใจ มีเกียรติ ภูมิใจในการปฏิบัติกรพยาบาล และสามารถพัฒนาตนเองเข้าสู่บทบาทพยาบาลได้อย่างดี จนขั้นสุดท้ายสามารถนิยามตนเองได้ว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่งของวิชาชีพ ตระหนักได้ว่าเป็นผู้รับผิดชอบต่อวิชาชีพ มีหน้าที่อย่างไรต่อวิชาชีพ

ระยะเข้าสู่วิชาชีพ เป็นระยะที่ถูกคาดหวังว่า เป็นผู้มีความรู้ทางอาชีพในระดับสูง มีทักษะมาจากการฝึกฝน ตลอดจนมีความเข้มแข็งในบทบาทและมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

ชวนพิศ ชิวารักษ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง แรงจูงใจ ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมสถาบัน และการบูรณาการตนเอง กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 897 คน พบว่า ภูมิหลังไม่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ, แรงจูงใจด้านความคาดหวังผลลัพธ์จากการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ, ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ, การบูรณาการตนเองด้านวิชาการมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างสูงกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ, และการบูรณาการตนเองด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

ปิยะธิดา ภูพัฒน์ (2539) ศึกษาระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลพบว่าอยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางต่ำ มีลักษณะคือ ไม่รู้สึกผิดหวังที่เข้ามาเป็นพยาบาล, ไม่ค่อยรักในวิชาชีพของตน พร้อมทั้งจะละทิ้งไปได้ ถ้าให้เลือกระหว่างอาชีพพยาบาลกับอาชีพอื่นที่เงินเดือนเท่ากันจะเลือกอาชีพอื่น ถ้าให้กลับไปเริ่มต้นใหม่ได้จะไม่เลือกเป็นพยาบาล และมีความคิดจะลาออกในอนาคตอันใกล้นี้ นอกจากนี้จากการสร้างตัวแบบเพื่ออธิบายระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ พบว่า อุดมการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ การมีภาระบทบาทที่มากเกินไป ความเครียดทางบทบาท และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีผลกระทบโดยตรงต่อความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ โดยพบว่าความเครียดทางบทบาทมีผลกระทบมากที่สุด รองลงมาคือ ความยึดมั่น ผูกพันต่อองค์กร



วัตถา ฐาน์กาญจน์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความผูกพันต่อวิชาชีพ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 388 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความผูกพันต่อองค์กรและต่อวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความผูกพันต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ( $p < .001$ )

## 7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

### 7.1 อายุ

เนื่องจากลักษณะงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อถ้าขาดความระมัดระวังตนเองในการป้องกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อขณะให้การพยาบาล (Breeman, 1988: 60-64 อ้างใน กิจวัฒน์ หุสดี, 2537: 2) ซึ่งความกลัวและความกังวลก่อให้เกิดความเครียดและไม่พึงพอใจในงานได้ (Morse, 1955: 27 อ้างใน สมลักษณ์ สุวรรณมาลี, 2539: 24) การที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยที่ตนเองไม่พึงพอใจต่อลักษณะงานเช่นนั้น จะทำให้งานด้านการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิผลของงาน (Schofield, 1975: 117 อ้างใน สมลักษณ์ สุวรรณมาลี, 2539: 23) และความไม่พึงพอใจในงานยังทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความไม่เต็มใจในการปฏิบัติงาน (Strauss and Sayles, 1960: 119-121 อ้างใน สมลักษณ์ สุวรรณมาลี, 2539: 24)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน (Weissman *et al.*, 1980: 77 ; อารี เพชรหุค, 2530: 62 อ้างใน สมลักษณ์ สุวรรณมาลี, 2539: 33-35 และ เขาวลัษณ์ เลาจินดา อ้างใน กนกพร แจ่มสมบุรณ์, 2539: 17) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่อายุต่างกัน อาจมีระดับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันด้วย

## 7.2 สถานภาพสมรส

จากการสำรวจพยาบาล แพทย์ และบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเหล่านี้ขาดความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยเอชไอวี หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Earl and Bamard, 1990 cited in Kelly *et al.*, 1995: 291) เนื่องจากในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่เป็นเอชไอวีหรือเสี่ยงต่อการเป็นเอชไอวี บุคลากรมีโอกาสดูแลหรือสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้จากกิจกรรมการดูแลต่างๆ ผลของการติดเชื้อเอชไอวีนอกจากจะกระทบต่อตนเองแล้วยังมีผลไปถึงครอบครัวอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Silverman (1993 cited in Flaskerud and Ungvarski, 1995: 328) ที่พบว่า ความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลมาจากการเร่งเร้าจากคู่สมรสหรือคนรักให้ลาออกจากราชการเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งจะกระทบไปถึงครอบครัว และจากการศึกษาของ Nagelkerk (1994) พบว่าร้อยละ 25 ของพยาบาลพยายามหลีกเลี่ยงจากการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี เนื่องจากต้องการความปลอดภัยกลัวกระทบต่อคู่สมรสและบุตร โดยพยาบาลที่มีบุตรแล้วเกิดความกลัวว่าถ้าตนเป็นโรคเอชไอวีเนื่องจากการปฏิบัติงานในอาชีพจะเป็นผลให้ตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้สมบูรณ์ (McCann, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่เป็นโสดมีความกลัวต่อเอชไอวีน้อยกว่ากลุ่มที่แต่งงานแล้ว (Wang; Simoni and Paterson, 1993) ดังนั้น ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดอาจมีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี (Jordan, 1991 ; Dellaira and Simoni, 1992 ; Paterson, 1993) อย่างไรก็ตาม การค้นพบดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ Behrens (1990) ที่พบว่า แรงกดดันจากสมาชิกในครอบครัวของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีไม่มีผลต่อความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี

## 7.3 ประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการของการได้มาซึ่งความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งประสิทธิภาพจะแตกต่างกันออกไปตามระยะเวลาในการทำงานของแต่ละบุคคล จากการศึกษานี้ของ Dyer (1981 อ้างใน รุ่งรวี จันทรแดง, 2540) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล กล่าวคือ ผู้ที่มีประสิทธิภาพสูง ความสามารถในการปฏิบัติงานก็จะสูงตามไปด้วย ในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี (พรพรรณ เขียวปัญญา, 2535: 82 และ จริยาวัตร คมพัคฆ์ และคณะ, 2535: 342) ดังนั้น พยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูง จึงน่าจะเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการสัมผัสกับผู้ป่วยเอชไอวีหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างดี และเกิดความเต็มใจที่จะทำงานกับผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพ

ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น การศึกษาของ Tessaro (1992) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ก่อนข้างจะมีความตั้งใจทำงานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McCann (1997) ที่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างผู้มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยเอดส์มาก่อนอย่างน้อย 6 เดือน กับความเต็มใจในการทำงานในหน่วยงานที่มีเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ ( $p < .01$ ) และหน่วยงานทั่ว ๆ ไป ( $p < .05$ ) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ Kemppainen และคณะ (1992) ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์, ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีจำนวนคนไข้เอดส์สูง, และประเมินตนเองว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อสูง กลับมีระดับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ลดลง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่างกัน น่าจะมีระดับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันด้วย

#### 7.4 ความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

Bloom และคณะ (1971) กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะระลึกถึงวิธีการและกระบวนการต่าง ๆ โดยวัตถุประสงค์ของความรู้ย้าในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ ซึ่งเมื่อนุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้อัตนมืออยู่จะนำไปสู่การแสดงผลพฤติกรรมขั้นสูงกว่าขึ้นไป เกิดการรับรู้ ปรับแนวคิด ทศนคติ และเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามความรู้ ความเข้าใจ หรือทศนคติที่ตนมืออยู่

ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีนัน พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะวิธี Universal precautions (UP) เพื่อเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง UP, จะเป็นพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงทศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากความรู้ ความเข้าใจ เป็นพื้นฐานของทศนคติที่เกี่ยวข้องกับความรู้อีกของบุคคล และความรู้สักจะมีผลกระทบต่อแสดงออกของบุคคล (Triandis, 1971: 2-3 อ้างใน สุกัญญา พรหมปัญญา, 2537: 26) ถ้าบุคคลเกิดทศนคติทางบวกหรือทศนคติที่ดี แนวโน้มบุคคลจะเข้าหาสิ่งเร้าเนื่องจากความชอบหรือพอใจ แต่ถ้าบุคคลเกิดทศนคติทางลบหรือทศนคติที่ไม่ดี แนวโน้มบุคคลจะถอยหนีออกจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือไม่พอใจ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2524: 230-240) จากเหตุผลดังกล่าวจึงอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพจะมีทศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีพื้นฐานมาจากความรู้เกี่ยวกับเอดส์ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จึงจะสามารถเปลี่ยนแปลงทศนคติต่อผู้ป่วยเอดส์และให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยความเต็มใจ ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบว่าความรู้และทศนคติต่อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การศึกษาของ Emmcitt (1990) พบว่า มีสหสัมพันธ์ทางบวก

ระหว่างความรู้ร่วมกับทัศนคติต่อโรคเอดส์กับความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานกับผู้ป่วยเอดส์ ( $r = .45, p < .05$ ) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่างกัน จึงน่าจะมีระดับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีต่างกันด้วย

#### 8. ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ กับ ความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

##### ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

จากที่กล่าวมาแล้วว่า การพยาบาลถือเป็นวิชาชีพสาขาหนึ่ง ที่ผู้ปฏิบัติในวิชาชีพต้องมีความรู้ทั้งด้านศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล เนื่องจากการให้การดูแลต่อมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การที่พยาบาลจะเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของตนเองได้จะต้องเกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของตนเองเสียก่อน ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ที่มีการศึกษาวิจัยกันมากกว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Aranya, Kushnir and Valency, 1986: 433-448 ; Mathiew and Zajac, 1990: 171-194 ; Mc Closkey and Mc Cain 1987: 20-22 ; Moskowitz and Scanlan, 1986: 11-22 อ้างใน วัลภา ฐาน์กาญจน์, 2540: 36) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับความพึงพอใจในงานพบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางบวก (Hall, Schmeider and Nygren, 1970: 176-190 ; Mc Closkey and Mc Cain, 1987: 20-22) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาราญ บุญรักษา (2539) ที่พบว่า ความพึงพอใจในงานทุกด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อม การปฏิบัติงาน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน คุณค่าของงาน สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ บทบาทเชิงวิชาชีพ และด้านผลประโยชน์ตอบแทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ แจ่มจันทร์ คล้ายวงษ์ (2540) ที่พบว่าความพึงพอใจในงานและลักษณะงานก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเช่นเดียวกัน จากเหตุผลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะงานการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ พยาบาลวิชาชีพย่อมเกิดความกลัว วิตกกังวล และเครียดต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน ดังเหตุผลที่อธิบายไว้ข้างต้น มีผลกระทบต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ซึ่งมีผู้ศึกษาเช่นกันว่าความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (O' Kane, 1984: 329-331 ; Aranya, Kushnir and Valency. 1986: 433-448 ; Mc Closkey and Mc Cain, 1987: 20-22 ; Moskowitz and Scanlan, 1986: 11-22 อ้างใน วัลภา ฐาน์กาญจน์, 2540: 36) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ ชิวารักษ์ (2539) ที่พบว่า ความพึงพอใจต่อสภาพ

แวดล้อมสถาบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล และ การศึกษาของ วัลภา ฐาน์กาญจน์ (2540) พบว่า ความพึงพอใจในงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และการความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กันทางบวก ( $p < .001$ )

ผลของความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกรักภักดี ภาคภูมิใจ ห่วงใย และหวังดีต่อวิชาชีพ อันมีผลให้แสดงพฤติกรรมต่อวิชาชีพในลักษณะตั้งใจ เต็มใจ จริงใจ ที่จะทำงานทุกอย่างให้สำเร็จ (อังคณา โกศลย์สวัสดิ์, 2534) และพยาบาลที่ยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ก็จะยึดมั่นผูกพันต่อบริการสุขภาพเช่นเดียวกัน (พาริดา อิบราฮิม, 2535)

จากเหตุผลดังกล่าว ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดของการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย