142

Manuscript

การรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โดย

ผศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์

4.A25

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเภททั่วไป ประจำปี 2541

การรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวี*

*ประณีต ส่งวัฒนา**RN, PhD.*
*สิรินทร์ ศาสตรานุรักษ์***วทม.(พยาบาลสาธารณสุข)*
*ศิริจันทร์ แก้วสนิท*** วทบ.(พยาบาลและผดุงครรภ์)*

บทคัดย่อ : การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ให้บริการซึ่งเป็นแพทย์และพยาบาลจำนวน 100 คน และผู้รับบริการจำนวน 500 คน ซึ่งคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มตามปัจจัยการตรวจคัดกรองเลือด 5 ด้าน โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2542 ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในปัจจัยการตรวจคัดกรองเลือดโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้หลายด้านพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ในด้านการให้ความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจคัดกรองเลือดมาก ขณะเดียวกันก็คำนึงถึงข้อเสียในการตรวจและการแจ้งผลในการตรวจมากกว่าผู้ให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดในแต่ละกลุ่ม พบว่าผู้ให้บริการที่มีเพศ ตำแหน่งหน้าที่และความถี่บ่อยในการสัมผัสเลือดต่างกัน รับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดแตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ต่างกัน รับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดแตกต่างกัน รวมทั้งเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้รับบริการในแต่ละแผนกหรือคลินิกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้รับบริการที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรม มีการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดมากกว่าผู้รับบริการในแผนกอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์เป็นโรคหนึ่งที่พบว่ายังมีการระบาดมากขึ้น แม้ว่าจะมีมาตรการควบคุมและป้องกันเอดส์ที่ดีดังปรากฏในหลายประเทศก็ตาม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกที่คาดคะแนว่าปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นทุกวัน ประมาณวันละ 8500 คน (WHO,1997) และในจำนวนนี้มีเพียง 10% เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อ ส่วนอีก 90% นั้นไม่ทราบว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อ ทำให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา

---

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ประจำปีงบประมาณ 2541

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** พยาบาลประจำการ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เลขหมู่ ...
Bib Key 29522

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของโรคเอดส์ค่อนข้างสูง ในระยะ 13 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์เริ่มลดลงจากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในบางกลุ่ม แต่ก็พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในบางกลุ่มยังคงมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงมีครรภ์ และที่สำคัญที่สุดพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่รายงานจากโรงพยาบาลมีจำนวนสูงขึ้นไม่นับรวมผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น รายงานสถานการณ์เอดส์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ.2540 พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อในกลุ่มที่ไม่มีอาการสูงขึ้น ไม่เฉพาะในแผนกสูติ-นรีเวช หรือที่แผนกฝากครรภ์ แต่พบว่าแผนกเวชปฏิบัติทั่วไป พบสูงถึงมากกว่า 50% ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด (สรุปสถานการณ์ผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ , 2541)

แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล นับเป็นสถานที่สำคัญในการพบปะกับผู้รับบริการทั้งที่เป็นผู้ป่วยและญาติ ถือเป็นหน้าด่านในการตรวจคัดกรองผู้ป่วย ผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกราย จะต้องผ่านการตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก แต่การมาของผู้รับบริการอาจมีเหตุผลต่าง ๆ กัน เป็นต้นว่า ต้องการมาเพื่อตรวจร่างกาย มาตรวจเลือด มาพบแพทย์เพราะมีอาการผิดปกติ หรือมาเพราะญาตินำส่ง จากประสบการณ์ของผู้วิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อได้ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจเลือดเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรค และการตรวจเลือดนี้อาจรวมถึงการตรวจเพื่อคัดกรองผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยมิได้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้รับบริการที่ต้องได้รับการตรวจที่มีการใช้เครื่องมือสอดใส่ในร่างกายผู้ป่วยหรือเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด และเมื่อพบว่าผลเลือดมีการติดเชื้อ ผู้รับบริการบางรายจะได้รับการส่งต่อไปยังผู้ให้คำปรึกษา โดยส่วนใหญ่ผู้รับบริการมักมิได้รับการเตรียมใจมาก่อนที่จะทราบข่าวนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้ให้การดูแลจึงมีความคับข้องใจในการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเป็นอย่างมากด้วยเวลาที่จำกัด จึงอาจให้คำปรึกษาที่ไม่เป็นแบบแผนตามต้องการ โดยเฉพาะการข้ามขั้นตอนในการทดสอบก่อนให้คำปรึกษา (Pre-counseling) ในขณะเดียวกันผู้รับบริการทุกรายก็ควรมีสิทธิ์ในการรับรู้ถึงการตรวจเลือดและผลเลือดที่เป็นจริง เพื่อเป็นการป้องกันและลดการแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่น รวมทั้งประโยชน์จากการค้นพบการติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จะช่วยให้ผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการค้นพบผู้ติดเชื้อระยะแรกเริ่ม แต่ผู้ติดเชื้อนั้นไม่ทราบข้อมูลหรือผลเลือดดังกล่าว กลับเป็นอันตรายอย่างยิ่ง

การตรวจคัดกรองเลือดผู้รับบริการในโรงพยาบาล (Routine hospital testing) เป็นกลวิธีหนึ่งในการค้นพบผู้ติดเชื้อในระยะเริ่มแรก เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ และเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเลือดและการทราบผลที่เป็นจริง เพื่อการยอมรับและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองเลือดในระดับบุคคลหรือการตรวจด้วยตนเอง (personal screening test) หรือการตรวจที่สามารถทำที่บ้านได้ (HIV home test) เพื่อประโยชน์ในการประเมินและป้องกันตนเองจากความเสี่ยงโดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งกำลังเป็นที่วิพากวิจารณ์ว่าน่าจะนำมาใช้ในประเทศที่มีการระบาดของเชื้อสูง อย่างไรก็ตามการตรวจเพื่อ

คัดกรองเลือดดังกล่าวยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ถึงความจำเป็น ความคุ้มค่าและผลที่ได้รับโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา (Colebunders & Ndumbe,1993) ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเป็นโครงการนำร่องเพื่อเป็นข้อเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติต่อไป

จากการทบทวนการวิจัยและการดำเนินการงานที่ผ่านมาในประเทศที่มีการระบาดของโรคเอดส์สูง พบว่า การตรวจเพื่อคัดกรองเลือดผู้รับบริการในโรงพยาบาล ได้รับการยอมรับและกระทำอย่างจริงจังเฉพาะในแผนกฝากครรภ์ ซึ่งเล็งเห็นถึงผลกระทบต่อหญิงมีครรภ์และต่อเนื่องไปถึงบุตรในครรภ์โดยเป็นการตรวจที่ผู้รับบริการมีความสมัครใจ ในทางตรงกันข้ามการตรวจเพื่อคัดกรองเลือดในแผนกอื่นๆมักได้รับความเห็นชอบจากฝ่ายผู้ให้การดูแลเพียงฝ่ายเดียว โดยเป็นการปกป้องสิทธิของผู้ให้การดูแลที่จำเป็นต้องทราบผลเลือดของผู้ที่มารับบริการและเพื่อความปลอดภัยในการติดเชื้อของผู้ให้การดูแลเท่านั้น ซึ่งยังขาดข้อมูลที่เป็นจริงจากการรับรู้ของผู้รับบริการในแผนกอื่นๆที่อาจมีความต้องการหรือจำเป็นต้องตรวจเลือดก็ได้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีรายงานการศึกษาอย่างจริงจังถึงการรับรู้ของผู้ให้และผู้รับบริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งในระดับบุคคลและในโรงพยาบาล การให้ความหมายและความสำคัญของการตรวจ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตรวจในเชิงสิทธิและบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการตัดสินใจเพื่อการตรวจและรักษาต่าง ๆ ความจำเป็นที่จะทราบข้อมูลหรือความจำเป็นในการตรวจ ผลได้และผลเสียมีมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เอดส์ยังคงมีการแพร่ระบาดสูง เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนารูปแบบหรือเป็นแนวทางในการให้บริการตรวจคัดกรองเลือดและการให้ข้อมูลที่มีคุณภาพแบบองค์รวมที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดบริการเพื่อช่วยเหลือทั้งผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ตามการผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ให้บริการ ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งและแผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานและการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ความถี่บ่อยในการสัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ อุบัติเหตุจากเข็มตำหรือการกระเด็นของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ตลอดจนการประเมินความเสี่ยงของบุคคล

3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการมาตรวจเลือด การได้รับข้อมูลข่าวสาร ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการประเมินความเสี่ยงของบุคคล

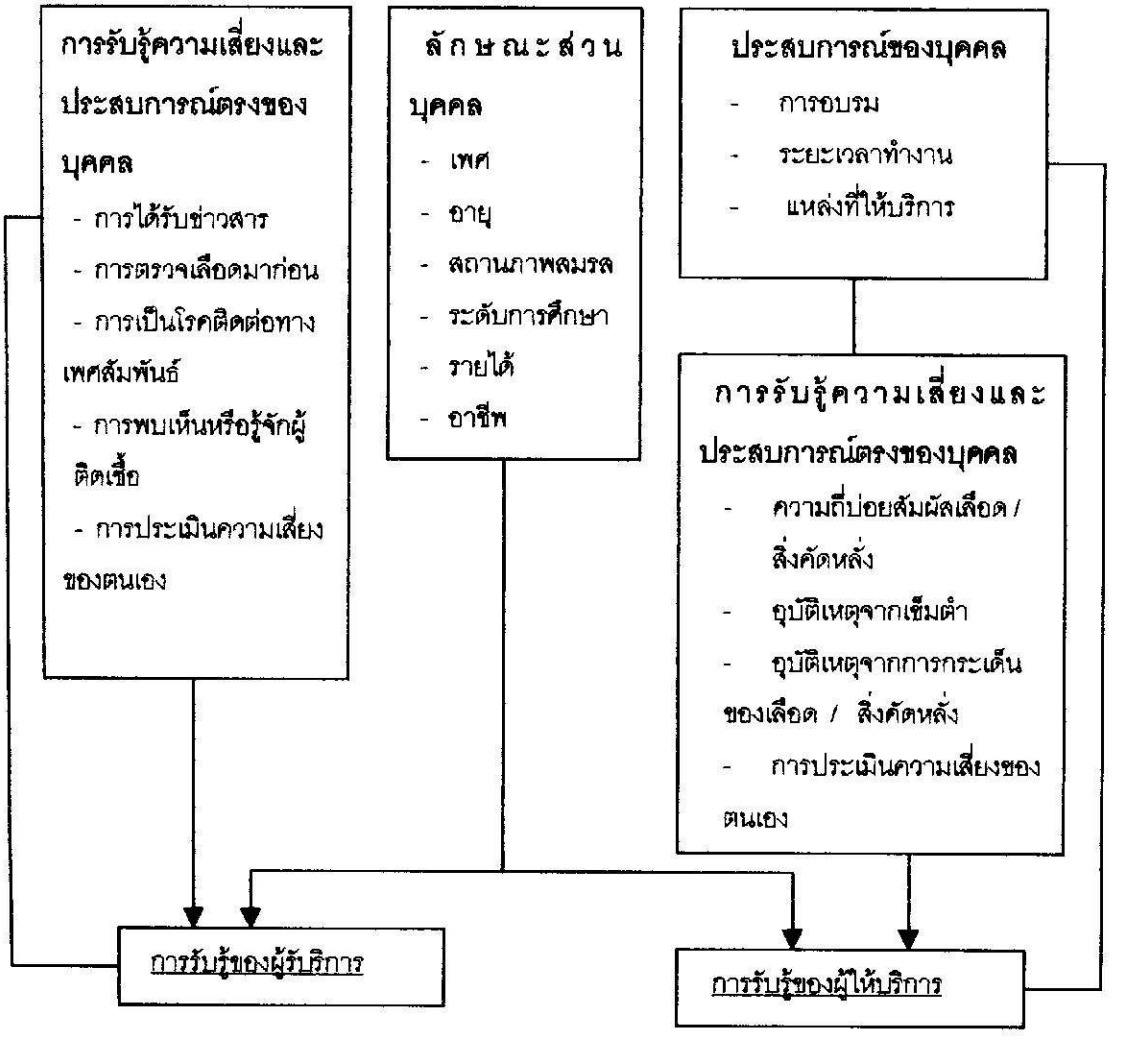
กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ยังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก ส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ การศึกษาของอำพล (2536) ที่สำรวจความคิดเห็นของแพทย์ของแพทย์ที่เข้าอบรมฟื้นฟูความรู้โรคเอดส์ในปี 2536 จำนวน 186 คน พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน และพบว่าสูติแพทย์และศัลยแพทย์ใช้หลักการเจาะเลือดคัดกรองผู้ป่วยก่อนการดูแลมากกว่าแผนกอื่นๆ เพื่อเป็นมาตรการป้องกันมากกว่าการใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อโดยทั่วไปถึงสองเท่า และปัญหาที่สำคัญคือ การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ส่วนการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการปฏิบัติการใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อครอบจักรวาลมีความหลากหลายแตกต่างกันตามวิจารณญาน ประสบการณ์ ความกลัวและทัศนคติของพยาบาล พยาบาลส่วนใหญ่ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อของผู้ป่วยที่มารับบริการ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการระมัดระวังในการ ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตนเอง (สุกัญญา, 2537; Abel et al., 1994; Jackson et al., 1995) ทั้งนี้ยังไม่มีการ ศึกษาใดที่มุ่งเน้นสำรวจถึงการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอดส์

ส่วนความคิดเห็นของผู้มารับบริการยังมีการศึกษาน้อย เท่าที่มีในรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การสำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการการตรวจเลือดที่คลินิคของสภากาชาดไทย จำนวน 500 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มาตรวจแล้วมีผลเลือดบวก จะมีความตั้งใจในการลดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ตรวจแล้วผลเลือดเป็นลบ นอกจากนี้ผู้ที่มาตรวจต่างก็มีเหตุผลในการมาตรวจเลือดต่างๆกัน โดยพบว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ต้องมาตรวจ ดังนั้นการตรวจเลือดจึงมีประโยชน์ต่อการลดและแพร่กระจายเชื้อได้ทางหนึ่งจากการที่บุคคลมีความระมัดระวัง และตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนี้การบริการการตรวจเลือดยังเป็นบริการหนึ่งที่สามารถเข้าถึงประชาชนทั่วไป ทั้งในกลุ่มเสี่ยงและไม่เสี่ยง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคมได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของบุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลและการต้อนรับเช่นเดียวกับบุคคลอื่น เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างไรก็ตามด้วยสภาพแวดล้อมของคลินิคและโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยถูกมอง ถูกแยกหรือถูกจำกัดในการรับบริการบางอย่างและได้รับการดูแลและสัมผัสที่น้อยกว่าผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ขณะเดียวกันผู้รับบริการทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียงก็มักจะสอบถามว่าผู้ป่วยนั้นเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรและส่วนหนึ่งมีความไม่มั่นใจในความปลอดภัยและหวาดระแวงในระบบบริการการป้องกันการติดต่อหรือการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งผู้รับบริการบางรายมีความสงสัยในการตรวจเลือด ผลเลือดที่เป็นจริง และมาตรการการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีการปฏิบัติที่หลากหลาย (Songwathana and Manderson, 1998) ซึ่งปัญหานี้จำเป็นต้องมีการศึกษาโดยละเอียดต่อไป โดยเฉพาะในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นหน้าด่านสำคัญในการให้บริการถึงการรับรู้ที่เป็นจริง

การรับรู้เป็นกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายจากการรับสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า โดยใช้ประสบการณ์และความรู้ที่สั่งสมมาช่วยแปลความหมายของสิ่งเร้าแล้ว

สะสมเป็นประสบการณ์ใหม่ที่พร้อมจะตอบสนองและมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล กระบวนการรับรู้ของบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน และมีการรับรู้ในรูปแบบใดนั้นขึ้นกับปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ ลักษณะของสิ่งเร้าและตัวผู้รับรู้ โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตใจของตัวผู้รับรู้เองได้แก่ ความต้องการ อารมณ์ เจตคติ ความจำ ความรู้เดิม ประสบการณ์ ค่านิยม และวัฒนธรรม เป็นต้น (ชม ภูมิภาค, 2532 : 60-63) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาถึงการรับรู้ของบุคคลในการป้องกันเอดส์มักเป็นการศึกษาถึงการรับรู้ในเรื่องโรค ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง หรือการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ (จินตนา เหลืองสุวาลัย,2534; หรรษา เทียนทอง,2535; ทิศย์ทยา หอมทรัพย์,2538) ยังไม่มีการศึกษาใดถึงการรับรู้ของผู้ให้และผู้รับบริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญบางประการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ในเรื่องของการตรวจหรือไม่ตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยต้องการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ สถานภาพสมรส การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ตรงของบุคคล การสัมผัสหรือติดเชื้อของบุคคลที่ใกล้ชิด การได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับเอดส์ เป็นต้น ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาได้ดังนี้



สมมุติฐานในการวิจัย

1. การรับรู้เรื่องการตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน

2. การรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ของผู้ให้บริการ มีความแตกต่างกันตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งและแผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานและการดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ความถี่บ่อยในการสัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ อุบัติเหตุจากเข็มตำหรือการกระเด็นของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ตลอดจนการประเมินความเสี่ยงของบุคคล

3. การรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติเชื้อ เอช ไอ วี ของผู้รับบริการ มีความแตกต่างกันตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการมาตรวจเลือด การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการประเมินความเสี่ยงของบุคคล

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์หรือผู้ให้บริการ จำนวน 100 คน ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล จากการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบคือ ทุก ๆ คนที่ 5 ของรายชื่อบุคลากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ประมาณ 1 ,000 คน

2.ผู้รับบริการ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งคัดเลือกโดยสุ่มแบบบังเอิญในคลินิกต่าง ๆ ได้แก่ คลินิกอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ หู คอ จมูก นรีเวช ฝากครรภ์ ตา เวชปฏิบัติทั่วไป 1 และ 2 รวมทั้งคลินิกอายุรกรรมพิเศษ (เฉพาะผู้ติดเชื้อ) และเป็นผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ช่วงระว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2542

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มที่เกี่ยวกับเรื่องการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยแบบสอบถามนี้จะมี 2 ชุดคือ

<u>ชุดที่ 1</u> เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้รับริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ และการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเอชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 36 ข้อ (แบบ 4 ตัวเลือก)

<u>ชุดที่ 2</u> เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ให้บริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ การรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 36 ข้อ และความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะทั่วไป (คำถามปลายเปิด)

โดยแบบสอบถามการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อความระบุการรับรู้เรื่องการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่สำคัญตามปัจจัยการตรวจคัดกรองเลือด 5 ด้านคือ

1. ความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจ มีจำนวน 14 ข้อ
2. ข้อเสียของการตรวจ มีจำนวน 4 ข้อ
3. การแจ้งผลการตรวจ มีจำนวน 3 ข้อ
4. สิทธิของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย มีจำนวน 5 ข้อ
5. ลักษณะการให้บริการตรวจเลือด มีจำนวน 10 ข้อ

ซึ่งในแต่ละข้อระบุระดับของการรับรู้หรือความเห็นที่เกิดขึ้นของบุคคลว่ามีมากน้อยอย่างไร ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวน้อยที่สุดหรือแทบไม่รู้เลย มีค่า = 1 คะแนน ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวบ้างแต่ไม่มาก มีค่า = 2 คะแนน ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวค่อนข้างมากหรือมากหรือเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ มีค่า = 3 คะแนน จนถึงถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวมากที่สุดหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ มากที่สุด มีค่า = 4 คะแนน และช่วงคะแนนการรับรู้โดยรวม มีค่าระหว่าง 36-144 คะแนน เครื่องมือดังกล่าวนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวนกลุ่มละ 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.79 และ 0.85 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ขั้นตอนคือ

1. ขออนุญาตจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยโครงการวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบและพิจารณาจากคณะกรรมการทางจริยธรรมของโรงพยาบาลแล้ว

2. ผู้วิจัยผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวม 4 คน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยหลีกเลี่ยงการเก็บข้อมูลในแผนกที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้แจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยนัดเวลารับคืนแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยลายลักษณ์อักษรและวาจา ส่วนกลุ่มผู้รับบริการ ผู้วิจัยผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการสัมภาษณ์โดยตรงภายหลังจากการแนะนำตนเองพร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามทุกชุดจะถูกนำมาตรวจสอบข้อรายการที่ตอบทุกข้อก่อนเข้าทำการวิเคราะห์ หากพบว่าข้อรายการใดไม่สมบูรณ์ จะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทดแทน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด

4. ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้ง 2 ส่วน ถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows และข้อมูลบางส่วนที่เป็นการบรรยายถูกนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 100 คน ซึ่งได้แก่ แพทย์ (ร้อยละ 22) พยาบาล (ร้อยละ58) และอาจารย์แพทย์ (ร้อยละ 20) ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-39 ปีเป็นส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 32.92 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 54) โดยปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมมากกว่าแผนกอื่น ๆ และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมาแล้ว 2-5 ปี (ร้อยละ 39) ซึ่งเคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์มาก่อน และเคยเข้ารับการอบรมประชุมหรือสัมนาในเรื่องโรคติดเชื้อและโรคเอดส์มาแล้วเป็นอย่างดีเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นในเรื่องการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ยังได้รับการอบรมและสัมนาน้อยมาก (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้บริการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	31.0
หญิง	69	69.0
อายุ (M=32.92)		
20-39 ปี	80	80.0
40-59 ปี	20	20.0
สถานภาพสมรส		
โสด	54	54.0
คู่	44	44.0
หย่า/หม้าย/แยก	2	2.0
หน่วยงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน		
อายุรกรรม	15	15.0
ศัลยกรรม/กระดูก	31	31.0
พิเศษ,กุมาร,อื่น ๆ	21	21.0
ฝากครรภ์/ห้องคลอด/หลังคลอด/นรีเวช	18	18.0
ตา หู คอ จมูก และทั่วไป	10	10.0
อุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน,วิกฤต	5	5.0
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน		
พยาบาล	58	58.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	22	22.0
อาจารย์แพทย์	20	20.0
ระยะเวลาทำงาน		
< 1 ปี	5	5.0
2-5 ปี	39	39.0
6-10 ปี	15	15.0
> 10 ปีขึ้นไป	41	41.0
ประสบการณ์ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์		
ไม่มี	2	2.0
มี	98	98.0
ระยะเวลาที่เคยดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (n=98)		
< 1 ปี	13	13.0
2-5 ปี	47	47.0
6-10 ปี	27	27.0
> 10 ปี ขึ้นไป	11	11.0
ประสบการณ์การอบรม/สัมมนา/ประชุม		
ไม่มี	26	26.0
มี	74	74.0
หัวข้ออบรม/สัมมนา/ประชุม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล	62	62.0
การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์	61	61.0
การพยาบาลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์	51	51.0
การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์	53	53.0
การตรวจเลือดคัดกรองผู้ติดเชื้อ	31	31.0
สิทธิผู้ป่วย/ประเด็นปัญหาจริยธรรม	46	46.0
ความถี่บ่อยในการสัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ		
ไม่เคย	15	15.0
นานๆครั้ง	62	62.0
บ่อยครั้ง/เป็นประจำ	23	23.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับอุบัติเหตุจากเข็มตำ		
ไม่มี	84	84.0
มี	16	16.0
การได้รับอุบัติเหตุจากการกระเด็นของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ		
ไม่มี	58	58.0
มี	42	42.0
การประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อจากปฏิบัติงาน		
ไม่มี	6	6.0
มี	94	94.0

2. กลุ่มผู้รับบริการ จำนวนทั้งสิ้น 500 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.2) และมีอายุระหว่าง 20-39 ปี (ร้อยละ 60.8) หรืออายุเฉลี่ย 36.29 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.8) จากการศึกษาระดับประถมศึกษามากกว่าระดับอื่น ๆ ส่วนอาชีพมีความหลากหลายจำนวนพอ ๆ กัน ได้แก่ แม่บ้าน/พ่อบ้าน รับจ้างทั่วไป ทำสวน รับราชการ และค้าขาย จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยที่ค่อนข้างสูงคือ 12,749.56 บาท ร้อยละ 56.8 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาเชื้อ เอช ไอ วี มาก่อน แต่ก็พบว่ามีผู้เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอช ไอ วี มาก่อนรวมทั้งครั้งนี้ที่มาตรวจโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 30.2 สำหรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตรวจเลือด เกือบทุกคนเคยได้รับ โดยเฉพาะทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 96.8) ส่วนการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 48.4 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้รับบริการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=500)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	114	22.8
หญิง	386	77.2
อายุ (M=36.29)		
< 20	27	5.4
20-39 ปี	304	60.8
40-59 ปี	136	27.2
> 60 ปีขึ้นไป	33	6.6

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	144	22.8
คู่	349	69.8
หย่า/หม้าย/แยก	37	7.4
<u>ระดับการศึกษาสูงสุด</u>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	22	4.4
ประถมศึกษา	182	36.4
มัธยมศึกษา	128	25.6
อาชีวศึกษา	61	12.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	101	20.2
สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.2
<u>อาชีพ</u>		
ไม่มีงาน/ว่างงาน	32	6.4
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	71	14.2
รับจ้างทั่วไป	76	15.2
ทำสวน	73	14.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	87	17.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	96	19.2
อื่น ๆ	63	12.6
<u>รายได้ของครอบครัว (M=12,749.56)</u>		
< 5,000	182	36.4
5,000-10,000	148	29.6
10,001-20,000	114	22.8
20,000 บาทขึ้นไป	56	11.2
<u>จำนวนครั้งของการมาตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอช ไอ วี</u>		
ไม่เคยตรวจ	284	56.8
ครั้งแรก/1ครั้ง	64	12.8
2-5 ครั้ง	87	17.4
ไม่ทราบ	65	13.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์/การตรวจเลือด		
ไม่เคย	9	1.8
เคยได้รับ	491	98.2
ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
มี	19	3.8
ไม่มี	481	96.2
การมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์/ชุมชน/บุคคลที่รู้จัก		
มี	37	7.4
ไม่มี	463	92.6
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี		
มี	367	73.4
ไม่มี	133	26.6

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จำแนกตามหมวดการรับรู้โดยรวมและรายด้านด้วยสถิติที่อิสระ (independent t-test) พบว่า ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($P>0.5$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในแต่ละด้านพบว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในด้านการให้ความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจ,ข้อเสียในการตรวจ,การแจ้งผลการตรวจมากกว่ากลุ่มผู้ให้บริการยกเว้นการรับรู้ในด้านสิทธิของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย และลักษณะการให้บริการตรวจเลือด (ดังตารางที่ 3)

ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ของผู้ให้บริการจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งหน้าที่ หน่วยงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาการทำงาน ประสบการณ์และระยะเวลาที่ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งประสบการณ์การอบรม/สัมมนา/ประชุม ด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติที่อิสระและความแปรปรวนทางเดียว พบว่า ผู้ให้บริการที่มีเพศ ตำแหน่งหน้าที่ และมีความถี่บ่อยในการสัมผัสเลือดที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ดังตารางที่ 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ พบว่าผู้ให้บริการที่เป็นเพศหญิง ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ให้

บริการที่ไม่เคยสัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยกับผู้ที่เคยสัมผัสนาน ๆ ครั้ง หรือสัมผัสบ่อยครั้ง ไม่มีความแตกต่างกันในรายคู่

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือด ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการจำแนกตามหมวดการรับรู้รายด้านและโดยรวม

เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี	พิสัยที่เป็นได้	ผู้ให้บริการ		ผู้รับบริการ		t-Value
		M	SD	M	SD	
<u>การรับรู้รายด้าน</u>						
ความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจ	14-56	41.92	5.42	43.81	4.92	3.456**
ข้อเสียของการตรวจ	4-16	10.16	2.45	11.68	2.72	5.170**
การแจ้งผลการตรวจ	3-12	9.74	1.50	10.09	1.29	2.381*
สิทธิของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย	5-20	17.16	2.41	15.26	2.16	7.861**
ลักษณะการให้บริการตรวจเลือด	10-40	32.59	4.70	31.64	3.49	2.325**
<u>การรับรู้โดยรวม</u>	36-144	111.47	9.76	112.49	9.32	.991

*= P<.05, ** = p< .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือด จำแนกตามเพศ อายุ คลินิก ประสบการณ์ ความถี่บ่อยในการสัมผัส

เปรียบเทียบความแตกต่าง	**S**	**M**	**F**
<u>เพศ</u>			
ชาย	108.29	11.22	0.028*
หญิง	112.90	8.75	
<u>อายุ</u>			
20-39 ปี	112.18	9.85	0.15
40-59 ปี	108.65	9.10	
<u>สถานภาพสมรส</u>			
โสด	112.56	9.85	0.094
คู่	110.75	9.46	
หม้าย/หย่า/แยก	98.00		

เปรียบเทียบความแตกต่าง	M	S	F
ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน			
พยาบาล	113.86	8.71	0.01**
แพทย์	110.23	7.07	
อาจารย์แพทย์	106.42	12.86	
ระยะเวลาทำงาน			
< 1 ปี	104.20	10.28	0.232
2-5 ปี	110.95	8.28	
6-10 ปี	110.53	12.52	
> 10 ปีขึ้นไป	113.20	9.75	
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ			
ไม่มี	115.50	7.78	0.558
มี	111.39	9.81	
ระยะเวลาที่เคยดูแลผู้ป่วย			
< 1 ปี	112.77	6.95	
2-5 ปี	111.57	8.48	0.915
6-10 ปีขึ้นไป	111.52	12.64	
> 10 ปีขึ้นไป	109.67	11.82	
ความถี่บ่อยในการสัมผัสเลือด/สิ่งคัดหลั่ง			
ไม่เคย	115.73	9.86	
นาน ๆ ครั้ง	109.37	9.73	0.030*
บ่อยครั้ง/เป็นประจำ	113.50	9.51	
ประสบการณ์การอบรม/สัมมนา/ประชุม			
ไม่มี	114.27	9.15	
มี	110.49	9.84	0.089
การได้รับอุบัติเหตุจากเข็มตำ			
ไม่มี	111.24	9.94	
มี	112.69	8.99	0.589
การได้รับอุบัติเหตุจากกระเด็นของเลือด/สิ่งคัดหลั่ง			
ไม่มี	111.16	9.24	
มี	112.05	10.63	0.775

เปรียบเทียบความแตกต่าง	M	S	F
การประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อจากปฏิบัติงาน			
ไม่มี	115.00	11.01	
มี	111.30	9.74	0.574

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดของผู้รับบริการ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว จำนวนครั้งของการมาตรวจเลือด การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีบุคคลในครอบครัว/ชุมชน/ผู้ที่รู้จักเป็นผู้ติดเชื้อ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติที่อิสระและความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่าผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัวที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ดังตารางที่ 5 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ พบว่าผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดสูงกว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ส่วนอาชีพและรายได้ของครอบครัวไม่พบความแตกต่างของคู่ใดที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการมาตรวจเลือด การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีบุคคลในครอบครัว/ชุมชน/บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์/การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี

เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ	M	SD	F
เพศ			
ชาย	111.73	10.72	0.321
หญิง	112.72	8.87	
อายุ			
< 20 ปี	114.59	6.34	
20-39 ปี	112.21	9.65	0.392
40-59 ปี	113.11	8.87	
> 60 ปีขึ้นไป	111.06	10.00	

เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ	M	SD	F
สถานภาพสมรส			
โสด	113.14	9.70	
คู่	112.43	8.75	0.623
หม้าย/หย่า/แยก	111.53	12.36	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	109.95	11.12	
ประถมศึกษา	111.17	8.85	0.002
มัธยมศึกษา	113.05	9.50	
อาชีวศึกษา	111.02	9.37	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	115.33	8.92	
สูงกว่าปริญญาตรี	118.20	7.82	
อาชีพ			
ไม่มีงาน/ว่างงาน	108.00	11.06	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	111.15	11.10	
รับจ้างทั่วไป	111.66	8.99	
ทำสวน	113.78	8.35	0.002**
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	115.63	9.03	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	112.44	9.18	
อื่น ๆ	115.22	7.93	
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)			
< 5,000	111.23	10.06	
5,000-10,000	112.14	8.71	0.025
10,001-20,000	113.84	9.16	
>20,000	114.77	8.07	
จำนวนครั้งของการมาตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ เอช ไอ วี			
ไม่เคยตรวจ	112.75	8.66	
ครั้งแรก/1ครั้ง	113.14	8.46	0.264
2-5 ครั้ง	110.71	11.23	
ไม่ทราบ	113.13	10.08	

เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ	M	SD	F
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์/การตรวจเลือด			
ไม่เคย	114.00	9.89	
เคยได้รับ	112.46	9.32	0.624
ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
มี	114.89	11.02	
ไม่มี	112.40	9.25	0.252
การมีบุคคลในครอบครัว/ชุมชน/บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์			
มี	111.89	11.13	
ไม่มี	112.53	9.18	0.687
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี			
มี	112.01	8.78	
ไม่มี	113.97	10.67	0.134

นอกจากนี้ยังพบว่าคลินิกที่มารับบริการมีความสำคัญและมีความหมายต่อการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ค่อนข้างมาก เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ของผู้รับบริการจำแนกตามแผนกหรือคลินิกที่มารับบริการทั้ง 10 คลินิก ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่า ผู้รับบริการที่มาตรวจ ณ คลินิกต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือด ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ พบว่าผู้รับบริการที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ คลินิกอื่น ๆ โดยเฉพาะสูงกว่าผู้รับบริการที่คลินิกศัลยกรรม ($P = 0.027$) คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป 2 ($P = 0.014$) และคลินิกอายุรกรรมพิเศษ (ผู้ติดเชื้อ, $P = 0.000$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการที่มาตรวจ ณ คลินิกฝากครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการตรวจเลือดสูงกว่าผู้รับบริการที่มาตรวจ ณ คลินิกอายุรกรรมพิเศษ (ผู้ติดเชื้อ) ด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.007$)

<u>การอภิปรายผล</u>

จากการศึกษาการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับริการต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าผู้รับบริการและผู้ให้บริการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยรวมไม่แตกต่างกัน นั่นคือ โดยรวมผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความคิดเห็นตรงกันในเรื่องการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ แม้ว่าผู้รับบริการจะให้ความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจ การตระหนักถึงข้อเสียในการตรวจและ

การแจ้งผลการตรวจมากกว่าผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลและผู้ใช้บริการต่อการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่าโดยภาพรวมพยาบาลและผู้ใช้บริการมีความเห็นตรงกันว่ามีความพอใจกับบริการพยาบาลที่เป็นอยู่ (สมทรงและคณะ, 2541) อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี เป็นการให้บริการส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเอง รวมทั้งเป็นการตรวจที่ให้ความหมายกับบุคคลทั้งในทางบวกและลบได้ ดังนั้นบุคคลจึงอาจให้ความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้รับบริการที่มีการตระหนักถึงข้อเสียในการตรวจและการแจ้งผลการตรวจมากกว่ากลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น ความคุ้มค่าในการตรวจ ความเชื่อถือในระบบบริการ การปิดรักษาความลับของผู้ให้บริการและผลกระทบจากการตรวจ ตลอดจนระบบการรักษาและดูแลต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในแต่ละด้าน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความแตกต่างกันในทุกด้าน คือด้านความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจ ข้อเสียในการตรวจ การแจ้งผลการตรวจ สิทธิของผู้รับบริการ และลักษณะการให้บริการตรวจเลือด โดยผู้รับบริการให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อและรับรู้ถึงข้อเสียในการตรวจและการแจ้งผลการตรวจมากกว่ากลุ่มผู้ให้บริการ อาจเป็นเพราะเหตุผลหลายประการ ได้แก่ การให้ความสำคัญและเห็นความจำเป็นในการเจาะเลือดตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงหรือที่มีพฤติกรรมเสี่ยง อย่างไรก็ตามผู้รับบริการมีการรับรู้ถึงข้อเสียในการตรวจ และการแจ้งผลการตรวจเลือดดังกล่าวค่อนข้างมาก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผลกระทบจากการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาเชื้อ เอช ไอ วี มีทั้งต่อตัวผู้ตรวจ คนรอบข้าง สังคม นอกจากนี้บุคคลในสังคมและชุมชนยังไม่เข้าใจในเรื่องผลการตรวจและการแพร่กระจายติดต่อโรคที่ดีพอ อีกประการหนึ่งสื่อหรือ ข้อมูลที่ออกมาในช่วงแรกเป็นไปทางลบมากกว่าและยังคงอยู่ในความทรงจำของบุคคลจนถึงปัจจุบัน (Songwathana & Manderson, 1997; ประณีต, 2541)

สำหรับการรับรู้ในด้านสิทธิของผู้รับบริการและลักษณะการให้บริการตรวจเลือด ผู้ให้บริการจะมีการรับรู้และคำนึงถึงในเรื่องนี้ค่อนข้างมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ให้บริการได้รับการปลูกฝังและพัฒนาทางจริยธรรมทางวิชาชีพมาโดยตลอด ประกอบกับการได้รับการปลูกฝังเรื่องการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเพื่อคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อในด้านการคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการและลักษณะการให้บริการการตรวจเลือดมากกว่ากลุ่มผู้รับบริการ

เมื่อคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในแต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่มีเพศ ตำแหน่งหน้าที่ และความถี่บ่อยในการสัมผัสเลือดแตกต่างกัน รับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2 โดยผู้ให้บริการที่เป็นเพศหญิง รับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี สูงกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศของมารดาที่รับรู้ถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อ

เอช ไอ วี ที่สามารถแพร่ไปสู่บุตรในครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับบางรายงาน พบว่าเพศหญิงมักให้การยอมรับหรืออาสาสมัครในการตรวจเลือดมากกว่าเพศชาย (Killewo,et,al.,1998)

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาล รับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มากกว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นแพทย์และอาจารย์แพทย์ อาจเป็นเพราะ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น และมักให้การประเมินตนเองว่าเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือด สิ่งคัดหลั่งหรืออุบัติเหตุเข็มตำ ซึ่งพบจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มพยาบาลรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการปฏิบัติงาน และเคยได้รับอุบัติเหตุจากเข็มตำหรือสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ จากผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการที่ไม่เคยสัมผัสเลือดและสิ่งคัดกรองเลือดจากผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์รับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดไม่แตกต่างไปจากกลุ่มที่เคยสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การตรวจคัดกรองเลือด ผู้ป่วยไม่ได้เป็นวิธีการลดการสัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งโดยตรง หลักและวิธีการป้องกันของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่า

สำหรับการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มผู้รับบริการ พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดดังกล่าว โดยผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามีการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อมากกว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับที่ต่ำลงมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจอห์นสัน (Johnson, 1991) ประณีตและวัลยา (2531) และดวงพร (2535) โดยอธิบายว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้ในเรื่องสุขภาพ ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองเลือดผู้ให้ ข้อมูลจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงระดับการศึกษาและกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลด้วย แม้ว่าในการศึกษานี้ ไม่พบความแตกต่างรายคู่ของผู้ที่มีอาชีพและรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน แต่อาชีพและรายได้ของครอบครัวเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกันมาจากการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน รายได้ครอบครัวที่สูงมักมากจากการประกอบอาชีพที่ดี มีผลให้บุคคลมีโอกาสเข้าถึงบริการและขณะเดียวกันช่วยส่งเสริมการแสวงหาข้อมูลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวท์ (White, 1979) ประณีตและวัลยา (2531) ที่พบว่ากลุ่มบุคคลในสังคมหรือที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำจะมีการรับรู้และเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทางสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่อยู่ในสังคมหรือมีหน้าที่การงานในระดับสูงขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่มาตรวจ ณ แผนก หรือคลินิกต่าง ๆ กัน พบว่าผู้รับบริการที่มาตรวจ ณ คลินิกอายุรกรรมรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี สูงกว่าผู้รับบริการที่มาตรวจ ณ คลินิกอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้รับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมมักเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและมักมีอาการ อาการแสดงที่คล้ายคลึงกับอาการและอาการแสดงที่สงสัยหรือบ่งชี้ถึงการติดเชื้อต่าง ๆ อีประการหนึ่งผู้รับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการประเภทเรื้อรัง จึงมีความคุ้นเคยกับการตรวจต่าง ๆ รวมทั้งตรวจเลือดหรือเคยเป็นผู้ป่วยที่สงสัยว่า

Prince of Songkla University

เป็นเอดส์ที่มารอตรวจในคลินิกเดียวกัน จึงมีผลให้ผู้รับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมตระหนักและเข้าใจถึงการตรวจเลือดและรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองเลือดสูงกว่าผู้ให้บริการคลินิกอื่น

นอกจากนี้ พบว่าผู้รับบริการที่มาตรวจ ณ คลินิกฝากครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการคัดกรองเลือดสูงกว่าผู้มารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมพิเศษ (ผู้ติดเชื้อ) ด้วย อาจเป็นเพราะว่าผู้รับบริการที่คลินิกฝากครรภ์โดยรวมได้รับการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจทุกราย รวมทั้งผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการตรวจมากกว่าผู้รับบริการคลินิกอื่น เพราะมารดามีความตระหนักต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุตรมากกว่าการตระหนักถึงตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลินเซและคณะ (Lindsay et al., 1991) และบอยด์และคณะ (Boyd et al., 1999) อย่างไรก็ตามการให้บริการตรวจคัดกรองเลือด โดยเฉพาะการคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการและการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจแบบครบวงจรเป็นประเด็นที่ผู้ให้บริการได้ตระหนักอยู่ แต่การให้การบริการยังไม่เป็นรูปธรรมที่จะให้ผู้รับบริการได้แสดงความต้องการและทางเลือกที่เหมาะสม อีกประการหนึ่งวัฒนธรรมการดูแลและการให้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลผู้รับบริการมักมีความเห็นคล้อยตามผู้ให้บริการด้วยเหตุผลหลายประการ ที่พบค่อนข้างมากคือความเกรงใจและความเคารพในบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ คำพูดหนึ่งที่ได้ยินอยู่บ่อย ๆ จากผู้รับบริการคือ "แล้วแต่หมอหรือขึ้นกับหมอ" ทำให้การตรวจคัดกรองเลือดตามการรับรู้ของผู้รับบริการในการศึกษานี้ได้รับอิทธิพลจากผู้ให้บริการค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงต้องหาแนวทางในการสร้างรูปแบบการให้บริการและการให้คำปรึกษาที่เน้นด้านสิทธิผู้รับบริการ จิตวิญญาณและปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ดังนี้

1. การจัดระบบบริการ ควรมีการกระตุ้น สนับสนุนและเสริมความรู้เรื่อง การตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี สิทธิผู้ป่วยและประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือผู้ป่วยเอดส์ให้แก่กลุ่มผู้ให้บริการ โดยให้ความสำคัญกับการดูแลและปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากกว่าการดูแลเพื่อปกป้องสิทธิผู้ให้บริการเพียงฝ่ายเดียวเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลที่เน้นปฏิสัมพันธ์และจิตวิญญาณให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับรู้ถึงลักษณะการให้บริการตรวจเลือดดังกล่าวที่เน้นประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีความต่อเนื่อง นอกจากนี้โรงพยาบาลควรมีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการให้บริการตรวจเลือดคัดกรองผู้ติดเชื้อว่าจะตรวจอะไร แก่ใคร ที่ไหน อย่างไร เมื่อไร และเมื่อทราบผลการตรวจเลือดแล้ว ควรมีระบบการให้ข้อมูลและติดตามผลผู้ป่วยอย่างไร เพื่อลดความขัดแย้งของผู้ให้บริการและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ อีกประการหนึ่งการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วีในโรงพยาบาลทุกครั้ง ผู้ให้บริการควรให้ข้อมูลเช่นเดียวกับการตรวจเลือดโดยทั่วไป

และการตรวจนั้นควรเป็นการช่วยวินิจฉัยโรคเพื่อประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย มิใช่เพียงเพื่อต้องการทราบผลการติดเชื้อ เอช ไอ วี เท่านั้น

2 การจัดการศึกษา ควรมีการสอดแทรกความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาและวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากขึ้นในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน

3. การบริหารจัดการ ผู้บริหารควรทำการวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการในการให้บริการตรวจคัดกรองเลือดผู้ติดเชื้อ ในแต่ละหน่วยงานและเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทัศนคติซึ่งกันและกันกับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ให้บริการ เพื่อประเมินความพึงพอใจและควบคุมคุณภาพของการให้บริการตรวจเลือดในโรงพยาบาล รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกันได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. การวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยในแผนกการดูแลผู้ป่วยในต่อไปอีก ทั้งเนื่องจากผู้ป่วยในมักมีความคาดหวังในการบริการสูงและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการมากกว่า และควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการยอมรับการตรวจเลือดในกลุ่มผู้รับบริการและประเด็นปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี เพื่อขยายสาระองค์ความรู้ และการนำไปสู่การปฏิบัติดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพถึงการให้ความหมาย ความสำคัญ และการยอมรับการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อให้เห็นถึงกลวิธีในการป้องกันและทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชนุตรา อิทธิธรรมวินิจ, สุพรรณี เลิศผดุงกุลชัย และวราภรณ์ วีระสุนทร (2540) สิทธิของผู้ป่วยตามกฎหมายในทรรศนะของบุคคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกรุงเทพมหานคร วารสารวิชาการสาธารณสุข 6 (3) : 396-402.

ชม ภูมิภาค (2523) จิตวิทยาการเรียนการสอน กรุงเทพ : ไทยวัฒนาพานิช.

ประณีต ส่งวัฒนา (2541) เอดส์และการดูแล ความหมายและความสำคัญตามการรับรู้ของประชาชนในภาคใต้ วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 18(104): 48-69.

สมทรง เพ่งสุวรรณ นวลอนงค์ บุญจรูญศัลย์ และ บังอร จิตใชบุญ (2541) ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2(1): 109-126.

สุกัญญา พรหมปัญญา (2537) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลน่าน วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หรรษา เทียนทอง (2535) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อำพล จินดาวัฒนะ (2536) ความคิดเห็นของแพทย์ที่เข้าอบรมฟื้นฟูความรู้โรคเอดส์ ในปี 2536 ต่อปัญหาการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ วารสารโรคติดต่อ 19(2): 102-109.

Songwathana, P. and Manderson, L. (1998) Perception of AIDS and care of AIDS patients in Southern Thailand. AIDS Care. 10(supplement2) : S155-S165.

Abel, M. et al. (1994) How well prepared are doctors and nurses in Khon Khan province to care for HIV/AIDS patients at district level? Unpublished Master thesis in Tropical Health Program, Medical School, University of Queensland, Australia.

Boyd, F.M. et al. (1999) What do pregnant women think about the HIV test? : A qualitative study. AIDS Care. 11(1): 21-29.

Campbell, C.H. et al. (1996) The role of HIV counselling and testing in the developing world. AIDS Education and Prevention 9(supplement B): 92-104.

Colebunders,R.& Ndumbe,P. (1993) Priorities for HIV testing in devoloping countries The lancet 342(4): 601-602.

Jackson, Q. et al. (1995) Factors influencing the obstetric care of HIV positive women in two hospitals, Hat Yai, Thailand. Unpublished Master thesis in Tropical Health Program, Medical School, University of Queensland, Australia.

Killewo, J.Z.J.et.al. (1998). Acceptability of voluntary testing with counselling in a rural village in Kagera,Tanzania. AIDS Care. 10(4):431-439.

Phanupak, p.et al. (1994) Knowledge attitudes and behaviour among HIV positive and HIV- negative of a confidential HIV counselling and testing centre in Thailand. AIDS 8:1315-1319.

World Health Organization (1997) HIV/AIDS: the global epidemic: Weekly Epidemiological Record. Geneva: WHO. 72(4): 17-21.