

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ คือ

2.1 โรคเอดส์ และโรคเอดส์กับงานทันตกรรม

2.2 ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคเอดส์ และโรคเอดส์กับงานทันตกรรม

เอดส์ : ความหมาย, สาเหตุ, อาการแสดงในช่องปาก

AIDS : เป็นคำย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำหน้าที่บกพร่องซึ่งเกิดขึ้นมาภายหลังไม่ใช่เป็นแต่กำเนิด (วรลักษณ์ ปรัชญพฤกษ์, 2528 : 71)

AIDS เกิดจากเชื้อไวรัส ที่มีชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV)

อาการแสดงของโรคเอดส์ในช่องปาก

1. แคนดิเดซิส (Candidiasis) เป็นการติดเชื้อจากเชื้อราแคนดิดา พบที่บริเวณ เพดานปากเป็นส่วนใหญ่

2. แฮร์รี่ ลิวโคเพลเคีย (Hairy Leukoplakia) ซึ่งพบว่าเป็นอาการเริ่มแรก ซึ่งแสดงให้เห็นของโรคเอดส์ พบที่บริเวณด้านข้างของลิ้นเป็นส่วนใหญ่ อาจพบที่ด้านบนของลิ้นร่วมกับการติดเชื้อราแคนดิดา

3. หูด (Oral Wart) พบที่บริเวณเยื่อเมือกด้านในของริมฝีปากและเหงือกด้านหน้า

4. เนื้องอกชนิดคาโปซี (Kaposi's Sarcoma) ที่บริเวณเยื่อเมือกของช่องปาก ซึ่งอาจจะเกิดในช่องปากก่อนบริเวณอื่นของร่างกาย พบที่บริเวณเพดานปาก เหงือก กระพุ้งแก้ม และสันเหงือกด้านหลัง

5. ต่อม้ำเหลืองซึ่งอาจจะตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจทั่วไปบริเวณศีรษะและคอ (สมศรี โรจนวัฒน์ศิริเวช, 2534 : 141-144)

ทันตแพทย์เป็นบุคคลแรกที่ได้พบ ระยะแรกเริ่มของเอดส์ได้แก่ มะเร็งหลอดเลือดในช่องปาก การติดเชื้อแคนดิดา การติดเชื้อเฮอปีส์ การมีฝ้าขาวลักษณะเป็นขน เป็นต้น ซึ่งทันตแพทย์ควรระมัดระวังให้ความสำคัญกับสิ่งเหล่านี้ ในระหว่างการตรวจภายในช่องปากของผู้ป่วย ในกรณีที่สงสัยควรส่งผู้ป่วยไปหาแพทย์ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ถูกต้องต่อไป (วารลักษณ์ ปรัชญพฤทธิ์, 2528 : 73)

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีการระบาดมากและเร็ว สาเหตุเนื่องจากโรคเอดส์ มีความแตกต่างจากโรคติดต่ออื่น ๆ หลายประการ ขอแยกประเด็นการนำเสนอเป็น 2 ประเด็นดังนี้

1. ด้าน Bio-Medical
2. ด้าน Socio-Medical

1. ด้าน Bio-Medical การระบาดของโรคเอดส์มีความแตกต่างจากโรคระบาดอื่น ๆ ดังนี้

1.1 โรคนี้เป็นโรคใหม่ของประเทศทั่วโลก ประชาชนทั่วโลกจึงไม่มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคนี้ อยู่เลย โรคจึงกระจายได้ง่ายและรวดเร็ว ต่างจากโรคไวรัสอื่นที่คนส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกันต้านทานอยู่เต็มแล้ว

1.2 การระบาดของโรคเป็นไปอย่างเงียบ ๆ ไม่มีใครรู้ ตัวผู้ป่วยเองก็ไม่มีลักษณะที่จะให้ผู้อื่นได้รู้เพื่อระวังตัว เพราะแม้ผู้ป่วยเองบางทีก็ไม่ว่าตัวเองติดเชื้อโรคเอดส์ และผู้ป่วยเองกว่าจะเกิดอาการก็ใช้เวลานานเป็นเดือนเป็นปี จึงมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว

1.3 ผู้ที่ได้รับเชื้อโรคนี้เข้าสู่ร่างกายแล้วต้องติดเชื้อทุกราย ต่อมาต้องเกิดอาการ และต้องตายทุกรายไม่ช้าก็เร็ว

1.4 โรคนี้อย่างไม่มียารักษาโดยทำลายเชื้อให้หมดไปอย่างได้ผล และยังไม่มียุคขึ้นที่จะ จัดป้องกันได้ (สมพจน์ บุญคุปต์, 2532 : 1-3)

2. ด้าน Socio-Medical

โรคเอดส์ติดต่อจากผู้ป่วยสู่คนอื่นโดยตรง โดยอาศัยพฤติกรรมทางส่วนตัวและสังคมที่ ขาดแก่การตรวจรู้ ดูแล ควบคุมหรือห้ามปราม เช่นพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ การใช้ยาเสพติด การระบาดในลักษณะนี้ ไม่ได้เป็นปัญหาจากเชื้อไวรัส หากแต่เป็นปัญหาจากสภาพแวดล้อมทาง สังคม และพฤติกรรมของบุคคลในสังคมเป็นสำคัญ เพราะในภาวะที่บุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพแวด ล้อมที่ส่งเสริมหรือ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวแล้ว โอกาสที่จะติดเชื้อแทบจะ ไม่มีเลย

การที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงก็ด้วยสาเหตุดังต่อไปนี้

2.1 คนมีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในเรื่องของโรคเอดส์ต่ำ

เช่น ชาวบ้านมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ แต่ความรู้นั้นอาจจะรู้ไม่จริงทั้งหมด และไม่ได้เก็บไปคิดและปฏิบัติในทางที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงลง ทั้ง ๆ ที่ปัจจุบันเอดส์ก็ได้แพร่ เข้าไปถึงคนทุกกลุ่มแล้ว (วิระยา เกาเจริญ, 2535 : 17)

2.2 คนมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของโรคเอดส์ แต่มีปัจจัยทางสังคมมาเกี่ยวข้อง

ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น พฤติกรรมทางเพศของชายไทย พฤติกรรมการใช้ ยาสูบหรือสูบบุหรี่ หรือมีอาชีพเป็นหญิงบริการอาชีพพิเศษ

2.3 คนมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคเอดส์ แต่ไม่อาจปฏิเสธพฤติกรรม เสี่ยงได้

เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ, พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาเสพติดเข้าเส้นร่วมกัน ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ

1. การรักร่วมเพศชาย หรือรักร่วมสองเพศ
2. การติดยาเสพติดชนิดฉีดยาเสพติดเข้าเส้น

3. การขายบริการทางเพศ
4. การได้รับเลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือด และอวัยวะที่ได้มาจากผู้ติดเชื้อ
5. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งรวมถึงการสำส่อนทางเพศ
6. ลูกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ
7. การถูกเข็มที่เปื้อนเลือดของผู้ป่วยตำ (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2533 : 6)

การที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้พบว่าล้วนมีปัจจัยชักนำทั้งสิ้นขอวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้แก่

1. ค่านิยมและพฤติกรรมทางเพศของชายไทย
 - ชาวชนไทยที่ต้องมีพฤติกรรม "กั้นครุ" (วิชาญ วิทยาศรัย และคณะ, 2532 : 53-54)
 - การมีทัศนคติว่าการใช้ถุงยางอนามัย เป็นการดิสคริมนชาติและจำกัดการตอบสนองความพอใจทางเพศสูงสุด (สุชาติ เศรษฐมาลินี, 2534 : 16)
 - พฤติกรรมรักร่วมเพศชาย
2. ความรู้ ความเข้าใจของคนทั่วไปเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์
 - ประชาชนส่วนหนึ่งยังเข้าใจว่าโรคเอดส์เป็นโรคของพวกรักร่วมเพศเท่านั้น ถ้าตนเองไม่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ จึงไม่กลัว
 - ประชาชนบางส่วนเข้าใจว่าโรคนี้ก็เหมือนโรคเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จึงยังไม่ตระหนักถึงภัยที่เกิดขึ้น (วิชาญ วิทยาศรัย, 2533 : 54)
3. เงื่อนไขของเศรษฐกิจ สังคม ทำให้คนเข้าไปมีพฤติกรรมเสี่ยง
 - สาเหตุที่หญิงบริการอาชีพพิเศษต้องมามีอาชีพนี้ ได้แก่ ความยากจน ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ความต้องการเลื่อนขั้นทางสังคม ค่านิยมการบริโภค และการเลียนแบบ (วีรสิทธิ์ ลิทธิไธรย์, 2534 : 256)

จะเห็นว่าปัจจัยที่จะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงมีหลายด้าน ถ้าจะกล่าวถึงทัศนแพทย์กับการป้องกันโรคเอดส์แล้วละก็ แม้ว่าจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติสูง แต่เงื่อนไขในการปฏิบัติมีอีกมากมาย อาจไม่เอื้อต่อการป้องกันก็ได้

เมื่อทราบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์แล้ว ทำให้เราสามารถแบ่งกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์ ได้ดังนี้

ก. กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์สูงมี 5 กลุ่มด้วยกันคือ

1. กลุ่มรักร่วมเพศชายหรือรักร่วมทั้งสองเพศ และกลุ่มผู้สัมผัสในรักต่างเพศที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลาย ๆ คน (มีส่วนในการร่วมประเวณี)

2. กลุ่มผู้เสพยาเสพติดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาเสพติด เข้าเส้นเลือดร่วมกัน และมีเพศสัมพันธ์กัน

3. กลุ่มผู้ที่เคยได้รับการถ่ายเลือด หรือผลิตภัณฑ์เลือดและยังไม่ปรากฏอาการใด ๆ ได้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดฮีโมฟีเลีย เอ และบี

4. ทารกที่มารดาเป็นโรคเอดส์

5. ภรรยาและบุตรของผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์

ข. กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ต่ำมี 3 กลุ่มคือ

1. ทัศนบุคลากร และบุคลากรทางการแพทย์

การเสี่ยงต่อการติดโรคก็คือ โอกาสที่จะได้รับเชื้อจากเลือดที่มีการติดเชื้อ โดยอุบัติเหตุจากเข็มฉีดยา หรือเครื่องมือหรือจากการที่มีบาดแผล หรือการฉีดยาจากผิวหนังแล้วสัมผัสกับเลือดที่มีการติดเชื้อ

2. บุคลากรที่ให้บริการการรักษาดูแลเงิน

โดยเฉพาะผู้ที่ให้ Mouth to Mouth Resuscitation ซึ่งเชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระแสโลหิตเกิดขึ้นได้เมื่อมีสภาวะ 3 อย่างดังนี้

ก. ผู้ป่วยมีเหงื่อหน้าแตก หรือหน้าแดง ซึ่งจะเกิดอันตรายต่อริมฝีปากได้

ข. มีเลือดในปาก

ค. ในเลือดมีเชื้อไวรัสเอดส์ และมีจำนวนมากพอที่จะทำให้เกิดโรค

3. การใกล้ชิดหรือสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง

เรื่องของการเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับทันตแพทย์ ได้มีการสำรวจข้อมูลจากทันตแพทย์ และทันตภิบาลในหลายประเทศ พบว่าการเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อย มีการถ่ายทอดการติดเชื้อโรคเอดส์จากการให้การรักษาทันตกรรมทั่วไปได้ มีเพียงรายเดียวที่ตรวจเลือดได้ผลบวก ซึ่งมีประวัติว่าเคยถูกเข็มฉีดยาตำ และไม่ได้สวมถุงมือเป็นประจำขณะทำงาน (กฤษณา อธิรัตน์, 2531 : 82-87)

สำหรับในทางทันตกรรม การแพร่เชื้อโรคเอดส์ มีโอกาสเกิดขึ้นได้ 2 ทางคือ

1. ทางเลือด เนื่องจากงานทันตกรรมต้องสัมผัสกับเลือด เพราะช่องปากเป็นเยื่อเมือกซึ่งมีการหล่อเลี้ยงของเลือดมาก (Highly Vascularized Mucosa) การดูดซึมน้ำเพียงเล็กน้อย หรือแม้แต่งานทันตกรรมเบื้องต้นอย่างง่าย ๆ ก็อาจทำให้มีเลือดออกได้

2. ทางน้ำลาย พบว่าโอกาสที่จะพบเชื้อโรคเอดส์ในน้ำลายมีน้อยกว่ามาก เมื่อเทียบกับในเลือด และจำนวนเชื้อในน้ำลายมีปริมาณน้อยกว่าในเลือดมาก ดังนั้นการถ่ายทอดเชื้อเอดส์ทางน้ำลายอย่างเดียวน่าจะมีอัตราที่ต่ำมาก แต่อย่างไรก็ตามแม้หลักฐานที่ได้ไม่ชัดเจน แต่ก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังมีปัจจัยเสริมอีกหลายประการ คือสภาพการทำงานทางทันตกรรมต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก และใช้เวลานานพอสมควร ในบรรยากาศก็จะมี การฟุ้งกระจายของน้ำจากช่องปากของผู้ป่วย เนื่องจากระบบของเครื่องมือทำฟัน (สมศรี วิจารณ์ศิริเวช, 2534 : 143)

จะเห็นว่าในทางทันตกรรม โอกาสที่เชื้อโรคเอดส์แพร่กระจายเกิดขึ้นได้ โดยผ่านทางที่สำคัญ คือเลือดเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นงานทันตกรรมบางประเภทที่ต้องทำงานกับเลือดมาก ๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์มากคือ

1. งานศัลยกรรมช่องปาก กรณีที่มีการผ่าตัดในช่องปากจะมีเลือดออกมา เนื่องจากช่องปากเป็นเยื่อเมือกที่มีการหล่อเลี้ยงของเลือดมาก

2. งานถอนฟัน งานถอนฟันบางชนิด เช่นฟันแท้ที่ถอนยาก หรือฟันที่รากโค้งต้องแคะรากออก ทำให้มีเลือดออกมาก

3. งานศัลยกรรมปริทันต์ การผ่าตัดเหงือก ตกแต่งเหงือก ย่อมทำให้มีเลือดออกมาก

4. งานชุดหินน้ำลายที่มีเลือดออกมาก ๆ ปกติการชุดหินน้ำลายในผู้ป่วยที่เหงือกอักเสบเล็กน้อย จะมีเลือดออกไม่มาก แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเหงือกอักเสบมาก หินน้ำลายมากจะทำให้เลือดออกมาก

โดยหลักการแล้วการแพร่เชื้อโรคเอดส์ จากเลือดหรือน้ำลายในคลินิกทันตกรรมจะเกิดได้ 3 กรณี คือ

1. ผ่านเครื่องมือ กรณีที่ทันตแพทย์ไม่ได้ฆ่าเชื้อในเครื่องมือที่ใช้ ให้ปราศจากเชื้อก่อนมีเชื้อเอดส์ติดมากับเครื่องมือ ทำให้มีการแพร่เชื้อสู่ผู้ป่วยได้

2. โดยการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยโรคเอดส์ไปสู่ทันตแพทย์ เกิดขึ้นได้กรณีที่ทันตแพทย์มีบาดแผลที่มือ แล้วไปทำการรักษาผู้ป่วยเอดส์ เชื้อจากเลือดผู้ป่วยโรคเอดส์จะเข้าสู่ทันตแพทย์ทางบาดแผลได้

3. โดยการแพร่เชื้อจากทันตแพทย์ไปสู่ผู้ป่วยโรคเอดส์ กรณีนี้เกิดได้ยาก แต่ก็อาจเกิดขึ้นได้ถ้าทันตแพทย์เป็นเอดส์แล้วรักษาผู้ป่วย ขณะรักษาจะต้องมีแผลที่มือ และผู้ป่วยก็จะต้องมารับการรักษาที่มีเลือดออก คือมีบาดแผลในช่องปากเช่นกัน จึงจะเกิดการแพร่เชื้อจากทันตแพทย์ไปยังผู้ป่วยได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การควบคุมการติดเชื้อในคลินิกทันตกรรม เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญในการให้บริการทันตกรรม แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกราย เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคจากผู้เป็นโรค ไปสู่ผู้อื่น โดยหลักการควบคุมการติดเชื้อคือ

1. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อระหว่างผู้มารับบริการ
2. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจากผู้มารับบริการสู่ทันตบุคลากรหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
3. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจากทันตบุคลากรสู่ผู้มารับบริการ

เป็นที่ยอมรับกัน โดยทั่วไปแล้วว่าการควบคุมการติดเชื้อที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับทันตบุคลากร ผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการคือ หลักการควบคุมป้องกันการติดเชื้อแบบ Universal Precaution โดยให้ถือเสมือนว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ตลอดจนผู้ให้บริการทางทันตกรรมทุกคน อาจมีเชื้อโรคที่สามารถติดต่อได้ทางเลือด และสารน้ำในร่างกายต่าง ๆ อยู่ เท่าที่ผ่าน

มาได้มีความพยายามในการวางหลัก Universal Precaution ไว้ดังนี้

1. ฝึกล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังจะทำการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน
2. ควรสวมถุงมือทุกครั้งที่จะทำหัตถ์ให้ผู้ป่วย เพื่อมือจะไม่สัมผัสกับเลือดผู้ป่วยและควรเปลี่ยนถุงมือที่ใช้แล้วกับผู้ป่วยคนหนึ่ง เมื่อจะไปทำงานให้กับผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง ถ้าถุงมือขาดควรถอดและเปลี่ยนทันที และล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ และน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนสวมถุงมือใหม่
3. ควรเปลี่ยนเครื่องมือทำหัตถ์ใหม่ เสมอเมื่อทำผู้ป่วยคนหนึ่งเสร็จแล้วก่อนที่จะไปทำการรักษาผู้ป่วยรายต่อไป
4. งานทันตกรรมทั่วไป จะมีการกระเด็นและกระจายของน้ำลายและเลือดเสมอทันตแพทย์ควรสวมแว่นตาป้องกัน ใส่ผ้าปิดจมูกปากและใส่เสื้อกาวน์ขณะทำงานตลอดเวลาให้เป็นนิสัย ถ้าละอองเลือดหรือน้ำเหลืองควรเปลี่ยนและล้างซัก
5. พยายามหลีกเลี่ยงบาดแผลขณะทำงานเช่น ระวังการถูกเข็มตำมือเช่น
 - ก. หัดใช้ปากคีบคีบเข็ม แทนที่จะใช้มือจับตามปกติ
 - ข. ไม่พยายามจะสวมเข็มกลับคืนเข้าปลอก
 และระวังเกี่ยวกับการใช้ของมีคมอื่น ๆ เช่น มีด เป็นต้น ขณะใช้ของมีคมควรจะมีสมาธิ ไม่นิ่งโง่ ถ้าหากถูกตำหรือมีคมบาดต้องบีบเลือดออก และใจเย็น ๆ ล้างมือให้สะอาดและล้างด้วย 0.5% Sodium hypochlorite
 เข็มและของมีคมที่ใช้แล้วควรวางให้เป็นที่เป็นทางเช่น เก็บใส่กระบุงโลหะปิดฝาก่อนนำไปทิ้ง
6. ผ้าเปื้อนเลือดควรแช่ใน 0.5% Sodium hypochlorite ก่อน แล้วจึงซักตามปกติ
7. เมื่อเสร็จงานประจำวัน ควรกำชับคนทำความสะอาดเช็ดถูโต๊ะ เก้าอี้ พื้น ด้วยผงซักฟอก และน้ำธรรมดา ถ้ามีเลือดหรือน้ำเหลืองอยู่ให้เช็ดด้วย 0.5-1% Sodium hypochlorite (วิชาญ วิทยาศรัยและประคอง วิทยาศรัย, 2535 :168)

แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการวางมาตรการการควบคุมการติดเชื้อแล้วก็ตามแต่วิถีการนี้อาจเดี๋ยวงไม่พอ ถ้าทันตแพทย์ไม่มีความรู้ในเรื่องของโรคเอดส์ที่ติดต่อ ไม่มีทัศนคติที่ดีต่อโรคเอดส์ และมีการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์จะได้ผลก็ต่อเมื่อทันตแพทย์เหล่านี้มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ดี การป้องกันจึงจะได้ผล

2.2 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

พฤติกรรมของคนต่างจากสัตว์ สัตว์จะแสดงพฤติกรรมไปตามสัญชาตญาณตามธรรมชาติของมัน แต่คนมีการเรียนรู้ได้ พฤติกรรมของคนจึงไม่เป็นไปตามสัญชาตญาณแต่เกิดจากการเรียนรู้ ความรู้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนมีความคิด มีพฤติกรรมบางอย่าง ทัศนคติก็เช่นกัน การที่เราจะเข้าใจในพฤติกรรมของคน เราต้องเข้าใจก่อนว่าคนนั้นมีความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม บรรทัดฐานของสังคมอย่างไร สิ่งเหล่านี้สำคัญมากในการที่คิดจะเปลี่ยนพฤติกรรม การเปลี่ยนพฤติกรรมต้องให้ความรู้ เปลี่ยนทัศนคติของคนก่อน

ดังนั้นถ้าเราจะศึกษาถึงพฤติกรรมของทันตแพทย์ในการป้องกันโรคเอดส์ จึงเสี่ยงไม่ได้ที่เราจะต้องศึกษา KAP ก่อน

ความหมายของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

(ความรู้หมายถึง ความสามารถทางพุทธิปัญญา (อนันต์ ศรีโสภา, 2520 : 13-14) เป็นข้อเท็จจริงของกฎเกณฑ์และเรื่องราวต่าง ๆ ที่บุคคลได้เก็บรวบรวมสะสมไว้ (C.V. Good, 1973 : 325) และเป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็น (ประภาณี สุวรรณ, 2520 : 10) ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ความสามารถและทักษะต่าง ๆ ทางสมองแบ่งออกเป็น 6 ชั้น ซึ่งเรียงจากพฤติกรรมที่ง่ายไปหายากประกอบไปด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับความจำในสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับวิธี และการดำเนินงานที่เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวความคิดและโครงสร้างของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2. ความเข้าใจคือ เข้าใจความหมายของสิ่งนั้นได้แก่ การแปล การตีความหมาย การขยายความ

3. การนำไปใช้คือ การนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ๆ

4. การวิเคราะห์คือ การแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้แก่ การวิเคราะห์ส่วนประกอบต่าง ๆ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบนั้น การวิเคราะห์หลักหรือวิธีการรวบรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เหล่านี้

5. การสังเคราะห์คือ การรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกันได้แก่ การกระทำที่เป็นสื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความหมาย การกระทำที่เกี่ยวกับแผนงาน หรือข้อเสนอตามวิธีการต่าง ๆ การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ

6. การประเมินผลคือ การตัดสินคุณค่าในสิ่งที่กำหนดความมุ่งหมายได้โดยการใช้เกณฑ์ที่แน่นอนได้แก่ การตัดสินโดยอาศัยเหตุการณ์ภายในสิ่งนั้นเป็นเกณฑ์ การตัดสินโดยอาศัยเกณฑ์จากภายนอกมาพิจารณา (อนันต์ ศรีโสภณ, 2520 : 13-14)

ดังนั้นความรู้คือ การรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และเรื่องราวต่าง ๆ ที่บุคคลได้เก็บรวบรวมสะสมไว้

ทัศนคติหมายถึง ความ โน้มเอียงหรือแนวโน้ม ในการที่จะมีปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสิ่งของ สถานการณ์ หรือค่านิยม ซึ่งมักจะประกอบด้วยความรู้สึก และอารมณ์ (C.V. Good, 1973 : 49) หรือเป็นสภาวะความพร้อมของจิตใจ และประสาท อันเกิดจากประสบการณ์ ซึ่งจะเป็นสิ่งกำหนดทิศทาง หรือมีอิทธิพลในการสนองตอบของบุคคลต่อสถานการณ์ หรือสิ่งเร้าที่มาเกี่ยวข้องด้วย (Allport อ้างใน เรณู เจริญศรี, 2525 : 8) หรือเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520 : 3) ซึ่งเป็นความรู้สึกว่าชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ ต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เราเกี่ยวข้องอยู่ ทัศนคติเป็นสิ่งที่บ่งบอกทิศทางอาการแสดงออกของคนเรา ที่จะกระทำต่อสิ่งของ บุคคลหรือสถานการณ์ ทัศนคติจึงมีความสำคัญในการมีปฏิกริยาโต้ตอบต่อสิ่งต่าง ๆ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน อ้างใน เรณู เจริญศรี, 2525 : 10) หรือเป็นระดับของความมากมายของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรได้หลายอย่าง

เช่น สิ่งของ บุคคล บทความ องค์การ ความคิด ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างได้ว่าเป็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย (Thurstone อ้างใน เรนุ เจริญศรี, 2525 : 9) หรือเป็นความ โน้มเอียง หรือการกำหนดที่ได้จากการเรียนรู้ต่อสิ่งของหรือสถานการณ์ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะตอบสนองไปในทางที่ชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งของ หรือสถานการณ์นั้น (Rokeach อ้างใน จันทนา หล่อตระกูล, 2532 : 33) หรือเป็นความพร้อมที่จะแสดงออกของบุคคลหรือการไม่แสดงออกของบุคคลอย่างสม่ำเสมอที่มีต่อบุคคลอื่น หรือต่อวัตถุ หรือต่อความคิดเห็นใด ๆ ก็ได้ หากบุคคลจะทำหรือแสดงออกสักอย่างออกมาต่อสิ่งใด เขาย่อมมีแนวโน้มที่จะทำตามทัศนคติที่เขามีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติของคนจึงมีอิทธิพลต่อการกระทำของตน (สมจิตต์ สุพรรณกัทธน์ อ้างใน เรนุ เจริญศรี, 2525 : 9) ซึ่งเป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อกลุ่มบุคคล สถาบันหรือเรื่องราวต่าง ๆ (R.L. Thorndike and E.P. Hagen อ้างใน ไพบรณ รัตสาร, 2524 : 26-32)

ดังนั้นทัศนคติคือ ความ โน้มเอียงของบุคคลที่จะแสดงออกต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สถาบัน สถานการณ์ เรื่องราวต่าง ๆ ไปในทางใดทางหนึ่ง อาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้าน คือชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

การปฏิบัติหมายถึง กิริยาการกระทำหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับสมอง อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความต้องการความรู้สึกนึกคิด เป็นผลต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นปฏิกริยาการกระทำหรือพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่สามารถมองเห็นได้ (ธรรมรส โชติคุณุช, 2519 : 383) หรือการกระทำหรือปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อาจสังเกตได้ชัดเจน หรืออาจรับรู้ได้โดยใช้เครื่องมือวัด (แอนก ทวีแสง, 2519 : 58) หรือเป็นพฤติกรรมการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย จัดเป็นพฤติกรรมเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่วงการแพทย์และสาธารณสุขเห็นว่ามีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี หลีกเลี่ยงโรคและป้องกันมิให้เกิดโรค ด้านสุขศึกษาถือว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงทนถาวร (ประภา ใหญ่สุวรรณ, 2520 : 10) หรือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก การปฏิบัติมีส่วนต่อมาจากความรู้ และทัศนคติทางด้านอนามัยถือว่าพฤติกรรมทางด้านปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายที่

ต้องการอย่างยิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี (Bloom, 1975 : 65-197)

ดังนั้น การปฏิบัติหมายถึง พฤติกรรมของแต่ละบุคคลตามความคิด ความพอใจของตนเองที่สามารถมองเห็น สังเกตได้ หรืออาจรับรู้โดยการให้เครื่องมือวัด

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

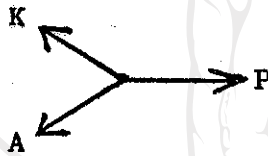
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีทั้งทฤษฎีที่เชื่อว่าสัมพันธ์กันและบางส่วนเชื่อว่าไม่สัมพันธ์กัน

ทฤษฎีที่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กันสามารถสรุปความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

1. ทักษะ (A) เป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ (K) การปฏิบัติ (P) ดังนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะ และทักษะมีผลต่อการปฏิบัติ



2. ความรู้ และทักษะมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



3. ความรู้ และทักษะต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้ และทักษะไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทักษะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามได้



(ชวาร์ท อังโน อัญชลี ดุษฎีพรรณ, และคณะ, 2527 : 4)

ในกรณีของการศึกษาเรื่องของโรคเอดส์ มีการศึกษาในด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติมาก เพราะโรคเอดส์เป็นเรื่องใหม่ การศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติจะช่วยให้คนสามารถพัฒนาสื่อ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้สุขศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงให้เหมาะกับกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่มแต่เท่าที่ผ่านมา ยังไม่มีใครศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในงานทันตกรรมเลย แต่เราก็สามารถเอาความรู้จากการศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในด้านอื่นมาปรับใช้ได้ด้วยการให้ความรู้ ในการทำให้ปราศจากเชื้อ การควบคุมมาตรการ Universal Precaution ในคลินิกทันตกรรม

แต่บางครั้ง เราก็พบว่าหลักการตามทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงก็ไปด้วยกันไม่ได้ ซึ่งในกรณีที่มีคนศึกษาไว้เช่น Richard Lapierre อ้างใน แสงสุริย์ สำอางค์กุล (2534 : 171) ที่พบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติและการศึกษาของ Doob อ้างใน แสงสุริย์ สำอางค์กุล (2534 : 171) ที่พบว่าพฤติกรรมภายใน (คือทัศนคติ) และพฤติกรรมภายนอก (คือการปฏิบัติต่อสิ่งเร้า) ที่มีต่อสิ่งเร้าเดียวกัน ไม่มีธรรมชาติที่จะต้องสัมพันธ์กันเลย อย่างเช่น คน 2 คน อาจจะเรียนรู้ในการแสดงออกต่อสิ่งเร้านี้ด้วยการกระทำที่ต่างกัน แม้ว่าทัศนคติจะเป็นแนว โน้มของการกระทำ แต่ในที่สุดการปฏิบัติย่อมขึ้นอยู่กับโอกาสได้รับแรงเสริม ทั้งนี้ถ้าพิจารณาให้ดีจะพบว่า การที่บุคคลประพฤติ หรือปฏิบัติไม่ได้ เกิดจากทัศนคติเพียงอย่างเดียวจะเกิดจากสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ คือ

1. ทัศนคติ
2. บรรทัดฐานของสังคม
3. นิสัย
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ หลังจากทำพฤติกรรมนั้น ๆ

(ประกาเพ็ญ สุวรรณ, 2522 : 6)

ด้าน
 ✕ และระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ บางครั้งเราพบว่าความรู้ไม่ใช่เครื่องรับประกันว่าผู้ที่มีความรู้จะมีการปฏิบัติถูกต้องเสมอไป เพราะความรู้ที่นั้นไม่แน่ว่าจะทำให้เกิดการกระทำในสิ่งที่พึงปรารถนาเสมอไป แต่ปัจจัยที่จะทำให้เกิดทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเช่น การเลียนแบบบุคคลที่เคารพ นิยมชมชอบ จากประสบการณ์ที่พึงพอใจ หรือทุกข์ใจ จากการสังเกตการกระทำ

ของบุคคลอื่น และดูผลที่เกิดขึ้น ฯลฯ มีผลที่จะโน้มน้าว หรือชักจูงจิตใจ ให้เปลี่ยนความรู้อาเป็นการปฏิบัติได้ (ประภาณี สุวรรณ, 2522 : 98) X

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เท่าที่ผ่านมาพบว่า ได้มีผู้ทำงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้นในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงจะขอแบ่งประเด็นในการนำเสนอ ดังนี้ คือ

- 2.3.1 ความชุกของการติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยง
- 2.3.2 ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ
- 2.3.3 การลดพฤติกรรมเสี่ยง
- 2.3.4 ทันทแพทย์กับการป้องกัน

2.3.1 ความชุกของการติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยง

ในการวิจัยเรื่องโรคเอดส์ เราจะพบว่าส่วนใหญ่แล้วจะศึกษาในเรื่องความชุกของการติดเชื้อ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ

นันทา เตชรัตน์ และคณะ (2533 : 64) ศึกษาการติดเชื้อเอดส์ในประชากรกลุ่มเสี่ยงในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนสิงหาคม 2530 ถึงเดือนพฤษภาคม 2531 โดยการสัมภาษณ์ และเจาะเลือดหญิงและชายโสเภณีจำนวน 1,086 คน จากสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ไม่พบการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงโสเภณี สำหรับกลุ่มชายโสเภณี 100 คน ที่ศึกษาพบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวน 2 คน ส่วนในประชากรกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด เจษฎา จงไพบูลย์พัฒน และคณะ (2533 : 73) ศึกษาเรื่องยาเสพติดกับเอดส์ในหน่วยบำบัดรักษา ยาเสพติด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่ปี 2529 พบว่าร้อยละของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้เพิ่มขึ้นอย่างน่ากลัว ร้อยละสูงสุดคือ ร้อยละ 43.9 เมื่อเดือนมกราคม 2532 เช่นเดียวกับการศึกษาของทวีศักดิ์ นพเกษร และคณะ (2535 : 28) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเอดส์ในชายหนุ่มไทยภาคเหนือ ในทหารเกณฑ์ของกองทัพบกที่ 3 จำนวน 1,166 คน พบว่าร้อยละ 75 เคยมีเพศสัมพันธ์กับโสเภณี และร้อยละ 43 เคยมีประวัติเป็นกามโรคในกลุ่มที่มาจากภาคเหนือ

ตอนบน ร้อยละ 13.9 ติดเชื้อเอดส์ ส่วนกลุ่มจากภาคเหนือตอนล่าง ติดเชื้อเอดส์เพียงร้อยละ 2.2 กลุ่มจากภาคเหนือตอนบน มีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุน้อยกว่า 16 ปี โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับโสเภณี ซึ่งเป็นโสเภณีราคาถูก ในกลุ่มที่เคยร่วมเพศกับโสเภณีร้อยละ 43 เท่านั้นที่รายงานว่ามักจะใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าไม่ใช้เมื่อไปเที่ยวโสเภณี และเห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัย ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พชริน ดำรงกิตติกุล และคณะ (2535 : 25) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ ในสถาบันอุดมศึกษา 4 แห่ง พบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดขึ้น เมื่ออายุเฉลี่ย 16 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 12 ปี ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงโสเภณีมีร้อยละ 36-45 ที่เหลือส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพื่อน พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลยมีร้อยละ 25 ผู้ที่ใช้บ้าง ไม่ใช้บ้างมีร้อยละ 41 และผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งมีเพียงร้อยละ 33

2.3.2 ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ

จากรายงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของการติดเชื้อ และปัจจัยเสี่ยงทำให้เราทราบว่า พฤติกรรมของประชาชนทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ดังนั้นการทราบถึง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ ต่อโรคเอดส์จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาหาวิธีป้องกันต่อไป

กมลเนตร โอฆานุรักษ์ และคณะ (2535 : 89) ศึกษาความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของทันตแพทย์ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 130 คน พบว่า ร้อยละ 71 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว แต่มีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่เคยให้บริการแก่ผู้ ป่วยโรคเอดส์ และกว่าร้อยละ 90 ของทันตแพทย์กลุ่มนี้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับที่ดี ทักษะติดต่อโรคเอดส์มีค่าบวกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และยังมีพฤติกรรมการป้องกันที่ไม่เพียงพอ ทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมเรื่องโรคเอดส์แล้วนั้น มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีขึ้น แต่ไม่มีการ เปลี่ยนทัศนคติ หรือพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างจริงจัง และนอกจากนั้น กมลเนตร โอฆานุรักษ์ และคณะ (2533 : 91) ยังได้ศึกษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในเรื่อง ความรู้และ

ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 20 ของกลุ่มที่เคยให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ แต่เกือบทุกรายมีความรู้สึกว่าจะยังไม่มีความพร้อมในการให้บริการ และมากกว่าร้อยละ 80 เชื่อว่ายังมีบุคลากรอีกจำนวนหนึ่ง ที่ไม่ได้ต้องการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์บุคลากร ส่วนใหญ่ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเฉพาะด้านการป้องกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมศักดิ์ ศรีวิทยานุกูล และคณะ (2532 : 138-147) ซึ่งศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย พบว่าร้อยละ 90.9 เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนควรให้การรักษายาบาลแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการและเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรเทพ นพพรพันธ์ และจันทิมา นพพรพันธ์ (2533 : 89) ศึกษาความเข้าใจในโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระยะลาทุกระดับพบว่า ความรู้เบื้องต้นของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ ถึงร้อยละ 74.4 และร้อยละ 42.8 คิดว่าไม่จำเป็นต้องแยกผู้ป่วย ขณะเดียวกันร้อยละ 82.5 มีความกลัวต่อโรคเอดส์ และร้อยละ 82.9 ไม่สมัครทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคิดว่าโรงพยาบาลมีมาตรการป้องกันโรคเอดส์ได้ผลเพียงร้อยละ 47

ชวนชม สกลชรัตน์ และคณะ (2533 : 1-20) ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูง ที่จังหวัดขอนแก่นพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง แต่กลุ่มเป้าหมายก็มีทัศนคติและความตั้งใจในการที่จะช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคทั้งแก่ตนเอง และลูกค้ำไปในทางที่ดี ทางด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอัตราการใช้ไม่แตกต่างกันซึ่งต่างจากการศึกษาของ เทพพนม เมืองแมน และคณะ (2532 : 1-6) ศึกษาหาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มเสี่ยง ผู้ติดยาเสพติด ชายบริการและหญิงโสเภณี ในประเทศไทยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีพอสมควร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคเอดส์ แต่ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

เพชรวิทย์ เวชโอสถ และศิริสุข อิมสุขใจ (2533 : 38-43) ศึกษาความรู้ในการป้องกัน

กันโรคเอดส์ของประชาชนกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในจังหวัดชลบุรี พบว่าประชาชนแต่ละกลุ่มอาชีพมีความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์เป็นที่น่าสนใจ กลุ่มที่ความรู้ต่ำสุดคือกลุ่มอาชีพค้าขาย มีความรู้ร้อยละ 78.31 กลุ่มที่มีความรู้สูงสุดคือกลุ่มอาชีพรับราชการ หรือลูกจ้างรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ มีความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ดี โดยที่เพศชายและเพศหญิงมีความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ไม่ต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นพิตน์ ยิ่งเสรี และนิมพันธ์ภา นิสาวัดนานันท์ (2534 : 4) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มวัยรุ่นชนบทจังหวัดลำปางพบว่ากลุ่มที่มีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ดี และปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์พบว่ามีความสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16-17 ปี โดยมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงและโสเภณี แต่มีเพียงร้อยละ 46-48 ที่ใช้ถุงยางอนามัย ←

2.3.3 การลดพฤติกรรมเสี่ยง

เท่าที่ผ่านมา ได้มีความพยายามหาวิธีการต่าง ๆ หลายวิธีเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ เช่น การให้สุขศึกษา, การรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัย ดังได้มีผู้ทำการวิจัยในเรื่องนี้เช่น

วิทยา คุณากรกุล และคณะ (2533 : 113) ศึกษาการให้สุขศึกษาแบบกลุ่มเกี่ยวกับความรู้ เรื่องวิธีคุมกำเนิด และการป้องกันโรคเอดส์แก่หญิงอาชีพพิเศษ ในหญิงอาชีพพิเศษเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ช่วงเดือนกุมภาพันธ์และมีนาคม 2532 จำนวน 323 ราย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด และการป้องกันโรคเอดส์หลังการให้สุขศึกษาสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ หลังการให้สุขศึกษาสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากความพยายามในการลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยการให้สุขศึกษาแล้วยังมีวิธีอื่น ๆ อีกเช่น รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2535 : 37) ศึกษาถึงมิติทางสังคมของการใช้ถุงยางอนามัย ในการให้บริการทางเพศของหญิงบริการอาชีพพิเศษ จำนวน 18 ราย ในพื้นที่หนึ่งของจังหวัดในภาคเหนือ พบว่าเกือบทุกรายรับรู้เป็นอย่างดีว่าอาชีพของตนมีความเสี่ยงต่อการติดต่โรคเอดส์ โดยเฉพาะเกือบทั้งหมดเชื่อมั่นว่าถุงยาง

อนามัยจะสามารถเป็นปราการป้องกันเอ็ดส์ได้ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 14) ที่คิดว่าแม้จะใช้ถุงยางอนามัยแล้วก็มีโอกาสติดเอ็ดส์ได้ เนื่องจากคุณภาพของถุงยางและโอกาสที่ถุงยางอนามัยแตก แต่ปัญหาของการใช้ถุงยางอนามัยไม่ได้จบลงที่ผู้ให้บริการอาชีพพิเศษที่ช่วยผู้ชายใช้ถุงยางอนามัยสำเร็จแต่อยู่ที่จะดำรงความต่อเนื่องของการใช้ได้เพียงใด ซึ่งในสถานการณ์ที่ทับทบาทและสถานการณ์ของหญิงบริการอาชีพพิเศษ ยังตกเป็นเบี้ยล่างของทุกฝ่ายที่ต้องการถกเถียงเอาประโยชน์รวมทั้งมีเงื่อนไขกดดันภายในบทบาทที่อาจนำไปสู่ความล้มเหลวของการใช้ถุงยางอนามัย

2.3.4 ทักษะแพทย์กับการป้องกัน

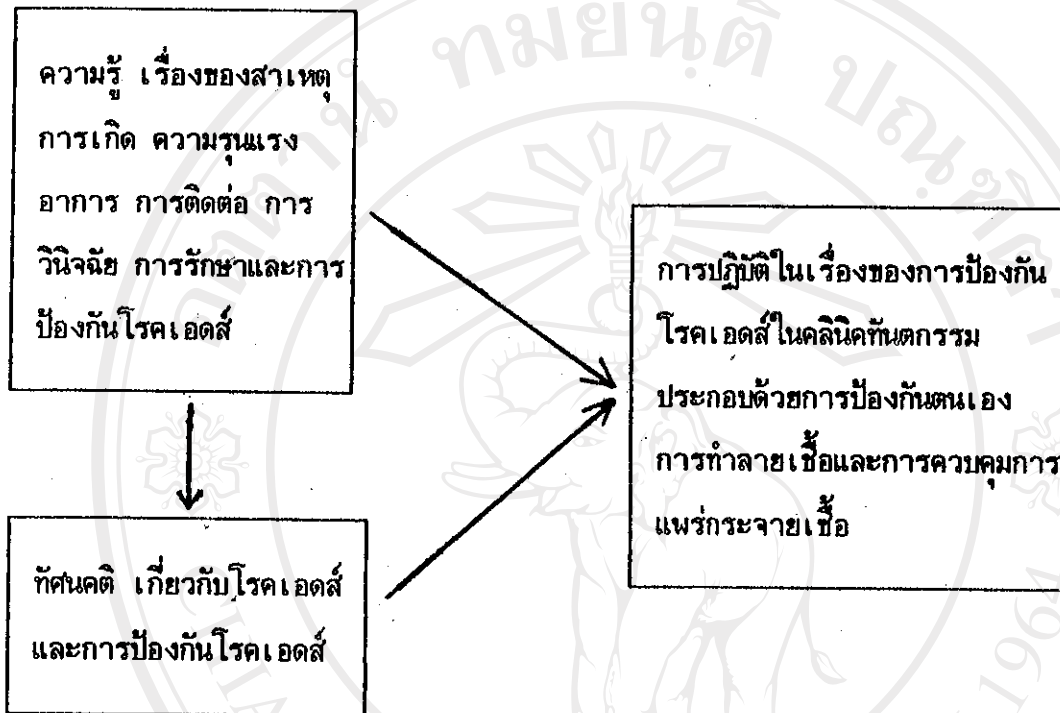
การแพร่เชื้อโรคเอ็ดส์ นอกจากจะโดยทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการใช้ถุงยางอนามัยแล้ว การบำบัดรักษาทางทันตกรรมก็เป็นทางหนึ่งที่สามารถจะทำให้มีการแพร่เชื้อโรคเอ็ดส์จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ แต่ก็สามารถป้องกันได้ด้วยมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด ได้มีผู้วิจัยศึกษาเรื่องทัศนแพทย์กับการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อรวมทั้งทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่องานทันตกรรมและโรคเอ็ดส์ ดังนี้คือ

วาริต วิระประดิษฐ์ และจิรพันธ์ พันธุ์ฉวีกร (2533 : 25-31) ศึกษาการใช้ถุงมือของทันตแพทย์ในการให้บริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 44.78 มีการใช้ถุงมือมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 24.78 ใช้มา 1-2 ปี ร้อยละ 10.78 ใช้มา 2-3 ปี และร้อยละ 11.27 ใช้มานานกว่า 5 ปีและพบว่าร้อยละ 26.16 ใช้ถุงมือสำหรับผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 65.95 เลือกใช้เฉพาะบางราย และร้อยละ 7.89 ไม่ใช้ถุงมือเลย ปัจจัยที่ทำให้ทันตแพทย์ตัดสินใจในการใช้ถุงมือ ได้แก่ ตัวทันตแพทย์เอง ลักษณะของผู้ป่วย และชนิดของงานที่ให้บริการ ซึ่งงานที่ทันตแพทย์ใช้ถุงมือในการให้บริการมากที่สุดคือ งานถอนฟันหรือทำศัลยกรรมรongsลงมาได้แก่ การขูดหินปูน วิธีการใช้ถุงมือแตกต่างกันดังนี้ ร้อยละ 72.74 เปลี่ยนถุงมือทุกครั้งสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ร้อยละ 38.52 ใช้ซ้ำภายหลังทำให้ไร้เชื้อด้วยเครื่องอัตโนมัติ และร้อยละ 54.86 ใช้ซ้ำภายหลังล้างด้วยสบู่ ส่วนในด้านทัศนคติของผู้ป่วย B.CERBERT, B.T. MAGUIRE และ S.SPITZER (1989 : 16-s - 20-s) ได้ศึกษา

ชาติทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่องานทันตกรรม และโรคเอดส์ที่สหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 30 มีความเชื่อว่ามีความเป็นไปได้ที่จะได้รับเชื้อโรคเอดส์ จากคลินิกทันตกรรม และในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละ 63 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องนี้ และเป็นกลุ่มที่มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตที่มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์สูง ร้อยละ 60 ไม่แน่ใจว่าทันตแพทย์ประจำของตนเคยให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์หรือไม่ สำหรับผู้ที่คิดว่า ทันตแพทย์ของตนเคยให้การรักษา แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์มาก่อน ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ยังคงยืนยันที่จะไปรับการรักษาจากทันตแพทย์คนเดิม ร้อยละ 66 พร้อมทั้งจะเปลี่ยนไปรับการรักษาจากทันตแพทย์ท่านอื่น เมื่อทราบว่าทันตแพทย์คนเดิมติดเชื้อโรคเอดส์ มีเพียงร้อยละ 23 ยังคงยืนยันที่จะรับการรักษาจากทันตแพทย์คนเดิม และมีถึงร้อยละ 12 ที่ยังไม่สามารถตัดสินใจได้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแพทย์กับทันตแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเปลี่ยนการรักษาจากทันตแพทย์ที่เป็นเอดส์ ไปพบทันตแพทย์ท่านอื่นมากกว่าที่จะเปลี่ยนการรักษาจากแพทย์ที่เป็นเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าตนมีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคเอดส์ จากการรักษาทางทันตกรรมได้ง่ายกว่า และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยืนยันที่จะได้รับการรักษาจากทันตแพทย์ที่สวมเครื่องป้องกันต่าง ๆ เช่นถุงมือ, หน้ากาก, แว่นป้องกันมากกว่าทันตแพทย์ที่ไม่สวมใส่เครื่องป้องกัน โดยเฉพาะการสวมถุงมือของทันตแพทย์จะได้รับการสนใจจากผู้ป่วยมากกว่าหน้ากากและเครื่องป้องกันสายตา เนื่องจากการสวมถุงมือของทันตแพทย์เป็นการให้การป้องกันแก่ผู้ป่วยโดยตรง แต่การสวมหน้ากากและแว่นป้องกันสายตาดูเหมือนจะเป็นการป้องกันตัวทันตแพทย์เองมากกว่า

4. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของทันตแพทย์

การศึกษาถึง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของทันตแพทย์ในครั้งนี้ ก็เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ สร้างทัศนคติที่ดี และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อสุขภาพที่ดีของทุกคน และเพราะว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่เพิ่งมีการระบาด จึงขอสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของทันตแพทย์