

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

fbc971379d1385262b45f49c159b80e878750d464280ee535fa215934a42c4ea

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ
การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น
ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Effects of the Knowledge Management Program on the Counseling Behavior
related to Management of Antimicrobial Resistance of First-line
Nurse Managers in a Tertiary Hospital

ภรภัค ชนินโรจนธร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการ
เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์

วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ภรภัก ธนินโรจนธร

นางภรภัก ธนินโรจนธร

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
พย.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. พัทธวรรณ อารีย์
วท.ด. (โภชนศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งนเวช

Ph.D. (Nursing)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)

หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ นัทรคอกไม้ไพโร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. พัทธราภรณ์ อารีย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำข้อชี้แนะแก่ผู้วิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์นริสสร หล่อจิระสุนท์กุล อาจารย์ ดร. ปราณี มีหาญพงษ์ อาจารย์ ดร. กันตภณ เชื้อฮ้อ นางปทุมปวีร์ กิตติกุล และนางสาวอัจฉริยา น้อยทรง ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี ตลอดจนพยาบาลผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ในการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัว ที่สนับสนุนทุนการศึกษาและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ได้ให้ความสนับสนุนช่วยเหลือจนทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยขอบมอแด้นบุพการีคณาจารย์ และผู้ที่สนใจในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ความดีอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบมอแด้น บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ชื่อผู้เขียน	นางกรรภัช ธนินโรจนธร
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการแพทย์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, ศ.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. พัทธกรพันธ์ อารีย์, วท.ด. (โภชนศาสตร์)
ปี พ.ศ.	2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่พบปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประยุกต์จากแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ท (2002) ประกอบด้วย แผนการสอน และ คู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และ 2) แบบวัดพฤติกรรมการให้คำปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติ Independent t-test และสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความรู้ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นได้ ดังนั้น ผู้บริหารควรนำโปรแกรมกำหนดเป็นแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ตลอดจนนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมให้คำปรึกษาในสถานการณ์อื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ พฤติกรรมการให้คำปรึกษา โปรแกรมการจัดการความรู้

Thesis Title	Effects of the Knowledge Management Program on the Counseling Behavior related to Management of Antimicrobial Resistance of First line Nurse Managers in a Tertiary Hospital
Author	Mrs. Ponpuck Taninrojanathon
Degree	Master of Nursing Science (Nursing Management)
Thesis Advisor	Assistant Professor. Dr. Kannikar Chatdokmaiprai, Dr.P.H. (Public Health Nursing)
Thesis Co-Advisor	Associate Professor Dr. Patcharaporn Aree, D.Sc. (Nutrition)
A.D.	2023

Abstract

This research was a quasi-experimental study with two-group pretest posttest-design. The objective of this study was to study the effects of a knowledge management program on the counseling behaviors related to management of antimicrobial resistance of first-line nurse managers in a tertiary hospital.

The sample group consisted of 60 first line nurse managers working in units with antimicrobial resistance, divided into experimental groups and control groups, each group of 30 people. The tools used in this research were: 1) a knowledge management program related to Management of Antimicrobial Resistance that was applied from Marquardt's knowledge management concept (2002) consisting of lesson plan and consulting guide on antimicrobial management, and 2) Counseling behavior measurement. The content validity was verified by five experts and the content validity index was 0.82. The reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient that was 0.96. Data were analyzed using descriptive statistic, namely frequency, percentage, and standard deviation and inferential statistic, namely independent t-test and dependent t-test.

The results showed that the mean of antimicrobial resistance management counseling behavior after joining the program of the experimental group was significantly higher than the one of the control group ($p < .05$) and significantly higher than before joining the program ($p < .05$). The results revealed that the developed knowledge management program can be used to develop counseling behaviors on antimicrobial resistance management among first-line nurse managers. Therefore, administrators should use the program as a guideline to prepare first-line nurse managers as well as being applied to promote counseling behavior in other situations.

Keywords: Antimicrobial Resistance, Counseling Behavior, Knowledge Management Program

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพประกอบ.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ.....	10
บริบทโรงพยาบาลตติยภูมิและองค์การพยาบาลที่ศึกษา.....	17
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับให้คำปรึกษา.....	21
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความรู้.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
การออกแบบการวิจัย.....	55
ลักษณะของสถานที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	61
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย.....	81
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	89
เอกสารอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	99
ข. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	101
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	105
ง. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ค่า CVI).....	141
จ. หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย.....	145
ฉ. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที่.....	147
ช. รูปแบบตารางแสดงผลการวิจัยของระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารระดับต้น จำแนกรายด้าน.....	149
ประวัติผู้วิจัย.....	155

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 แนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้ ของนักวิชาการและนักวิจัย.....	39
3.1 รายละเอียดของกิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จในการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ ระยะเวลา และเครื่องมือ/อุปกรณ์จำแนกตามกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของ มาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) 6 ขั้นตอน.....	58
3.2 สรุปค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค.....	63
4.1 จำนวน และร้อยละ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	71
4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้.....	73
4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามรายด้าน.....	74
4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะหลังเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามรายด้าน.....	75
4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ($n = 30$).....	76
4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม จำแนกตามรายด้าน ($n = 30$).....	77
4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ จำแนกตามรายด้าน ($n = 30$).....	78

สารบัญภาพประกอบ

แผนภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2.1	โครงสร้างองค์กรของกลุ่มการพยาบาล.....	19
2.2	กระบวนการจัดการความรู้.....	46
3.1	การออกแบบการวิจัย.....	55
3.2	ขั้นตอนการทดลอง.....	68



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การติดเชื้อด้านจุลชีพเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามในหลายประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป็นวาระเร่งด่วนทางด้านสุขภาพระดับโลก (World Health Organization [WHO], 2016) เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและระบบคุณภาพบริการในองค์กร รวมทั้งการจัดการเชื้อโรคด้านจุลชีพขององค์การควรมีมาตรฐานเดียวกัน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2016) ซึ่งในประเทศไทยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 แต่ยังคงพบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการเชื้อโรคต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (นิธินา สุ่มประดิษฐ์, 2565) และปัญหาการติดเชื้อโรคมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ดังเช่นสถิติการติดเชื้อโรคเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2564-2565 มีอัตราการติดเชื้อโรคเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.45 และ 1.51 ตามลำดับ ซึ่งการจัดการเชื้อโรคที่ผ่านมาไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนด สาเหตุจากประเด็นการกำกับติดตาม การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำของผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติยังไม่เคร่งครัด และยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ดิเรก ลิ้มมธุรสกุล, 2565) จึงควรมีการใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมาช่วยส่งเสริมการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ที่ทันสมัย เข้าถึงง่าย รวมทั้งการติดตามความร่วมมือในทีมสุขภาพอันจะเพิ่มคุณภาพการดูแล และบรรลุตัวชี้วัดด้านการจัดการติดเชื้อโรค (ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, 2566) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์บาลนั้นมีส่วนสำคัญในการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการจัดการปัญหาเชื้อโรค

พยาบาล นับว่าเป็นหัวใจสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ (WHO, 2019) ที่มีส่วนในการให้คำปรึกษา ซึ่งการให้คำปรึกษาถือเป็นบทบาทอิสระโดยตรงของพยาบาล ที่มีการเชื่อมโยงศาสตร์ความรู้ ความคิดเห็นต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ (Unahalekhaka, 2011) ในการแสดงพฤติกรรมการให้คำปรึกษา ควรมีกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพ การรวบรวมข้อมูล การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การให้คำปรึกษาและติดตามผลการให้คำปรึกษา เพื่อเรียนรู้การแก้ปัญหาให้ได้ตามเป้าหมายขององค์กร (Cormier & Hackney, 2008) เช่นเดียวกับสถานการณ์พยาบาลระหว่างประเทศ ที่ระบุการให้คำปรึกษาควรมีการบูรณาการการวิจัย พัฒนาความรู้ มีทักษะการตัดสินใจ และทักษะการใช้เหตุผลในการวินิจฉัย การให้คำปรึกษาแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

และการประเมินผล (International Council of Nurses [ICN], 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า หลายหน่วยงานมีความต้องการคำปรึกษาที่หลากหลาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการวางแผนการบริหารจัดการให้เป็นระบบ จึงจำเป็นต้องใช้โปรแกรมที่มุ่งเน้นพัฒนาความรู้ และการให้คำปรึกษาที่ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น (Greenhalgh, Wherton, Shaw, & Morrison, 2020) ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้ข้อมูล และให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันกับบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยพบว่า ร้อยละ 31.02 ต้องการให้ผู้บริหารให้คำปรึกษา สื่อสารข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญ (American Nurses Association [ANA], 2021) โดยเฉพาะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ที่มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น (กองการพยาบาล, 2561) เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับพยาบาลระดับปฏิบัติการ เป็นผู้นำนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงไปสู่ผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรม การให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงนับเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ขององค์กรที่ดีขึ้น

จากการทบทวนข้อมูลพบว่าการแสดงพฤติกรรมในการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม มีความสำคัญในการบริหารงานปัจจุบัน และจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาที่เผชิญ รวมทั้งควรมีการปรับระบบบริการเดิม (Traditional services) ไปสู่การบริการใหม่ที่คุ้มค่าคุ้มทุน (High value service) ที่เริ่มจากการพัฒนาความเชี่ยวชาญของพยาบาล ร่วมกับการนำระบบเครือข่ายไร้สายมาใช้ ทำให้เกิดบริการที่รวดเร็ว (ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ และรุ่งนภา กุลภักดี, 2563) รวมทั้งการจัดการความรู้จะก่อให้เกิดความรู้ใหม่ โดยเฉพาะวิธีการระดมสมองเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการจัดการความรู้ (จินดาวรรณ นิ่มงาม, 2556) ซึ่งในองค์กรที่มีการบริหารจัดการปัญหาคือยาหลากหลายรูปแบบ กระบวนการจัดการความรู้จะเป็นระบบ จะช่วยให้สามารถจัดการความรู้ทั้งที่มีอยู่เดิมภายในองค์กร และความรู้ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) มักจะแฝงตัวอยู่ในบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ จึงควรมีการรวบรวมความรู้เหล่านั้นอย่างเป็นระบบ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2562) ดังนั้น การนำกระบวนการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้ จึงเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม ในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีความอย่างยั่งยืน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษา พบอัตราการติดเชื้อสูงขึ้น สถิติปี 2564-2565 มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาเท่ากับ 1.21 และ 1.48 ตามลำดับ ซึ่งในการจัดการปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละแผนก และที่ผ่านมาพฤติกรรมทำให้

คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารระดับต้น ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบชัดเจน มักใช้การขอคำปรึกษาจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อแบบตัวต่อตัว หรือได้ข้อมูลจากกลุ่มไลน์ (Line Application) และเฟซบุ๊ก (Face book) ที่สื่อสารเฉพาะในกลุ่มพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของแต่ละหน่วยงานเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งองค์การพยาบาลต้องการส่งเสริมให้มีการดึงความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพมาถอดบทเรียน และถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับทักษะการให้คำปรึกษา รวมทั้งความรู้ต่าง ๆ มารวบรวมอย่างเป็นระบบ และให้การสื่อสารความรู้ ครอบคลุมไปถึงผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น เพื่อให้เกิดความไม่มั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติ (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น จำนวน 10 คน ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพคือ มีความสับสนในการปฏิบัติการให้คำปรึกษา เนื่องจากการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาขาดความต่อเนื่อง เนื้อหาในเอกสารแนวปฏิบัติขาดความน่าสนใจ และจากการสำรวจความต้องการของผู้บริหารระดับต้นเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยา พบว่าต้องการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยา เพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำบุคลากรในหน่วยงาน ร้อยละ 72 และต้องการให้มีช่องทางที่รับทราบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และเป็นมาตรฐานเดียวกันร้อยละ 100 เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นสามารถให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลราชบุรี, 2565)

พฤติกรรมกรให้คำปรึกษาที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการจัดการความรู้ที่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการศึกษาของปณปิวิ์ กิตติกุล เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชรภรณ์ อารีย์, (2564) พบว่า โปรแกรมการจัดการความรู้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นได้ และการศึกษาของของวราภรณ์ ชัยปลัด สมพันธ์ หิณฐิระนันท์ และปราณี มีหาญพงษ์ (2565) พบว่าการนำการจัดการความรู้มาใช้กับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นช่วยให้การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดได้ดีขึ้น แต่ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการจัดการเชื่อดื้อยา รวมทั้งยังขาดการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ ในกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น จึงเป็นเรื่องใหม่ที่น่าจะนำมาขยายความรู้ด้วยการวิจัยในบริบทของโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อให้มีการนำความรู้ที่แจ้งชัด (Explicit knowledge) เกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ มาสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านโปรแกรมการจัดการความรู้ เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) ระหว่างผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ให้สามารถ

บริหารจัดการให้สอดคล้องกับความหลากหลายของปัญหา และนำการจัดการความรู้มาช่วยจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้น

การจัดการความรู้เป็นกุญแจสำคัญต่อการพัฒนา และช่วยสร้างประสิทธิผลขององค์กร (Hujala & Laihonon, 2021) ปัจจุบันพบว่า มีการประยุกต์ใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการตามกลยุทธ์ที่สำคัญ ในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลที่ดีอย่างยั่งยืน (ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, 2566) โดยใช้การเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ และเกิดวิธีการที่เป็นตัวอย่างที่ดี (Best practice) ดังเช่น แนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) ที่เชื่อว่าองค์กรต้องมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ให้เร็วยิ่งขึ้น และต้องมีการพัฒนาไปพร้อมกันกับการเรียนรู้ องค์กร คน การจัดการความรู้ และเทคโนโลยี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามการให้คำปรึกษาของผู้บริหารที่ผ่านมา จะใช้วิธีการให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ ทำให้บรรลุเป้าหมายค่อนข้างล่าช้า ดังนั้นกระบวนการจัดการความรู้จึงเป็นเครื่องมือที่จำเป็นของผู้บริหารทางการแพทย์ โดยมีการแสวงหาความรู้หรือแนวการปฏิบัติงานที่ดีของบุคคล รวบรวมเป็นความรู้ขององค์กร และมีจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการวิเคราะห์ ประมวลองค์ความรู้ เรียบเรียง บันทึก และเผยแพร่ความรู้ ช่วยให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (จริยา ปันทวัฏฐ และ กิตติศักดิ์ ดิยา, 2563) ซึ่งการส่งเสริมการเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ต่าง ๆ จะสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่สอดคล้องกับความหลากหลายของปัญหาที่ต้องการ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) ที่มีกระบวนการจัดการความรู้ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแสวงหาความรู้ การระดมสมอง เพื่อค้นหาความรู้ที่ตรงกับความต้องการ 2) การสร้างความรู้ 3) การจัดเก็บความรู้ 4) การวิเคราะห์และการทำคลังความรู้ 5) การถ่ายโอนและเผยแพร่ความรู้ 6) การประยุกต์ใช้เป็นสื่อกลางในการเรียนรู้ นำมาใช้ในการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความรู้ มีการระดมความคิดเห็น การอบรมเพิ่มความรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยีมาเป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยเชื่อว่า โปรแกรมการจัดการความรู้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมให้คำปรึกษา ตามแนวคิดของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier and Hackney, 2008) ที่มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหา 2) ประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3) กำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา 4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษา และ 5) การติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยมุ่งหวังว่า พฤติกรรมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหาร

ทางการพยาบาลระดับต้นจะเพิ่มขึ้น และช่วยสร้างความมั่นใจในการให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายขององค์กรต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ หรือไม่

2. พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจัดการความรู้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

2. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจัดการความรู้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยผู้วิจัยใช้มุมมองแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002) ที่เชื่อว่าองค์กรมีความสามารถในการเรียนรู้ และปรับตัวเข้ากับเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้รวดเร็วขึ้น จะสัมพันธ์กับการเรียนรู้ องค์กร คน เทคโนโลยี และการจัดการความรู้ ที่ต้องมีการพัฒนาไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย โดยประยุกต์เป็นโปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่ 1) การแสวงหาความรู้ รับฟังปัญหาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และรวบรวมความรู้ที่ต้องการ ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และสรุปประเด็นที่ต้องการให้คำปรึกษา 2) การสร้างความรู้ มีนำความรู้ที่ได้จากการระดมสมอง สรุปประเด็น และข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มารวบรวมพัฒนาคู่มือความรู้การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 3) นำมาจัดเก็บ และจัดหมวดหมู่ความรู้ บูรณาการเป็น ภาพโปสเตอร์อินโฟกราฟฟิค (Infographic) วิดีโอเสริมความรู้ จัดทำเป็น QR Code ที่ง่ายต่อการเข้าถึง 4) จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CoP AMR RBH) เพื่อเป็นช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ ในอินทราเน็ตของโรงพยาบาล ร่วมกับช่องทางกรู๊ปไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Face book) กลุ่มเพื่อสื่อสารความรู้ที่ตรงประเด็น และความรู้ที่ต้องการ 5) การถ่ายโอนความรู้ โดยจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา และแนะนำการใช้ข้อมูลที่เผยแพร่ทางช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CoP AMR RBH) เพื่อเป็นช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ และถามตอบข้อมูลได้ตลอดเวลา 6) การประยุกต์ใช้ โดยนำโปรแกรมการจัดการความรู้ ที่ประกอบด้วย คู่มือการให้คำปรึกษาและแผนการสอน และนำโปรแกรมการจัดการความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาและแผนการสอนเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ที่ประยุกต์จากตามแนวคิดของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier and Hackney, 2008) ที่มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์และรับฟังปัญหา 2) ประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3) กำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา 4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษา และ 5) การติดตามประเมินผล โดยการนำใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารระดับต้น โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงตามแผนภาพที่ 1.1

โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อ

ต่อต้านจุลชีพ ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ต

(Marquardt, 2002) มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition)

- ประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ และผู้รู้ ร่วมกันหาความรู้ที่ต้องการ
- ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนความรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ

2) การสร้างความรู้ (Knowledge Creation)

- นำความรู้ที่รวบรวมได้ มาพัฒนาเป็นคู่มือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

3) การจัดเก็บความรู้ (Knowledge Storage)

- จัดหมวดหมู่ จัดทำคู่มือการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อต่อต้านจุลชีพ ในรูปแบบ QR code, Poster และวิดีโอ

4) การวิเคราะห์และการจัดทำคลังความรู้ (Analysis and Data Mining)

- จัดทำคลังความรู้เป็น CoP AMR RBH และเพิ่มช่องทางสื่อสารความรู้ ได้แก่ Application line group, Face book และ Intranet โรงพยาบาล

5) การถ่ายโอนและเผยแพร่ความรู้ (Knowledge Transfer and Dissemination)

- นำความรู้ในรูปแบบ QR code, Poster และวิดีโอ สื่อสารผ่าน Application line group, Face book และ Intranet โรงพยาบาล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ใน CoP AMR RBH

6) การประยุกต์ใช้และการทำให้ข้อมูลถูกต้องเที่ยงตรง (Knowledge Application and Validation)

- นำข้อมูลความรู้ไปใช้ การสร้างสัมพันธภาพ การประเมิน และวินิจฉัยปัญหา เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมาย นำสู่การปฏิบัติการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อของบุคลากรในหน่วยงาน และประเมินผล
- สรุปถอดบทเรียน ปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยและต่อเนื่อง

พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการ

เชื้อต่อต้านจุลชีพ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier & Hackney, 2008) มี 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การสร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหา
- 2) การประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- 3) การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา
- 4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษา
- 5) การติดตามประเมินผล

แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อต่อต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

1. **ด้านเนื้อหา** ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002) และพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามแนวคิดของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier and Hackney, 2008) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้

2. **ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา** ประชากร เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในหน่วยงานที่เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา มีทั้งหมด 151 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นปฏิบัติงานในหน้าที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ถูกคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

3. **ด้านระยะเวลา และสถานที่ในการศึกษา** ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. **โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ** หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้ กับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โดยมุ่งเน้นส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยผู้วิจัยนำกระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002) ทั้ง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การแสวงหาความรู้ รับฟังปัญหาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และรวบรวมความรู้ที่ต้องการ ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และสรุปประเด็นที่ต้องการให้คำปรึกษา 2) การสร้างความรู้ มีนำความรู้ที่ได้จากการระดมสมอง สรุปประเด็น และข้อมูลความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มารวบรวม พัฒนาเป็นคู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 3) นำมาจัดเก็บ และจัดหมวดหมู่ความรู้ บูรณาการเป็นภาพโปสเตอร์อินโฟกราฟฟิก (Infographic) วิดีโอเสริมความรู้ จัดทำเป็น QR Code 4) จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CoP AMR RBH) เพื่อเป็นช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ ในอินทราเน็ตของโรงพยาบาล สื่อสารความรู้ผ่านกรุปไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Face book) กลุ่ม 5) มีการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยา และ 6) ประยุกต์ใช้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีการติดตามผลเพื่อพัฒนาปรับปรุงต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในการให้คำปรึกษาที่ประยุกต์กระบวนการให้คำปรึกษาตามแนวคิดของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier and Hackney, 2008) ที่มี 5 กระบวนการ ได้แก่

1) การสร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหาการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หมายถึง การรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในขั้นตอนแรกของการให้คำปรึกษา โดยการแสดงการให้เกียรติ สร้างความเป็นมิตรกับผู้รับคำปรึกษา มุ่งเน้นให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาของตนเอง โดยมีท่าทางที่แสดงถึงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

2) การประเมิน และการวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้รับคำปรึกษา หมายถึง การรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในขั้นตอนของการประเมิน และการวินิจฉัยปัญหาที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาต้องมีความเข้าใจในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยการประเมินสภาพแวดล้อม สถานการณ์ และศักยภาพในการจัดการปัญหา ตลอดจนความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหาของผู้รับคำปรึกษา โดยพิจารณาจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการประเมินแหล่งสนับสนุน และการประเมินทางเลือกที่หลากหลายในการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

3) การตั้งเป้าหมายการให้คำปรึกษา หมายถึง การรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในขั้นตอนการตั้งเป้าหมายการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และผลลัพธ์ที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการ

4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษา หมายถึง การรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในขั้นตอนปฏิบัติการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาพิจารณานำแนวคิด/ทฤษฎี มาใช้ในการเข้าถึงผู้รับคำปรึกษา อาทิ การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกวิธีการแก้ไขปัญหด้วยตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าไปแทรกแซง

5) การประเมินผล และการยุติการให้คำปรึกษา หมายถึง การรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในขั้นตอนการประเมินผล และการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา โดยดำเนินการวางแผนกำกับ ติดตามและประเมินผลการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ รวมทั้งตรวจสอบวิธีการ และผลลัพธ์ในการให้คำปรึกษา โดยมีการวางแผนการประเมินผล และการยุติการให้คำปรึกษาที่ดี เพื่อให้ได้บทสรุปเชิงบวกต่อผู้รับคำปรึกษา

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

1.1 ความหมาย และอุบัติการณ์ และผลกระทบการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

1.2 กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพตามแผนยุทธศาสตร์

1.3 หลักการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

2. บริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ องค์การพยาบาลที่ศึกษา และกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้คำปรึกษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

1.1 ความหมายและอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ความหมายการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

องค์การอนามัยโลกให้นิยามคำว่า “การดื้อยาของเชื้อโรค” หรือ “Antimicrobial resistance (AMR)” หมายถึง การดื้อของเชื้อจุลชีพที่มีต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเคยได้ผลดีในการรักษาโรคติดเชื้อชนิดนั้น (WHO, 2016)

การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลหมายถึง เชื้อโรคที่ดื้อยาต้านจุลชีพที่เคยรักษาได้ผลเมื่อเชื้อโรคเปลี่ยนแปลงโครงสร้างยีนส์ทำให้ยาต้านจุลชีพรักษาไม่ได้ผล ซึ่งเชื้อโรคสามารถดื้อยา

ได้ทุกกลุ่มทั้งแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อปรสิต และเชื้อรา เป็นการติดเชื้อที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อ จุลชีพขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเป็นเชื้อจุลชีพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเองหรืออาจจะเป็นเชื้อ จากภายนอกร่างกายหรือจากสิ่งแวดล้อมและเป็นเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโดยผู้ที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลไม่มีอาการหรืออาการแสดงในการติดเชื้ออยู่ก่อนแล้วหรืออยู่ในระยะพักตัวของ การติดเชื้อแต่ในกรณีที่ไม่มีทราบระยะพักตัวของติดเชื้อให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลหาก พบว่าการติดเชื้อปรากฏภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเกิน 48 ชั่วโมง (CDC, 2016) ซึ่งโรงพยาบาลที่ศึกษาใช้สูตรคำนวณอัตราการติดเชื้อดื้อยาจุลชีพ (ต่อ 1000 วันนอน) ดังนี้

$$\text{อัตราการติดเชื้อดื้อยาจุลชีพในโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด}}$$

อุบัติการณ์การ และผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก กำหนดเป็นวาระเร่งด่วนทางด้านสุขภาพระดับโลก (WHO, 2016) และเป็น วิกฤตร่วมของทุกประเทศทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน หากไม่เร่งแก้ไขปัญหานี้ คาดว่าในปี 2593 จะมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาสูงถึง 10 ล้านคน (สิริมา ปุณณันท์, 2564) จากผลรายงานการควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วย ติดเชื้อที่ดื้อยามีอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อดื้อยา ถึง 3.91 เท่า มีวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เฉลี่ย 5 วัน โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฉลี่ย 9,275 เหรียญสหรัฐต่อราย ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2016) การศึกษาในประเทศไทยมีการ ติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ครั้ง เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 ราย (ร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อดื้อยา) วันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 46 วัน ค่าใช้จ่ายค่ายาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้น 2,539-6,084 ล้านบาท (NARST, 2021)

อัตราการติดเชื้อของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษาสูงขึ้นเช่นเดียวกัน พบว่า สถิติปี 2564-2565 พบอัตราการติดเชื้อดื้อยาเท่ากับ 1.21 และ 1.48 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มงานที่มีอุบัติการณ์ การติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มงานอื่น ได้แก่ กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กระดูกและข้อ และกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาปี 2565 เท่ากับ 2.45, 2.33, 2.21 และ 9.98 ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลราชบุรี, 2565).

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นปัญหาการติดเชื้อที่พบในโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะจากเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วโลก ดังเช่น การศึกษาในประเทศไต้หวันพบการติดเชื้อ Carbapenem-resistant *Acinetobacter* spp. เพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2014-2016 เท่ากับ 2.8 ครั้งต่อ 1,000 วัน-3.5 ต่อ 1,000 วันและ 2.2 ครั้งต่อ 1,000 วัน ตามลำดับ (Chen, Lin, Wu, & Wang, 2016) ส่วนในประเทศไทย ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ รายงานว่า การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในโรงพยาบาล เช่น *Acinetobacter* spp. และ *Pseudomonas* spp. เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.10 เป็นร้อยละ 81.10 และในหอผู้ป่วยสามัญพบเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.00 เป็นร้อยละ 55.40 (NARST, 2021)

จะเห็นว่าเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นภัยคุกคามทั้งในระดับประเทศและระดับโลก แม้มีการขับเคลื่อน แต่ก็ยังไม่เพียงพอ โดยประเทศไทยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก แต่จากการสำรวจของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติพบการติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังเช่นสถิติการติดเชื้อดื้อยาเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2564-2565 อัตรา 2.45 และ 2.51 ตามลำดับ รวมทั้งอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ศึกษาปี 2564-2565 มีอัตรา 2.62 และ 2.68 ตามลำดับ ซึ่งพบอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ที่ สาเหตุจากประเด็นการกำกับติดตาม การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำของผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติยังไม่เคร่งครัด ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ดิเรก ลิ้มธรรสกุล, 2565) จึงควรมีการใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ มาช่วยส่งเสริมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ที่ทันสมัยและเข้าถึงง่าย และติดตามความร่วมมือในทีมสุขภาพอันจะเพิ่มคุณภาพการดูแลและบรรลุตัวชี้วัดด้านการจัดการติดเชื้อดื้อยา (นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, 2565) โดยบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลนับว่ามีส่วนสำคัญในการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยา

1.2 การขับเคลื่อนการดำเนินการเกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพตามเป้าหมาย

สมรรถนะด้านการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของความมั่นคงด้านสุขภาพ ผลการประเมินสมรรถนะด้านการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่า ประเทศไทยได้ 75 คะแนนจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งเป้าหมายในด้านการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทยมีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล ไม่ต่ำกว่าระดับ 4 ในปี 2560 ประเทศไทยได้รับการประเมินร่วมโดยองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (Joint External Evaluation Tool for International Health Regulation : JEE for IHR) พบว่าสมรรถนะของระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทยอยู่ในระดับสมรรถนะด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

ที่เกิดจากเชื้อดื้อยา และสมรรถนะด้านแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน (ระดับ 3) และจากการประเมินในปี 2565 ที่ผ่านมา สมรรถนะตามเกณฑ์สากล อยู่ที่ระดับ 4 แต่มีข้อแนะนำการพัฒนาสมรรถนะด้านแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม จึงนับว่าเป็นความท้าทายในการบริหารจัดการเชื้อดื้อยาให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย โดยเริ่มการขับเคลื่อนตั้งแต่ผู้บริหาร ที่จำเป็นต้องนิเทศ ติดตาม ให้คำปรึกษากับผู้ปฏิบัติ (วิวัฒน์ มโนสุทธิ, 2566) และดำเนินการขับเคลื่อนกระบวนการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาแห่งชาติ

การใช้จ่ายภูชีวะไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการเกิดเชื้อดื้อยา เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้จ่ายภูชีวะมาก่อน โดยเฉพาะยาภูชีวะที่มีฤทธิ์กว้าง การใช้จ่ายภูชีวะในขนาดยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีรายงานบ่งชี้ว่ายังมีการใช้จ่ายภูชีวะมากขึ้นอัตราการใช้ของเชื้อก็จะยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย (ยุทธชัย จันทภา, 2563) การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลจึงเป็นจึงเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในนโยบายแห่งชาติด้านยา กลไกหนึ่งที่จะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว คือการพัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ดังเช่น สภาการพยาบาลสนับสนุนนโยบายแห่งชาติด้านยา ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และกลยุทธการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้จ่ายสมเหตุผล เพื่อพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการใช้จ่ายสมเหตุผล และมีส่วนร่วมในการสร้างสังคมใช้จ่ายสมเหตุผลเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ลดความสูญเสียทางการเงิน การคลังของประเทศ (สภาการพยาบาล, 2563)

1.3 หลักการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ

ในปี ค.ศ. 2015 องค์การอนามัยโลกและ World Health Assembly ได้ออกรายงานเรื่อง Global Action Plan on Antimicrobial Resistance (WHO, 2018) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทั่วโลกนำไปประยุกต์ให้เกิดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และมีการร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่าย เพื่อต่อสู้กับเชื้อดื้อยา โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักและความเข้าใจถึงเชื้อดื้อยา ผ่านสื่อสาร การให้ความรู้ และการฝึกอบรม 2) สร้างความน่าเชื่อถือขององค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการเฝ้าระวังและงานวิจัย 3) ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อด้วยการรักษาสุขลักษณะและการป้องกันการติดเชื้อ และประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จึงให้ความสำคัญกับ AMR และได้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนี้ (Larsson, 2014)

ในปี พ.ศ. 2541 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้ง ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาแห่งชาติ (National AMR Surveillance Centre) เพื่อเก็บข้อมูลการดื้อยาของเชื้อโรคทั่วประเทศ และได้ร่วมมือกับศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ. 2548

ในปี พ.ศ. 2556 เน้นการสร้างความตระหนักในประเด็นเชื้อดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมให้กับสาธารณชนรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนมาตรการในการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างเต็มที่

ในปี พ.ศ. 2561 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบกับแผนยุทธศาสตร์จัดการเชื้อดื้อยาแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผน 5 ปี นับจาก พ.ศ. 2560-2565 (สิริมา ปุณณันท์, 2564) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์จัดการเชื้อดื้อยาฉบับแรก ที่มีเป้าหมายดังนี้ 1) จัดระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาโดยใช้ One Health approach 2) ควบคุมการกระจายยาปฏิชีวนะ 3) จัดมาตรการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม 4) จัดมาตรการป้องกัน ควบคุม และการใช้ยาปฏิชีวนะในการเกษตรอย่างเหมาะสม 5) สร้างความตระหนักถึงเชื้อดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมกับสาธารณชน 6) สร้างกลไกและประยุกต์ใช้มาตรการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างโปร่งใส และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

จากการติดตามผลการดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์จัดการเชื้อดื้อยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2565 ในรอบปีที่ผ่านมา จำแนกตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา คือ อัตราที่เพิ่มขึ้น หรือลดลงขึ้นกับชนิดของเชื้อดื้อยาที่พบ เป็นผลมาจากดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่มีกรอบทำงานการจัดการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล และกำลังจะขยายสู่โรงพยาบาลต่าง ๆ ต่อไป ร่วมกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ที่เฝ้าระวังการดื้อยาด้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และมีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาในแผนปฏิบัติการแห่งชาติด้านการดื้อยาด้านจุลชีพต่อเนื่อง ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 (วิวัฒน์ มโนสุทธิ, 2566) ดังนั้น ในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิที่ต้องจัดการเชื้อดื้อยาให้มีประสิทธิภาพทั่วทั้งองค์การเป็นสิ่งสำคัญ และเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายต้องดึงความรู้ที่มีหลากหลาย อาทิแนวทางปฏิบัติสำหรับการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยของศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2018) มารวบรวมเป็นระบบ ค้นหา เพื่อเป็นความรู้ที่องค์การสามารถนำไปใช้ในการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาได้สะดวกมากขึ้น

หลักการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในหอผู้ป่วย

ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประเทศสหรัฐอเมริกา มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย (CDC, 2018) เพื่อเป็นแนวทางในการนิเทศ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ดังนี้

1. แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย กรณีมีห้องแยก จัดผู้ป่วยเข้าห้องแยก แต่กรณีไม่มีห้องแยก จัดผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาชนิดเดียวกันอยู่ด้วยกันหากผู้ป่วยติดเชื้อมีอาการที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษให้จัดเป็นบริเวณที่มีฉากกั้นชัดเจน

2. การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย

2.1 การจัด Unit ผู้ป่วย/ อยู่ในห้องแยก/ จักโซนนิ่งเฉพาะ/ แยกอุปกรณ์เครื่องใช้/ จัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือไว้ที่เตียงผู้ป่วย

2.2 บุคลากร ใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม (Basic มีเสื้อกาวน์พลาสติก ถุงมือ หน้ากากอนามัย) ถอดอุปกรณ์ป้องกันในห้องผู้ป่วย/ เตียงผู้ป่วย หลังถอดถุงมือล้างมือทุกครั้ง และกรณีทำหัตถการต้องเตรียมอุปกรณ์ให้ครบชุดพร้อมใช้และควรมีผู้ช่วยอยู่นอกห้อง เพื่อส่งอุปกรณ์ที่ต้องการใช้เพิ่ม ไม่นำ chart ผู้ป่วยไปที่เตียงผู้ป่วย ให้เก็บไว้ที่เคาน์เตอร์พยาบาล และในการเก็บ specimen พยาบาลใส่อุปกรณ์ป้องกันเข้าไปเก็บ specimen ใส่ภาชนะบรรจุตามประเภท specimen ให้มีเจ้าหน้าที่อีกคนถือถุงใส่รองรับอีกครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อใน ward ไปจนถึงห้อง Lab

2.3 ปฏิบัติตามหลัก Standard precautions ขณะให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายในหอผู้ป่วย โดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายอาจมีเชื้ออยู่ตามร่างกาย

2.4 ใช้หลัก Contact precautions เมื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีเชื้อดื้อยาทุกราย

2.5 ล้างมือตามหลัก 5 Moments ได้แก่ การสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการสะอาดปราศจากเชื้อ หลังสัมผัสเลือด/ สารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย หลังสัมผัสผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งรอบตัวผู้ป่วย ให้ครบ 7 ขั้นตอน

2.6 สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม กรณีที่คาดว่าจะสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

2.7 จำกัดบุคลากรและญาติ/ แฉ่งผู้ป่วยและญาติให้รับทราบเพื่อขอความร่วมมือ

จะเห็นว่า หลักการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในหอผู้ป่วย สามารถประยุกต์แนวทางปฏิบัติสำหรับการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย ของศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประเทศสหรัฐอเมริกา มาประยุกต์ใช้ในองค์กรได้ แต่จำเป็นต้องมีการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในหน่วยงาน ช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาที่ดีขึ้น

การจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพกับบทบาทผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้น

จะเห็นว่าปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งนับวันจะรุนแรงมากขึ้น นับเป็นความสูญเสียทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคมประเทศ และสังคมโลก ที่จะต้องตระหนักถึงปัญหานี้ร่วมกัน พร้อมทั้งทำความเข้าใจ และร่วมมือร่วมใจกันทุกฝ่ายทุกระดับในการจัดการกับปัญหาเชื้อดื้อยาให้ได้ผลดี โดยเฉพาะผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้น เป็นผู้นำนโยบาย แผน

ยุทธศาสตร์ สื่อสารให้เกิดการปฏิบัติ และช่วยเหลือ กำกับติดตามการจัดการเชื่อดื้อยาของหน่วยงาน (Unahalekhaka, 2011) การจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับว่าเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันที่ต้องช่วยเหลือ ให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ให้มีทักษะและองค์ความรู้ในการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงานของตนเองได้ เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น สามารถให้คำปรึกษากับพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน และพยาบาลปฏิบัติการในหน่วยงาน ให้สามารถดำเนินการในการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความรู้ ให้ครอบคลุมองค์ด้านความรู้ที่สำคัญ เพื่อนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งต้องคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ขอรับคำปรึกษาด้วยสาเหตุเกิดจากการเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ มีหลากหลายช่องทางในการสื่อสาร สร้างความสับสนให้ทีมดูแล (WHO, 2018) ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องเตรียมพร้อมการป้องกัน การระบาดของเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและบูรณาการสำหรับการช่วยเหลือจัดการปัญหา โดยการใช้เทคโนโลยีมาช่วยจัดการ ร่วมกับการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพร่วมกับสุขภาพอื่น ๆ (ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ รุ่งนภา กุลภักดี, 2563) ซึ่งรวมถึงความสามารถในการรวบรวมข้อมูลเพื่ออำนวยความสะดวกในการวินิจฉัยที่ถูกต้อง มีการรวบรวมคำแนะนำที่เหมาะสม โดยทีมดูแลควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาจากแหล่งที่เชื่อถือได้เท่านั้น และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อดำเนินการตามเป้าหมายขององค์กร

จะเห็นได้ว่า ในปัญหาการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาสำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้มีแนวทางปฏิบัติ หรือมีมาตรการที่กำหนดการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ แต่ปัญหายังไม่ลดลงตามเป้าหมายที่ต้องการ และการจัดการเชื่อดื้อยาในโรงพยาบาลตติยภูมิมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีองค์ความรู้ ในการจัดการปัญหา และมีพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือในการค้นหาปัญหา และการหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดำเนินการตามเป้าหมาย ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพในองค์กรนั้น ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นเป็นผู้รับนโยบายจากผู้บริหาร นำแผนยุทธศาสตร์ด้านการจัดการเชื่อดื้อยา สื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ และคำปรึกษา ช่วยเหลือในการร่วมหาแนวทางที่เหมาะสม ในการจัดการปัญหาให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายขององค์กร จำเป็นต้องรับทราบข้อมูลที่จำเป็นขององค์กร เพื่อใช้ในการจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. บริบทโรงพยาบาลตติยภูมิและองค์กรพยาบาลที่ศึกษา

2.1 บริบทโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

โรงพยาบาลที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 855 เตียง มีเตียง ICU 116 เตียง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในระดับตติยภูมิ (A) ในเขตสุขภาพที่ 5 โดยมีวิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำ ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นเลิศทางการแพทย์ มีคุณภาพมาตรฐานระดับประเทศ และเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD visit) เฉลี่ย 326,144 คนต่อปี และบริการผู้ป่วยใน (IP admission) เฉลี่ย 20,577 คนต่อปี มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 2,792 คน บุคลากรด้านการแพทย์หลากหลายสาขา ในจำนวนนั้นเป็น พยาบาลวิชาชีพทุกระดับ 845 คน (ข้อมูลศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลราชบุรี ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2565)

ในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ จำเป็นต้องให้บริการผู้รับบริการจำนวนมาก และมีความซับซ้อนของปัญหา ส่งผลให้มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตติยภูมิมีการเจ็บป่วยรุนแรง จึงได้รับการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย จึงมีความไวและเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาจุลชีพ (ที่ประชุมกลุ่มคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) พบว่ากลุ่มงานในโรงพยาบาลที่พบอัตราการติดเชื้อดื้อยาสูง ได้แก่ กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ และกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก ทั้ง 4 กลุ่มงานพบอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มงานอื่น ซึ่งในปี 2565 มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ เท่ากับ 2.45, 2.33, 2.21 และ 9.98 ตามลำดับ (คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) จึงเป็นความท้าทายในการพัฒนาคุณภาพ หาวิธีการในการลดอัตราการติดเชื้อเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาของบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

2.2 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ

โรงพยาบาลที่ศึกษา มีนโยบายพัฒนาระบบบริการและศักยภาพให้รองรับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แผนยุทธศาสตร์จัดการเชื้อดื้อยาแห่งชาติ และแผนยุทธศาสตร์การจัดการความเสี่ยง ในประเด็นการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยกลุ่มการพยาบาลนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยมอบหมายงานตามบทบาทความรับผิดชอบ โดยมีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้สั่งการ มีการวางแผนการปฏิบัติและนิเทศกำกับร่วมกันในทีมผู้บริหารทางการ

พยาบาล และให้ผู้บริหารระดับต้นดำเนินการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยมีหน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลช่วยควบคุมกำกับการดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

สรุป นโยบายพัฒนาระบบบริการ และศักยภาพให้รองรับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้บริหารแต่ละระดับจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ และด้านการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นเป็นผู้นำนโยบายจากผู้บริหารระดับสูง ไปสู่บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานในแนวทางเดียวกัน

2.3 บริบทองค์กรพยาบาลที่ศึกษา

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลที่ศึกษา เป็นองค์กรที่รับผิดชอบภารกิจด้านการพยาบาล ทั้งหมดในสถานบริการ ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐาน การพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งบริการด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพทั้งในสถานบริการสุขภาพและ ในชุมชน โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบองค์รวมตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและ เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งมีวิสัยทัศน์ของกลุ่มการพยาบาล คือ“เป็นหนึ่งในผู้นำด้านการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานชั้นนำระดับประเทศ”โดย มีพันธกิจของกลุ่มการพยาบาล ดังนี้ 1) ให้บริการพยาบาลประชาชนอย่างเป็นองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ 2) พัฒนาระบบบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้าน ด้านหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด และปลูกถ่ายอวัยวะ 3) พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรพยาบาลอย่างมีธรรมาภิบาล 4) พัฒนาด้านวิชาการและส่งเสริมด้านการศึกษา ฝึกประสบการณ์ทางคลินิกแก่พยาบาลนักศึกษาพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข มีโครงสร้างองค์กรของกลุ่มการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 โครงสร้างองค์การของกลุ่มการพยาบาล (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี, 2565)

โครงสร้างองค์การพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มงานผู้ป่วยใน 10 กลุ่มงาน ให้บริการผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องควบคุมคุณภาพการพยาบาลโดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต่อเนื่อง โดยมีกลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ช่วยกำกับติดตามผลลัพธ์การจัดการปัญหาที่ครอบคลุม โดยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ จึงเป็นความท้าทายในการพัฒนาคุณภาพขององค์การ ในการนำวิธีการในการลดอัตราการติดเชื้อเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาของบริบทโรงพยาบาลตติภูมิต่อไป (คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลราชบุรี, 2565)

2.4 กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ

โรงพยาบาลที่ศึกษา มีคณะกรรมการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ (AMR) มีบทบาทในการควบคุมคุณภาพด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อดื้อยาของผู้ใช้บริการ และบุคลากร ที่ดูแลการบริหารความเสี่ยงเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา และการสนับสนุนทางทางวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการติดตาม เฝ้าระวังวิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) โดยมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาล (Infection Control Nurse : ICN) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในด้านการพยาบาลควบคุม การติดเชื้อในหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐาน ร่วมหาข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งระบบ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2561) จึงจำเป็นต้องใช้การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร (Learning Organization) อย่างเป็นระบบ เช่น แนวทาง การจัดการความรู้ภายในองค์กร (Knowledge Management) การทบทวนผลการดำเนินงานที่มีปัญหา ต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาความรู้ ทักษะ และให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทางการ พยาบาล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ มีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิธีการทำงาน เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อลดลง โดยการพัฒนาความรู้ ร่วมกับการเรียนรู้และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาในการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพนั้น ควรเริ่มต้นกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับพยาบาลระดับปฏิบัติการ เป็น ผู้นำนโยบายจากผู้บริหารระดับสูง ไปสู่ผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานในแนวทาง เดียวกัน (คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลราชบุรี, 2565)

บริหารจัดการและควบคุมกำกับระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โดย การให้คำปรึกษา พยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ไม่สามารถดำเนินการเฝ้า ระวังการติดเชื้อผู้ป่วยทุกรายในโรงพยาบาล จึงมีพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย เพื่อทำหน้าที่ใน การเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วย และดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน โดย เรียกพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ว่า พยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำ หอผู้ป่วย (ICWN) มี บทบาทด้านการให้คำปรึกษานโยบาย/มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของ โรงพยาบาลสู่การปฏิบัติภายในหอผู้ป่วย ตลอดจนดูแลสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ดังนั้นการส่งเสริม พฤติกรรมการให้คำปรึกษาของ ICWN และกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น นับว่าเป็นการ ช่วยให้เกิดการดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ทำ ให้อัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยลดลง รวมถึงทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงได้

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ต้องการส่งเสริม พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของ โรงพยาบาล จึงประยุกต์ใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการตามกลยุทธ์ที่สำคัญ ในการ จัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการส่งเสริม การป้องกันและควบคุม

การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลที่ดียังยิ่งขึ้น (ปิยวรรณ ลัมปัญญาเลิศ, 2566) โดยนำเทคโนโลยีต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาความรู้จาก แหล่งข้อมูลต่าง ๆ จัดทำเป็นคู่มือ นำไปประยุกต์ใช้ในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใหม่ทุกราย เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคลากรมีความตระหนักถึง ความรับผิดชอบในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งใช้นิทรรศการ สอนงาน ให้คำปรึกษาแก่ เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตามมาตรฐาน เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทีม สุขภาพได้แลกเปลี่ยน ความรู้ ประสบการณ์ และพิจารณาเสนอแนะแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อ ปรับปรุงวิธีการทำงานให้ถูกต้องตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อคือยา ด้านจุลชีพในโรงพยาบาล ร่วมกับจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ขององค์กรที่ดีขึ้น และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับให้คำปรึกษา

3.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา (Counseling)

ความหมายของการให้คำปรึกษา

คอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier and Hackney, 2008) ให้ความหมายว่า การให้คำปรึกษา เป็นการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับ คำปรึกษาสามารถปรับตัวได้ และเมื่อพบปัญหาอื่นเขาสามารถที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้หลักการพัฒนามนุษย์ เช่นด้านความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และแนวคิดในพัฒนาตนเอง

โกลเดนเบิร์ก และโกลเดนเบิร์ก (Goldenberg and Goldenberg, 2008) ได้กล่าวว่า การ ให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการให้การช่วยเหลือ สื่อสารกันทางวจนภาษา และ ทางอวจนภาษา ระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้ขอรับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษา ต้องมีคุณลักษณะ ที่เอื้อต่อการให้คำปรึกษา เช่น มีองค์ความรู้ และมีทักษะในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยบรรเทาความ ทุกข์ใจของผู้รับคำปรึกษา โดยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่ เป้าหมายที่ต้องการ

แมคไนท์ และคัชดาน (McKnight and Kashdan, 2009) กล่าวถึงการให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้มาขอรับคำปรึกษา เพื่อให้ใช้ความสามารถ ของตนเอง ในการจัดการกับปัญหาของตนเองได้ เช่น การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา โดยมุ่งเน้น เพื่อให้สามารถพัฒนาองค์ความรู้ รวมทั้งพัฒนาสู่การจัดการปัญหาขององค์กร

กฤตวรรณ คำสม (2554) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการสื่อสาร การให้ความช่วยเหลือที่เป็นระบบ โดยผู้ให้คำปรึกษามีแนวทางหลักในการให้คำปรึกษามาจาก องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและประสบการณ์ของตนเอง รวมทั้งต้องใช้ทักษะในการช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือที่มีระบบระเบียบ

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมตาม ตำแหน่งในการช่วยเหลือให้บริการรวบรวมข้อมูล การวางแผน ลดขัดแย้ง เป็นผู้ใกล้ชิด และทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน สร้างความสัมพันธ์ เพื่อการช่วยเหลือผู้ขอคำปรึกษาให้เข้าใจตนเอง สิ่งแวดล้อม และปัญหาของตนจนสามารถแก้ไขปัญหา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ ช่วยให้เข้าตัดสินใจ แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของการให้คำปรึกษากับบทบาทผู้บริหาร

เฟนนิมอร์ และวูล์ฟ (Fennimore and Wolf, 2017) กล่าวถึง บทบาทของการให้คำปรึกษา เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องดำเนินการ สิ่งสำคัญคือการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติหรือผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือให้สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยระบุบทบาทหน้าที่ ได้แก่ 1) หน้าที่ในการสอนหรือให้คำปรึกษา และรับฟังปัญหาของผู้ปฏิบัติหรือผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อค้นหา ปัญหา เพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจ และหาทางออกของปัญหาได้ 2) หน้าที่ของการส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติหรือผู้ขอรับคำปรึกษา ซึ่งช่วยให้พวกเขารู้สึกกล้าหาญ มีพลัง และพัฒนาความคิดในเชิงบวก 3) หน้าที่ของการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติหรือผู้ขอรับคำปรึกษา ใช้เหตุผลและความเป็นจริงช่วยในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล นำกลับไปสู่ความเป็นจริง และทำให้พวกเขามุ่งผลสำเร็จ 4) ปลดปล่อยความเข้าใจทางอารมณ์ เป็นกระบวนการที่ช่วยบรรเทาความคับข้องใจ และความเครียด 5) การแบ่งปัน เป็นกระบวนการแบ่งปันข้อมูลและความเข้าใจโดยการการปรับทิศทางใหม่ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตามเป้าหมาย ค่านิยม เพื่อช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาสามารถใช้จุดแข็ง และป้องกันจุดอ่อนของตนเองได้ดีขึ้น

ไกรวิทย์ เศรษฐวนิช (2552) กล่าวถึง บทบาทของการให้คำปรึกษาของผู้บริหาร เป็นการให้บริการคำปรึกษาเพื่อการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น หรือในกรณีที่เกิดปัญหาสามารถที่จะแก้ปัญหาพร้อมกันได้ ดังนั้นบทบาทของผู้ให้บริการคำปรึกษาจึงเป็นบทบาทในฐานะผู้แทนของการเปลี่ยนแปลง (Agent of Change) ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 2 บทบาท คือ 1) บทบาทผู้ให้คำปรึกษาทั่วไป (Resource Consultant) ในบทบาทนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความเห็นต่าง ๆ ต่อผู้ขอรับคำปรึกษาที่กำลังประสบกับปัญหา โดยเริ่มตั้งแต่การรับฟังข่าวสาร รวบรวมข้อมูล การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติรายบุคคล หรือเป็นแบบทีม เพื่อช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม การทำหน้าที่ในบทบาทนี้ จะประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับความรู้

ประสบการณ์ ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหา การให้คำแนะนำ การแสดงความคิดเห็น และ ประเมินผลได้อย่างถูกต้อง และ2) บทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Process Consultant) บทบาทของที่ปรึกษาจะทำหน้าที่เริ่มต้นตั้งแต่ การค้นหาค่านิยม หรือความเชื่อที่มีอยู่ใน องค์กร มากำหนดกระบวนการให้คำปรึกษา หรือเป็นกำหนดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างมี ขั้นตอน มีหลักการที่แน่นอนโดยการกำหนดเป็นโครงการหรือข้อเสนอ แผนงานปฏิบัติ และมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นในกระบวนการเปลี่ยนแปลงจนครบขั้นตอน เพื่อให้ผู้ประสบปัญหา สามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีเป้าหมาย หรือตามความต้องการของผู้ขอรับ คำปรึกษา

บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้นในการให้คำปรึกษา

มินเบิร์ก (Mintzberg, 1990) ได้ระบุแนวคิดบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารทางการแพทย์ ระดับต้น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2) การใช้ข้อมูล สารสนเทศ และ 3) การตัดสินใจ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ (National Health Service, 2000) กำหนด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับ ผู้รับบริการ โดยการปรับปรุงคุณภาพบริการ ส่งเสริมบทบาทความเป็นผู้นำ โดยมีหน้าที่ต้อง ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ 1) บทบาทผู้เชี่ยวชาญ 2) บทบาทหน้าที่การเป็นผู้นำ 3) บทบาทการศึกษาและการพัฒนา และ 4) บทบาทการวิจัยและประเมินผล

สหภาพพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN, 2002) กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารทางการแพทย์ ในบทบาทการให้คำปรึกษา ซึ่งคล้ายคลึงกับกับการปฏิบัติพยาบาลของผู้บริหารพยาบาล ตามนโยบายของสหราชอาณาจักร(UK Policy) ได้แก่ 1) นวัตกรรม การวิจัย การศึกษา และการ ปฏิบัติการพยาบาลเข้าด้วยกัน เพื่อเป็นแนวทางการดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ 2) บทบาทอิสระ โดยตรงของพยาบาลและการปฏิบัติที่เป็นอิสระเกี่ยวกับการประเมินปัญหา หรือความต้องการ 3) การวางแผนการบริการให้คำปรึกษา 4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษา โดยใช้การคิดวิเคราะห์ การ แก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และใช้เหตุผลในการวินิจฉัย ตามระดับความรุนแรงของโรค 5) การ ประเมินผลการให้คำปรึกษา 6) มีสมรรถนะและความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้รับบริการ ที่ น่าเชื่อถือ 7) ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษากับทีมสุขภาพอื่น ๆ และ8) เปิดโอกาสให้ผู้ขอรับ คำปรึกษามีช่องทางในการติดต่อ

สายสมร เกลยกิตติ และทิพย์ฉมพร เกษโกมล (2558) ระบุบทบาทหลักการในการ ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น เพื่อให้เกิดความ เข้าใจในแนวทางการปฏิบัติและสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติ ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานคือ

1) ในฐานะผู้ให้บริการ ให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้ให้บริการ ตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ภายใต้หลักวิชาการ ที่มุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของผู้รับบริการ โดยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติการดูแล เป็นผู้รับฟังปัญหาของผู้รับบริการอย่างจริงใจ พร้อมในการช่วยเหลือให้การบริการที่เหมาะสม ทันเวลา สร้างบรรยากาศที่ดีในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความศรัทธา ไว้วางใจ มั่นใจในการบริการ 2) ผู้ให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการแสดงบทบาทการปฏิบัติงานหน้าที่ การบริการที่มีความเอื้อเฟื้อ เน้นการความคิด และตัดสินใจที่เป็นระบบบนพื้นฐานข้อมูลที่นำเสนอ 3) ผู้สื่อสาร ส่งเสริมให้เกิดการแสดงบทบาทปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ความสำคัญในการสื่อสาร เป็นสื่อกลางเพื่อให้เกิดการประสานที่ดี สร้างความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ และทีมบริการสุขภาพในการดูแล

กองการพยาบาล (2561) ระบุบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างาน หัวหน้าทีม มีความรับผิดชอบกำกับติดตาม ให้คำแนะนำ มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะศาสตร์ศิลปะการพยาบาล และหลักวิทยาศาสตร์ตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติที่กำหนดครอบคลุม 4 มิติคือ การรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งบูรณาการความรู้ศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาล วางแผนการดูแลผู้รับบริการ และจัดการปัญหา สามารถประเมินและวินิจฉัย คาดการณ์อาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะฉุกเฉิน ความเสี่ยงทางคลินิกและสังคม ตัดสินใจ ดำเนินการ แก้ปัญหาต่าง ๆ ตามระยะการดำเนินของโรค เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลเป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงให้ความรู้ การสอน นิเทศ ติดตาม สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ประสานความร่วมมือ สนับสนุนความรู้ และแลกเปลี่ยนความรู้และให้คำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารระดับต้น แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1.1) ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ตามมาตรฐาน แนวทางที่กำหนดภายใต้จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล รวมถึงการและจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย 1.2) คัดกรอง ประเมิน และวิเคราะห์ วินิจฉัย ปัญหาความต้องการในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อวางแผนการดูแลและตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมทันสถานการณ์และทันเวลา 1.3) เฝ้าระวัง ติดตาม ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินประสานการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวบรวมข้อมูลปัญหาและวางแผนการให้บริการพยาบาลเชิงรุก 1.4) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ในฐานะหัวหน้าทีม โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมิน วินิจฉัย และคาดการณ์ภาวะเสี่ยงทางคลินิก และสังคม ให้การพยาบาลและตัดสินใจแก้ปัญหาที่ยากได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับทีมสหสาขา

วิชาชีพ 1.5) การออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง ช่วยเหลือทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยง ให้การป้องกันโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ 1.6) จัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 1.7) บันทึกและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ให้ครอบคลุมครบถ้วนถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน ตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล 1.8) ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำ ไปสู่การแก้ปัญหาและปรับปรุงพัฒนาระบบบริการพยาบาล กำหนดแนวทางหรือมาตรฐานการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ 1.9) ร่วมกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งกำกับ ควบคุม สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้ปราศจากการแพร่กระจายเชื้อ 1.10) ติดตามและดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลและคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ 1.11) กำหนดฐานข้อมูลทางการพยาบาลในระดับหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการนำ ข้อมูลไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

2. ด้านการวางแผน ประกอบด้วย 2.1) วางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.2) ร่วมวางแผนบริหารอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากรพยาบาล ให้เหมาะสมกับบริบทและภาระงานที่เกี่ยวข้อง 2.3) ร่วมวางแผนการนิเทศและพัฒนางานในระดับหน่วยงาน 2.4) วางแผนและบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่กำหนด ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย 2.5) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดแผนและทบทวน ปรับแผนการใช้วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์

3. ด้านการประสานงาน ประกอบด้วย 3.1) ประสานให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นในการจัดรูปแบบ การจัดกิจกรรมและจัดบริการพยาบาลแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้ 3.2) ประสาน ทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาที่ยากและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ให้ได้รับการช่วยเหลือ ที่รวดเร็ว ทันเวลา มีคุณภาพและปลอดภัย 3.3) ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อและให้การดูแลต่อเนื่อง ตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 3.4) ประสานงานในการหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยจัดการกับปัญหาต่าง ๆ 3.5) ประสานความร่วมมือ ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลภายในหน่วยงาน

4. ด้านการบริการ ประกอบด้วย 4.1) สอน ให้คำปรึกษา เพิ่มพูนความรู้ นิเทศ ฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยีทางการพยาบาลแก่ผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 4.2) จัดทำ ข้อมูล เอกสาร คู่มือ สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีเข้ามา ใช้ในการปฏิบัติงาน 4.3) ร่วมจัดทำคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานใน

หน่วยงาน 4.4) เข้าร่วมโครงการงานวิจัย หรือโครงการพัฒนาต่าง ๆ ของหน่วยงาน และ 4.5) ให้บริการข้อมูลข่าวสารทางวิชาการและจัดเก็บข้อมูล เกี่ยวกับการพยาบาลในหน่วยงาน

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับผู้บริหาร มีบทบาทหน้าที่สำคัญต่อองค์กร ในการดำเนินงาน ควบคุมดูแลรับผิดชอบให้กิจการงานต่าง ๆ สำเร็จ ล่วงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร โดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบ และบทบาทความสำคัญ แตกต่างกันไปตามประเภทและนโยบายขององค์กร รวมทั้งการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมด้านคุณภาพบริการ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ต้องทำหน้าที่แก้ปัญหาเฉพาะหน้า ของหน่วยงาน สามารถใช้เทคนิค และทักษะในการทำงานได้เป็นอย่างดี เพื่อเพิ่มผลผลิตและปรับปรุง ประสิทธิภาพการทำงาน

ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นกับการให้คำปรึกษาด้านการจัดการเชื่อด้อยด้านจุลชีพ

เชื่อด้อยด้านจุลชีพ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพ ต่อสังคม เศรษฐกิจ และชุมชน และการดำเนินงานของบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง บุคลากรในองค์กรจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้ทันต่อแนวโน้มของปัญหาการติดเชื้อ ด้อยด้านจุลชีพที่เพิ่มขึ้น และจากสภาพแวดล้อมปัจจุบันที่กำลังเผชิญ ดังนั้นผู้บริหารจึงต้อง ดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือพยาบาลผู้ปฏิบัติเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ และไม่ก่อให้เกิดปัญหา ที่ขยายวงกว้างออกไป ที่อาจจะกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และผลผลิตขององค์กร (กองการพยาบาล, 2561) ซึ่งบทบาทการให้การช่วยเหลือพยาบาลผู้ปฏิบัติในองค์กร ส่วนใหญ่จะเป็น บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่จะแสดงถึงความสนใจปัญหาของผู้ขอ คำปรึกษา และจะร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งวิธีการช่วยเหลือ คือ 1) การบอก 2) การใช้อิทธิพล 3) การ แนะนำ และ 4) การให้คำปรึกษา ซึ่งบทบาทการให้คำปรึกษานับว่าเป็นวิธีการที่สำคัญ ของผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อให้ช่วยเหลือจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการ ให้คำปรึกษา คือการสนับสนุนให้ผู้ขอคำปรึกษาสามารถหาคำตอบของปัญหาได้ด้วยตนเอง (ปทุมปวีร์ กิตติกุล และคณะ, 2564) ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องเน้นการฟังมากกว่าพูดคุยทั่วไป และ ใช้ทักษะในการตั้งคำถามที่ช่วยให้ผู้ขอคำปรึกษาสามารถสำรวจ และวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง

การให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เกี่ยวข้องกับการสื่อสารใน องค์กร โดยบทบาทการให้คำปรึกษานับว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ผู้บริหารซึ่งรับผิดชอบการให้คำปรึกษานักวิชาการ ในหลาย ๆ ด้าน และกลุ่มบุคลากรอื่น ๆ ที่พบว่ งานในความรับผิดชอบของตนเอง ต้องการช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษา (กองการพยาบาล, 2561) ซึ่งบทบาทผู้บริหารมีหลายกิจกรรมที่ต้องให้ความสำคัญ แต่เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแล ผู้รับบริการในการจัดการเชื่อด้อยด้านจุลชีพ ซึ่งเป็นความรู้ใหม่ ดังนั้นบทบาทการให้คำปรึกษาที่

เหมาะสมและทันเวลา จึงมีความสำคัญในการบริหารงานปัจจุบัน และจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักการแนวคิดทฤษฎีประเภทของการให้คำปรึกษากระบวนการ และเทคนิคการให้คำปรึกษาที่สำคัญที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาสามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมกับการจัดการเชื้อื่อด้านจุลชีพ ได้เหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อประสิทธิภาพขององค์กรต่อไป

3.2 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา

วัชร ทรัพย์มี (2558) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาเอาไว้ 4 ประการ ดังนี้ 1) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจ 3) เพื่อช่วยป้องกันปัญหา 4) เพื่อส่งเสริมการพัฒนากิจการด้านต่าง ๆ

ลัดดาวรรณ ณ ระนอง ประดิษฐ์ อูปรมย์ และโกศล มีคุณ (2554) อธิบาย วัตถุประสงค์ของการให้การศึกษาโดยสรุปว่า การให้การศึกษาที่มีวัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมาย 2 ประการ 1) เป้าหมายระยะสั้น เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่เพียงประสงค์ให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและวางแผนอนาคตของตนเองได้ 2) เป้าหมายระยะยาว เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถควบคุมตนเองและตระหนักอยู่ในตนเอง

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความตระหนักรู้เข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถนำความคิดหรือแนวทางที่ตัดสินใจไปแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

3.3 ขอบเขตของการให้คำปรึกษา (Core of Counseling)

เชอร์แมน โบลันเดอร์ และสเนล (Sherman, Bohlander and, Snell 1995) ได้กล่าวถึงขอบเขตของการให้คำปรึกษาไว้ดังนี้

3.3.1 ผู้ขอคำปรึกษา (Client Counselee) คือบุคคลปกติ ที่มีปัญหาและต้องการเรียนรู้เพื่อจะเข้าใจตนเอง เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขพฤติกรรมบางประการ เนื่องจากบุคคลนั้นมีปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่นปัญหาด้านความคิดที่เกิดจากบุคคลไม่ทราบข้อมูลและไม่เข้าใจในเรื่องต่าง ๆ มีความวิตกกังวลสับสน และต้องการและรับรู้ในสิ่งที่ไม่สามารถตัดสินใจว่าควรทำงานชิ้นใดก่อนปัญหาดังกล่าวอาจเนื่องมาจากผู้ขอคำปรึกษาขาดข้อมูลหรืออาจได้ข้อมูลไม่ถูกต้อง ขาดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองขาดข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนการปฏิบัติงาน หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ และขาดการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งอาจเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด เป็นต้น หรือมีปัญหาด้านความคิดที่เกิดจากบุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้ง

ปัญหาด้านพฤติกรรมคือบุคคลเกิดปัญหาด้านความคิด และความรู้สึกส่งผลให้เกิดผลต่อพฤติกรรม ซึ่งจากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าด้านใดก็ตามผู้ขอคำปรึกษาต้องการแก้ไขพฤติกรรม เพราะคิดว่าผู้ให้คำปรึกษาสามารถช่วยเขาได้ทุกอย่าง

3.3.2 ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) คือบุคคลที่มีความรู้ความสามารถได้รับการฝึกฝนอบรม หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษามาก่อน โดยยึดหลักการให้คำปรึกษาที่สำคัญ ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความไวต่อความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้มาขอคำปรึกษา ช่วยให้ผู้ขอคำปรึกษาเข้าใจยอมรับตนเอง ทั้งด้านดีและด้านไม่ดี และสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ ต้องเข้าใจว่าปัญหาส่วนบุคคลไม่สามารถแก้ไขได้จากคนอื่น การแก้ไขปัญหาคือภารกิจของผู้ขอคำปรึกษา ที่ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังปัญหาได้ทุกอย่าง มีความอดทนและรักษาความลับได้ดี

3.3.3 ความสัมพันธ์ของการให้คำปรึกษา (Counseling relationship) เกิดจากคน 2 ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการให้คำปรึกษากัน เช่นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ขอคำปรึกษาหัวหน้าหน่วยงานซึ่งความสัมพันธ์จะส่งผลต่อการให้คำปรึกษา เพราะกระบวนการจะไม่เหมือนกับการสัมภาษณ์ทั่วไป เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับคน 2 ฝ่ายที่ต้องการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ แสดงความรู้สึก และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ในการขอความช่วยเหลือ ดังภาพที่ 2.2

Christian University of Thailand

3.4 ประเภทการให้คำปรึกษา

คอเรย์ (Corey, 2008) แบ่งประเภทการให้คำปรึกษาเป็น 2 ประเภท คือ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) ดังนี้

3.4.1. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นที่ได้รับความนิยม และถูกนำมาใช้ โดยเป็นการพบกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา กับผู้ขอคำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้คำปรึกษารูปแบบนี้มีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หรือเพื่อให้สมาชิกในองค์กร เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้สูงขึ้น

3.4.2. กระบวนการปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือแก่กลุ่มคน ที่มีปัญหาในชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้นำกลุ่มจะมุ่งประเด็นของความแตกต่าง ระหว่างบุคคลและปัญหาของสมาชิก นอกจากนี้สมาชิกในกลุ่มเองก็มีบทบาทในการพยายามช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันตามแนวทางที่ผู้นำกลุ่มวางไว้ ในแต่ละครั้งของการเข้ากลุ่มผู้นำกลุ่มมีบทบาทเด่น ในการนำเพื่อให้การปรึกษาเกิดประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการให้คำปรึกษา กลุ่มได้ทุกสถานการณ์ ทั้งในขณะที่อยู่ในกลุ่ม และการนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังได้ประโยชน์จากข้อคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ และข้อคิดจากผู้นำกลุ่ม สมาชิกได้เรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาจากการ

สังเกตสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาล้ายกัน เกิดการเรียนรู้ที่จะนำความคิดทั้งหลายที่ได้รับจากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

3.5 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

3.5.1 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) คอเรีย (Corey, 2008) และวัชร ทรัพย์มี (2558) สรุปได้ 6 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มการปรึกษา เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อทราบประเด็นความต้องการความช่วยเหลือ

ขั้นที่ 2 ขั้นระบุปัญหา เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาแยกแยะปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษา

ขั้นที่ 3 ขั้นระบุวัตถุประสงค์ เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาระบุปัญหาใดเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไขในทันที และปัญหาใดเป็นปัญหาที่จะต้องแก้ไขในระยะยาว

ขั้นที่ 4 ขั้นวางแผนแก้ไขปัญหา เป็นขั้นวางแผนที่จะเลือกใช้ทฤษฎีในการให้คำปรึกษา ให้เหมาะสมรวมทั้งพิจารณาแผนหรือขั้นตอนในการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 5 ขั้นดำเนินการ เป็นขั้นตอนดำเนินการให้ผู้รับการปรึกษาปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งในแต่ละแผนสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดได้

ขั้นที่ 6 ขั้นยุติปัญหา เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา จะร่วมกันพิจารณาว่ามีการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการแล้วหรือไม่ ต้องการความช่วยเหลือต่อไปอย่างไร

3.5.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) คอเรีย (Corey, 2008) สรุปได้ 4 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นก่อตั้งกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา และสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม เนื่องจากสมาชิกที่เข้ากลุ่มอาจยังไม่ไว้วางใจ ยังไม่กล้าเปิดเผยตนเอง และต้องใช้เวลาแก่สมาชิกกลุ่มพอสมควร

ขั้นตอนที่ 2 ลักษณะของเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงบ้าง เนื่องจากสมาชิกเริ่มรู้จักไว้วางใจกัน แม้ว่าอาจยังมีความวิตกอยู่บ้าง ผู้ให้คำปรึกษา จะต้องมีการชี้แจง และส่งเสริมให้สมาชิกกล้า อภิปรายปัญหาอย่างเปิดเผย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินการ ขั้นตอนนี้สมาชิก จะค่อนข้างกล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น กลุ่มสมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น กล้าแสดงความคิดเห็น ได้เข้าใจปัญหา และสามารถร่วมกันจัดการปัญหาด้วยตัวเอง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสิ้นสุดการให้คำปรึกษา เมื่อผู้ขอรับคำปรึกษาสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการปัญหา และเกิดความพอใจ ไม่มีข้อข้องใจ หรือปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข จะให้ยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้

3.6 แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทางการพยาบาล

ความพยายามในการช่วยเหลือพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลโดยใช้ทฤษฎี หรือแนวคิดการให้คำปรึกษานั้น มีด้วยกันหลายวิธีที่ถูกนำมาใช้ซึ่งขึ้นอยู่กับกิจกรรมในการฟังอย่างเข้าใจพยายามเตรียมข้อมูลหรือการแนะนำข้อสรุปที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องเรียนรู้และใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดในสถานการณ์ที่ปรากฏ สามารถยืดหยุ่นในการใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดกับผู้ขอคำปรึกษาได้ โดยนิวสตรอมและเดวิส (Newstrom & Davis, 1997) ได้เสนอแนวคิดที่ แบ่งไว้ 3 แนวคิด ดังนี้

3.6.1 การให้คำปรึกษาแบบนำทาง (Directive Counseling Approach) หรือการให้คำปรึกษาแบบผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ โดยผ่านการเรียนการฝึกอบรมมาแล้ว และสามารถควบคุมการการเล่าเรื่องของผู้ขอรับคำปรึกษาได้ ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม เพื่อนำมาวินิจฉัยปัญหา พร้อมคำแนะนำและเสนอทางเลือกต่าง ๆ โดยบอกถึงข้อดีและข้อเสียในแต่ละทางเลือก เพื่อให้ผู้ขอรับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาแบบนำทางนิยมใช้กับปัญหาการขาดข้อมูล ระเบียบและวิธีการปฏิบัติงาน หรือความลดปัญหาขัดแย้ง

3.6.2 การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Nondirective Counseling Approach) แนวคิดนี้เชื่อว่า คนสามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมให้มีความเข้าใจตนเอง จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ขอคำปรึกษาได้พูดระบายความรู้สึก อย่างอิสระ โดยแทรกแซงหรือวิจารณ์ แต่จะใช้เทคนิคการสื่อสารการสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้ขอรับคำปรึกษาพูดและรู้สึก ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง มักใช้กับปัญหาเรื่องการปรับตัว อารมณ์ หรือสังคม เป็นต้น

3.6.3 การให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participative Counseling Approach) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ระหว่างแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบนำทาง และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง โดยจะเลือกให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมของปัญหา เช่น อาจเริ่มให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ขอคำปรึกษา ได้บอกเล่าถึงปัญหา ความต้องการ ผู้ให้คำปรึกษาจะรับฟังอย่างสนใจและติดตามว่า จากนั้นก็จะนำแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบนำทางมาใช้ โดยพิจารณาว่าปัญหาคืออะไร หาข้อสรุป ในการแก้ปัญหามากมาย ๆ ทางเลือก พร้อมระบุข้อดีข้อเสีย เพื่อเป็นข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้ขอคำปรึกษานำไปแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้มากที่สุด

ดังนั้น การให้คำปรึกษาเป็นแนวทางช่วยลดความขัดแย้งของทุกฝ่าย ซึ่งแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบนำทาง (Directive Counseling) มักถูกนำมาใช้ เพราะผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นผู้บังคับบัญชา มักคิดว่าตนเองเข้าใจในปัญหาของผู้ใต้บังคับบัญชาดีที่สุด รู้คำตอบและต้องการให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติ จึงการเสนอทางเลือกต่าง ๆ แล้วให้ผู้ขอคำปรึกษาตัดสินใจด้วยตนเอง ส่วนแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Nondirective Counseling) เชื่อว่าคนสามารถเข้าใจปัญหาของตนเองได้ดีที่สุด ดังนั้น การให้คำปรึกษาแบบนี้จึงเน้นการรับฟังมากกว่า เพื่อให้เข้าใจปัญหา ส่วนการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participative Counseling) จะเริ่มการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางแล้วจึงจะใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทางเพื่อช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษา (Anderson et al., 2012)

จะเห็นว่าการให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้บังคับบัญชาได้รับฟังความคิดเห็น และทราบข้อเท็จจริงต่าง ๆ จากผู้ใต้บังคับบัญชา และได้พยายามช่วยคิดแก้ไขปัญหา ซึ่งการให้คำปรึกษาต้องมีแนวคิดหรือทฤษฎีซึ่งเป็นการจัดรวบรวมความคิดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา ดังนี้

3.7 กระบวนการการให้คำปรึกษา

คอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier and Hackney, 2009) แนะนำว่าการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหา ต้องมีการกำหนดเป้าหมาย เพื่อการแก้ปัญหาโดยการสื่อสารและมีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและรับการปรึกษาผ่านการปรับทิศทางด้วยตนเอง ได้เสนอแบบจำลองกระบวนการให้คำปรึกษาไว้ 5 ขั้นตอน

กระบวนการให้คำปรึกษาไว้ 5 ขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นที่ 1 : การสร้างความสัมพันธ์ (Relationship building) การสร้างความสัมพันธ์ภาพเป็นขั้นตอนแรกในการคำปรึกษาโดยการให้เกียรติ สร้างความเป็นมิตร และมุ่งเน้นให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมเพื่อสำรวจปัญหาของตนเอง การให้คำปรึกษาครั้งแรกมีความสำคัญเนื่องจากผู้ขอรับคำปรึกษาจะพิจารณาถึงความพร้อมของผู้ให้คำปรึกษาทั้งทางวาจา ภาษาท่าทาง และการแสดงออก

ขั้นที่ 2 : การประเมิน (Assessment) และวินิจฉัยปัญหา ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาต้องมีความเข้าใจในประเด็นปัญหา โดยการประเมินสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ปัญหาของผู้รับคำปรึกษา (สิ่งกระตุ้นทำให้เกิดปัญหา เวลา แหล่งที่มา การควบคุม การเปลี่ยนแปลงบทบาทและระยะเวลา ประสบการณ์ที่คล้ายกันก่อนหน้านี้และระดับความเครียด) ทรัพยากรภายใน (เช่น การรับฟังเรื่องราวของผู้ขอคำปรึกษา) และทรัพยากรภายนอก และความสามารถและทักษะ

ของผู้รับคำปรึกษาในการแก้ปัญหา (ความเครียด ความเชื่อ และผู้สนับสนุน) ซึ่งจะประเมินได้จาก สัมภาษณ์ และการสังเกต

ขั้นที่ 3 : การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการให้คำปรึกษา เนื่องจาก เป้าหมายเป็นผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่ผู้ขอรับคำปรึกษาต้องการ ได้รับเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 4 : การให้คำปรึกษา (Interventions) การปฏิบัติให้คำปรึกษานั้น ผู้ให้คำปรึกษา ควรพิจารณานำแนวคิด/ทฤษฎี มาใช้ในการเข้าถึงผู้ขอรับคำปรึกษา อาทิการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้รับคำปรึกษาเข้ามามีส่วนร่วม เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองมากกว่า การเข้าไปแทรกแซง

ขั้นที่ 5 : การติดตามประเมินผล (Termination and follow-up) การประเมินผล และการยุติการให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการให้คำปรึกษา การสิ้นสุดการให้คำปรึกษาต้องดำเนินการตรวจสอบวิธีการ และผลลัพธ์ในการให้คำปรึกษา ควรมีการวางแผนอย่างดี เพื่อให้ได้บทสรุปเชิงบวกต่อผู้รับคำปรึกษา อาทิ ผู้ขอรับคำปรึกษา ไม่เกิดอารมณ์โกรธ หรือวิตกกังวล

พฤติกรรมของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

แม้ว่าการบริหารทางการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง โดยเฉพาะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นหัวใจสำคัญในการทำงาน แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาด ส่งผลให้การให้บริการด้านการให้คำปรึกษานุเคราะห์ทุกหน่วยงานในองค์กรไม่เป็นตามเป้าหมาย ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นซึ่งมีความใกล้ชิดกับพยาบาลในระดับปฏิบัติงาน (กองการพยาบาล, 2561) รวมทั้งรับผิดชอบการบริหารจัดการทรัพยากรให้พร้อมและเพียงพอต่อการให้บริการ รวมทั้งการมอบหมายงาน การควบคุมกำกับ การสอนงานเพื่อให้บุคลากรภายในหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มศักยภาพตามนโยบาย ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นเป็นผู้ให้คำปรึกษา สั่งการโดยตรงกับบุคลากรตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในจุดปฏิบัติงาน ในระยะสั้นวันต่อวันหรือสัปดาห์ต่อสัปดาห์ รับรายงานโดยตรงจากบุคลากร และเสนอแนะรายงานต่อผู้บริหารระดับกลางและสูงต่อไป (ชุติมา คำศิริ ปราโมทย์ ทองสุข และประภาพร ชูกำเนิด, 2566) และนับว่ามีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ในการจัดการปัญหา มีการให้คำปรึกษาที่มีความครอบคลุม เพื่อให้สามารถรับมือโดยการจัดการการดูแล เฝ้าระวัง ติดตามปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ให้ทันต่อสถานการณ์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และให้บริการอย่างมีคุณภาพ สามารถช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น

ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นต้องมีการเพิ่มพูนความรู้ มีช่องทางที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการรวบรวมความรู้หรือนวัตกรรมต่าง ๆ ที่เกิดจากการสังสมความรู้ที่ได้ปฏิบัติ และเกิดความรู้ใหม่หรือการปฏิบัติการจัดการปัญหาการติดเชื้อดื้อยาที่ดี มีความน่าเชื่อถือ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ถูกรวบรวมเป็นระบบ เพื่อสามารถเป็นแนวทางให้คำปรึกษาให้ทีมการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี, 2565)

พฤติกรรมของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในการให้คำปรึกษา คือการช่วยเหลือสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรในขั้นตอนต่าง ๆ ที่ปฏิบัติการดูแลจัดการเชื้อดื้อยา เช่นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การคัดแยกอาการผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้บุคลากรมั่นใจ และสามารถแก้ไขปัญหาขณะปฏิบัติงานที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดได้ (สาคร อินทโธ ทัศนีย์ สีหาบุญนาค และณัฐพร สายแสงจันทร์, 2563) ซึ่งศักยภาพพยาบาลในการให้คำปรึกษา ที่สำคัญคือการให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ถูกต้อง รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการบริหารจัดการเตียง จัดการระบบบริการ การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรอย่างเพียงพอ และการเตรียมความพร้อมของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดหานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย (กิตติมา ลัมประเสริฐ, 2565) นับว่าเป็นความท้าทายของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในศตวรรษที่ 21 และในการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในการร่วมตัดสินใจ ให้คำปรึกษาและร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติขององค์การพยาบาล มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้ เพื่อให้เป็น SMART Nurse 4.0 (ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ และรุ่งนภา กุลภักดิ์, 2563)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น หมายถึง การพัฒนาความรู้ ทักษะ และให้คำแนะนำ ปรึกษาในดูแลผู้รับบริการ สื่อสารนโยบายและแนวทางการดูแลผู้รับบริการ และการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ การให้คำปรึกษา โดยการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น (กองการพยาบาล, 2561) เนื่องจากนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ในการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพมีความหลากหลาย มีความรู้ใหม่เกิดขึ้น จึงยังมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพอยู่ตลอด ซึ่งผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อหน่วยงานมากที่สุด เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับพยาบาลระดับปฏิบัติการ (ศศิธร วงษาลาภ, 2557) เป็นผู้นำนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงไปสู่บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานในแนวทางเดียวกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้แนวคิดของการให้คำปรึกษาของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier and Hackney, 2009) มากำหนดพฤติกรรมของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในการให้คำปรึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมให้คำปรึกษา ดังนี้

เชคเกต ลาว์สัน และเบิร์ก (Sackett, Lawson and Burge, 2015) ศึกษาการใช้บทบาทในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยการสนับสนุนความผูกพันในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร โดยใช้การศึกษานบนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าจากการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้นั้น การทำความเข้าใจตัวแปรที่ส่งเสริมการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) ไปใช้ ส่งผลต่อการประสบความสำเร็จ และเป็นประโยชน์ในแง่ของบุคลากรระดับผู้บริหารที่มีส่วนร่วมในการทำงาน และมีความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบจำลองการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม และการพิจารณาปัจจัยเชิงระบบ ผลการค้นพบที่มีนัยสำคัญต่อที่ปรึกษาของหัวหน้างาน และผู้บริหารที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล

สมิธ และคณะ (Smith et al., 2017) ศึกษาความรู้ของแพทย์ชาวแคนาดาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและการดื้อยาต้านจุลชีพ ทำการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ศึกษาแพทย์ทั้งหมด 336 คน ในสำรวจรอบแรก (ก่อนใช้แนวปฏิบัติ) และแพทย์ 351 คน ในการตอบแบบสำรวจรอบสอง (หลังใช้แนวปฏิบัติ) โดยพบว่า ความรู้ของแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อยู่ในระดับสูง และการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาปฏิชีวนะมีความเหมาะสมในการสำรวจทั้งสองแบบ ส่วนระดับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อลดลงเล็กน้อย และระดับการให้คำปรึกษายังต่ำกว่าสำหรับแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะบางอย่าง (เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม) นอกจากนี้ แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี มีอัตราการให้คำปรึกษาผู้ป่วยในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการดื้อยาปฏิชีวนะและการป้องกันการติดเชื้อต่ำกว่าผู้ที่ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted odds ratio = 0.27, 95% CI 0.10 ถึง 0.74) จากการสำรวจรอบที่สองแพทย์สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ($P = .03$) รวมถึงหัวข้อการป้องกันการติดเชื้อบางหัวข้อ (เช่น การใช้สบู่ล้างมือด้านเชื้อแบคทีเรีย [$P = .02$] และอุปกรณ์ทำความสะอาด [$P = .01$]) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ในการสำรวจทั้งสองรายงานว่ารู้สึกมั่นใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและ AMR อย่างเหมาะสมหลังใช้แนวปฏิบัติ

ปุนปวีร์ กิตติกุล และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการวิจัยทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาในผู้บริหารระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า หลังใช้การใช้โปรแกรมจัดการความรู้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับ

พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นของกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ มากกว่าก่อนทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับผู้บริหารระดับต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษารายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน ระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ รองลงมาคือ ด้านการรวบรวมข้อมูลและด้านการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุตามลำดับผลการวิจัย

เมตตา ไชยเชษฐ์ (2563) ศึกษาการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาของผู้ให้คำปรึกษา โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดของกิบส์ในรายวิชาการสื่อสาร การสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ปีที่ 2 โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยแบบสอบถาม ผลการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา และ ใช้แบบบันทึกการสะท้อนคิดหลังการฝึกทักษะให้คำปรึกษา พบว่าขั้นตอน ขั้นตอนการให้คำปรึกษาที่ได้รับการพัฒนามากที่สุดคือ ขั้นตอนการวางแผนและแก้ไขปัญหา และน้อยที่สุดในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ วิจัยนี้แสดงถึงประโยชน์ของการนำกระบวนการสะท้อนคิด มาใช้ในการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

สายสมร เกลยกิตติ และ ทิพย์ฉมพร เกษโกมล (2558) ได้ศึกษาการให้บริการปรึกษาทางสุขภาพต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าการให้บริการปรึกษา เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดี โดยใช้วิธีการหรือ เทคนิคในการให้บริการปรึกษาที่ถูกต้อง และเป็นกระบวนการของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ข้อเสนอแนะคือ การให้บริการปรึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญและควรมีในทุกโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้ ด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมในการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้อง ช่วยลดความตึงเครียด หรือภาวะวิตกกังวล ซึ่งการให้บริการปรึกษา จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลทั้งด้าน ผู้รับบริการ สถานพยาบาล และวิชาชีพการพยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา จำนวน 5 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงพรรณนา 4 เรื่อง แต่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ห้หมดได้เนื่องจากความแตกต่างของวิธีการและการวัดผลลัพธ์ ถึงแม้จะมีผลการวิจัยดังกล่าว แต่ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ แต่ยังไม่ชัดเจนการจัดการความรู้ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผู้บริหารระดับต้น เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรส่วนเกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษา แต่จากการทบทวนพบว่า ยังขาดการวิจัยในส่วนของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อคือ

ขาด้านจุลชีพ และยังขาดการพัฒนาโปรแกรมของผู้บริหารระดับต้นตอบสนองการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ควรแสดงออกเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของคอร์เมียร์และแฮคเนย์ (Cormier & Hackney, 2008) ที่มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหา 2) ประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3) กำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา 4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษา และ 5) การติดตามประเมินผล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความมั่นใจ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมให้คำปรึกษาที่เหมาะสม โดยผู้รับคำปรึกษาสามารถ 1) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 2) ให้ความรู้ สามารถให้คำปรึกษา และสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 3) ให้ความช่วยเหลือพยาบาลผู้ปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ขององค์กรได้ รวมทั้งการแก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างเหมาะสม

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือที่หลายหน่วยงานใช้ในการพัฒนาองค์กร การที่จะทำให้องค์กรก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมีเอกภาพหรือการก้าวไปด้วยกันนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาคนในองค์กรให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายขององค์กร ซึ่งการจัดการความรู้ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมองค์กรนี้ จะช่วยพัฒนานุคคล กลุ่มคน และองค์กรในการสร้างความรู้ความเข้าใจในงาน การสร้างพฤติกรรมที่ดี และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์กร และเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน (สุชาดา นิมวัฒนากุล และปาลิรัญญ์ ฐาสิริสวัสดิ์, 2561) ซึ่งการจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่ช่วยรวบรวมความรู้ที่กระจัดกระจาย มาจัดเก็บ วิเคราะห์และกำหนดประเด็นรวมไปถึงการเผยแพร่องค์ความรู้ที่มีประโยชน์และมีความจำเป็นต่อการพัฒนาและความเจริญก้าวหน้า ปัจจุบันพบว่า ความหมายของการจัดการความรู้มีมากมาย หลายนามมอง ดังนี้

4.1 ความหมายของการจัดการความรู้

ดาเวนพอร์ท (Davenport, 1994) ระบุความหมายการจัดการความรู้ คือ กระบวนการต่าง ๆ ที่ได้มาซึ่งความรู้มา มาแบ่งปันเผยแพร่ รวมถึงการใช้ความรู้นั้นให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล กระบวนการในการสร้าง ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ความรู้ทั่วทั้งองค์กร และนำไปเป็นส่วนประกอบของการบริหารเทคโนโลยี และระบบใหม่

กุปตา และคณะ (Gupta et al., 2000, as cited in Lawson, 2003) ได้ให้คำนิยามของการจัดการความรู้ว่า การจัดการความรู้คือกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรสามารถค้น หา เลือกจัดระเบียบ เผยแพร่ และถ่ายทอดข้อมูลสำคัญ และความเชี่ยวชาญที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแก้ปัญหาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องการวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการตัดสินใจ

มาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) กล่าวว่า การจัดการความรู้ เป็นการนำความรู้มาจัดเก็บอย่างเป็นระบบ สามารถนำมาเผยแพร่หรือนำมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุด ต่อการพัฒนาองค์กรให้มีความเจริญก้าวหน้า มีองค์ประกอบการจัดการความรู้ คือ 1) องค์กร (Organization) ต้องมีองค์การมีวิสัยทัศน์ (Vision) และกำหนดกลยุทธ์ (Strategy) ที่ชัดเจน เพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) สมาชิกในองค์กร (People) ต้องมีนิสัยใฝ่รู้และพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง 3) มีการนำเทคโนโลยี (Technology) ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเข้าถึงองค์ความรู้ 4) ความรู้ (Knowledge) มีกระบวนการจัดการความรู้ในองค์กรเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเริ่มตั้งแต่ การระบุนความรู้ที่จำเป็นต่อองค์กร การแสวงหาความรู้ขึ้น การจัดเก็บความรู้ การแบ่งปันความรู้ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน และ 5) การเรียนรู้ (Learning) ถือเป็นหลักสำคัญของการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ มี 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับองค์กร ซึ่งการเรียนรู้ต้องเริ่มที่ตัวบุคลากร ซึ่งเป็นการเรียนรู้เพื่อการปรับตัว เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

ทาเคชิ และ โนนากะ (Takeuchi and Nonaka, 2004) กล่าวว่า การจัดการความรู้ เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการสร้างความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้นต่อเนื่อง มีการเผยแพร่ความรู้ทั่วทั้งองค์กร และนำไปเป็นส่วนประกอบสำคัญของการบริหารเทคโนโลยี หรือระบบการบริหารจัดการที่เกิดขึ้นใหม่

การจัดการความรู้ (วิจารณ์ พานิช, 2548; พรธิดา วิเชียรปัญญา, 2547) หมายถึง การรวบรวม การจัดระบบการจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูลเพื่อสร้างความรู้และ มีการแบ่งปันความรู้ (Knowledge sharing) ตลอดจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มความสามารถในการพัฒนาองค์กร

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2560) อธิบายว่า การจัดการความรู้ คือ ความรู้เกิดจากการประมวลสังเคราะห์ และจำแนกแยกแยะสารสนเทศ เพื่อนำไปสู่การตีความและทำความเข้าใจกับสารสนเทศ เหล่านั้น จนกลายเป็นความรู้ ซึ่งความรู้มีทั้งส่วนของความรู้ที่ซ่อนเร้น (Tacit knowledge) เช่นซ่อนอยู่ในความคิด ประสบการณ์ และที่ฝังตัวอยู่ในองค์กร และความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) ที่ปรากฏในรายงานต่าง ๆ หรือเอกสารที่มีการบันทึกขององค์กร การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ เพื่อให้คนที่ต้องการใช้เข้าถึงได้ง่าย ดึงออกมาใช้งานได้โดยสะดวก และการ

จัดการความรู้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อมีการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม ซึ่งอาจเป็นปฏิสัมพันธ์บนเครือข่ายต่างไป หรืออาจผ่านการพบปะพูดคุยกัน

พิเชฐ บัญญัติ (2555) กล่าวว่า การจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาองค์การเพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ดีต่อลูกค้าและประชาชน โดยเน้นการจัดการ “ความสัมพันธ์ระหว่างคน” เพราะเชื่อว่าแม้คนจะเป็นสินทรัพย์สำคัญ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างคนกลับสำคัญยิ่งกว่า

กล่าวโดยสรุป การจัดการความรู้ หมายถึง กระบวนการรวบรวมความรู้ในตัวผู้ปฏิบัติงาน และความรู้ในเอกสาร ฐานข้อมูล ความรู้ที่มีอยู่ภายในองค์กร และภายนอกองค์กรแล้วนำมาบูรณาการและจัดให้เป็นระบบ เพื่อการพัฒนาคน พัฒนางาน เป็นทุนทางปัญญา สร้างคุณค่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่องค์กร โดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การสำรวจ การสังเคราะห์ การสร้างรวบรวม แลกเปลี่ยน และนำความรู้ไปใช้ แล้วถ่ายทอดสู่ผู้อื่นหรือหน่วยงานอื่น

4.2 องค์ประกอบของการจัดการความรู้

การจัดการเกิดจากการผสมผสานขององค์ประกอบที่สำคัญคือ การทำงานของคน (People) กระบวนการ (Process) และเทคโนโลยี (Technology) (น้ำทิพย์ วิภาวิน, 2547; พรธิดา วิเชียรปัญญา, 2547; Marquardt, 1996)

1. ด้านคน นับว่าเป็นหัวใจของการจัดการความรู้ โดยมีการรวบรวมความรู้ (Gathering information) มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ (Synthesizing) มีการนำเอาความรู้เหล่านั้นไปใช้ตามกระบวนการ หรือโมเดลของการจัดการความรู้ ได้แก่ การสร้าง (Creating) การจัดการ (Organizing) และการนำไปใช้ประโยชน์ มีกลยุทธ์หลักคือ การนำความสามารถของคนมาใช้ในการพัฒนาคนในองค์กร ซึ่งมีความสำคัญเป็นอันดับแรก โดยมีการแสวงหา สร้างความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำให้ความรู้ที่ต้องการ ให้บรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ที่องค์กรต้องการ เป็นการผสมผสานความรู้จากหลาย ๆ ศาสตร์เข้าด้วยกัน เช่น การบริหารจัดการ (Management science) ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence) และพฤติกรรมองค์กร (Organization behavior)

2. ด้านกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย ขั้นตอนหรือแนวทางของการจัดการความรู้ ต้องมีการระบุสารสนเทศที่ต้องการ ระบุแหล่งข้อมูลที่นำมาจากภายใน หรือภายนอกองค์กร มีการคัดแยกความรู้ เพื่อเลือกใช้ให้เหมาะสมในองค์กร แล้วนำกำหนดโครงสร้างรูปแบบ และตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนที่นำมาจัดเก็บอย่างเป็นระบบ และมีการเผยแพร่ ซึ่งในกระบวนการจัดการความรู้ต้องเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้การดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย

3. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการจัดการความรู้หากมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เลือกอย่างเหมาะสม ใช้เป็นเครื่องมือในพัฒนาโครงสร้างความรู้ในองค์กร จะส่งผล

ให้เกิดความรู้ที่เกิดประโยชน์ต่อบุคคล เพื่อให้บุคลากรทุกคนในองค์กรสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นได้สะดวกมากขึ้น

4.3 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการความรู้

มีนักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ นำเสนอแนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้ที่หลากหลายทั้งในต่างประเทศและได้มีการศึกษาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาองค์กร สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2.1 แนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้ ของนักวิชาการและนักวิจัย

นักวิชาการ/แนวคิด	กระบวนการจัดการความรู้
การวิน (Garvin, 1993)	องค์กรแห่งการเรียนรู้ คือ องค์กรที่มีการสร้างและการถ่ายโอนความรู้ตลอดถึงมีการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสะท้อนให้เกิดความรู้และความเข้าใจใหม่ที่ใช้กับองค์กร มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การแก้ปัญหาอย่างมีระบบ 2) การทดลองใช้วิธีการใหม่ ๆ 3) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีต 4) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และวิธีการที่ดีที่สุดของผู้อื่น 5) การถ่ายทอดความรู้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
เซงเก้ (Senge, 1990) แนวคิด: The five disciplines	การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้วยกรอบความรู้ 5 สาขาวิชา การ ที่เรียกว่า The five disciplines ซึ่งจะเป็แนวทางหลักในการสร้างองค์กรการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้ของสมาชิกในองค์กร (Personal Mastery) คือ ลักษณะการเรียนรู้ของคนในองค์กรซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ขององค์กรได้ 2) ความมีสติ (Mental Model) คือ แบบแผนทางจิตสำนึกของคนในองค์กรซึ่งจะต้องสะท้อนถึงพฤติกรรมของคนในองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการ 3) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกันของคนในองค์กร (Shared Vision) คือ การมีวิสัยทัศน์ร่วมกันของคนทั้งองค์กร ซึ่งจะสนับสนุนให้เกิดการรวมพลังของสมาชิกที่มีความคาดหวังต่อความเปลี่ยนแปลง และมีความก้าวหน้าต่อไปภายใต้จุดมุ่งหมายเดียวกัน 4) การเรียนรู้เป็นทีม (Team Learning)

ตารางที่ 2.1 แนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้ ของนักวิชาการและนักวิจัย (ต่อ)

นักวิชาการ/แนวคิด	กระบวนการจัดการความรู้
เซงเก้ (Senge, 1990) แนวคิด: The five Disciplines (ต่อ)	การเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร โดยการพัฒนาองค์ความรู้ ร่วมกับกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นั้น ช่วยพัฒนาความฉลาดรอบรู้ และความสามารถของทีมให้บังเกิดผลยิ่งขึ้น เป็นการอาศัยการรวมพลัง ของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ และ5) ระบบ การคิดของคนในองค์กร (Systems Thinking) คือ กระบวนการคิดอย่าง เป็นระบบ เป็นกระบวนการในการหาความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นเห็นแบบแผน เห็นขั้นตอนของการพัฒนาที่มีความชัดเจน
Takeuchi and Nonaka (2001) แนวคิด : SECI Model	กระบวนการจัดการความรู้ เป็นความสัมพันธ์ของการหลอมรวม ความรู้ในองค์กรระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) กับความรู้ชัด แจ้ง (Explicit Knowledge) ที่ช่วยยกระดับความรู้ ซึ่งสรุปกระบวนการ จัดการความรู้แบบ SECI Model ใน 4 กระบวนการ คือ 1) การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ (Socialization) Tacit to Tacit กระบวนการการแบ่งปันประสบการณ์ การสร้างความรู้ แบบไม่ชัดแจ้งเป็นความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง โดยการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกอบรม และการแนะนำ ซึ่งไม่ใช่ความรู้ที่มา จากการอ่านตำรา คู่มือ หรือหนังสือ 2) การปรับเปลี่ยนสู่ภายนอก (Externalization) Tacit to Explicit คือ การพูดหรือบรรยายความรู้แบบไม่ชัด แจ้งเป็นความรู้แบบชัดแจ้ง โดยการใช้อุปมาอุปไมยการเปรียบเทียบ เช่นการ นำเสนอในเวทีวิชาการ บทความตีพิมพ์ 3) การปรับเปลี่ยนสู่ภายใน (Internalization) Explicit to Explicit คือการสร้างความรู้แบบชัดแจ้งให้ เป็น ความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง โดยการเรียนรู้จากการปฏิบัติศึกษาจากความรู้ที่ได้ เขียนเป็นคู่มือเอกสาร ผ่านการจัดระบบ และบูรณาการความรู้ เพื่อเพิ่มพูน ความรู้ และ4) การผสมผสาน (Combination) Explicit to Tacit คือ การสร้าง ความรู้แบบชัดแจ้งให้เป็นความรู้แบบชัดแจ้ง โดยการรวมหรือบูรณาการ องค์ความรู้ หรือสังเคราะห์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ขึ้นมา โดยความรู้ชัดแจ้งถูกเปลี่ยนเป็นความรู้ฝังลึกในระดับบุคคล ให้เป็น ทรัพย์สินขององค์กร

ตารางที่ 2.1 แนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้ ของนักวิชาการและนักวิจัย (ต่อ)

นักวิชาการ/แนวคิด	กระบวนการจัดการความรู้
Lawson (2003)	กระบวนการจัดการความรู้แบ่งเป็น 6 กระบวนการ คือ 1) การสร้างความรู้ 2) การดักจับความรู้ 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 4) การจัดเก็บความรู้ 5) การกระจายความรู้ และ 6) การประยุกต์ใช้ความรู้
มาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002)	กระบวนการจัดการความรู้ไม่เน้น การควบคุม เพราะเป็นการแบ่งปันร่วมมือและใช้ทรัพยากรความรู้ร่วมกัน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) เป็นกระบวนการที่องค์การปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ เป็นขั้นตอนการแสวงหาความรู้ภายใน และภายนอก 2) การสร้างความรู้ (Knowledge Creation) เป็นกระบวนการสร้างสรรค์การเรียนรู้ของบุคคล ทีม หรือองค์การ สร้างความรู้ หรือเพื่อพัฒนาศักยภาพให้สูงขึ้น 3) การจัดเก็บความรู้ (Knowledge Storage) เป็นการนำความรู้ที่สร้างขึ้นหรือความรู้ที่ได้มา นำมาจัดเก็บให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว 4) การวิเคราะห์และการทำงานความรู้ (Analysis and Data Mining) มีการทำศูนย์รวมความรู้ (CoP) มีการพัฒนานำเข้าข้อมูล ค้นหาแบบ รวมทั้งใช้สร้างกลยุทธ์ใหม่ ๆ 5) การถ่ายโอนและเผยแพร่ความรู้ (Knowledge Transfer and Dissemination) และ 6) การประยุกต์ใช้ และการทำให้ข้อมูลถูกต้องเที่ยงตรง (Knowledge Application and Validation) เป็นกระบวนการที่นำความรู้ที่ได้มานำกลับมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว
วิจารณ์ พานิช (2547)	การจัดการความรู้ คือเครื่องมือโดยมีเป้าหมายอยู่ที่งาน คน และองค์กรที่เป็นเงื่อนไขสำคัญ ไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ กระบวนการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันและกัน เป็นวัฏจักรที่หมุนเวียนผลิตซ้ำ พัฒนาและยกระดับขึ้นไป ไม่มีที่สิ้นสุด มี 6 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดความรู้ที่ต้องการใช้ (Define) เป็นการนำวิสัยทัศน์ พันธกิจเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ขององค์การมากำหนดความรู้ที่ต้องการใช้ กระบวนการจัดการความรู้ 2) การเสาะหาและดักจับความรู้ (Capture) เป็นการพัฒนาขีดความสามารถในการเสาะหาจนเกิดทักษะ และความชำนาญ 3) การสร้างความรู้ (Create) ความรู้เกิดขึ้นทุกจุดของการทำงาน โดยทุกคนที่ทำงาน เป็นความรู้ที่ฝังอยู่ในสมอง สามารถสรุปประมวลประสบการณ์หลังจากการ

ตารางที่ 2.1 แนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้ ของนักวิชาการและนักวิจัย (ต่อ)

นักวิชาการ/แนวคิด	กระบวนการจัดการความรู้
วิจารณ์ พานิช (2547) (ต่อ)	ทำงาน 4) การกลั่นกรอง (Distill) เพื่อนำความรู้ที่เหมาะสมมาใช้ และเหมาะสมกับบริบทหรือสภาพแวดล้อม 5) การแบ่งปันความรู้ (Share) เพื่อการยกระดับความรู้ 6) การประยุกต์ใช้ความรู้ (Use) ทำให้เกิดผลจากการใช้ความรู้ เพื่อพัฒนาบริการ พัฒนากระบวนการทำงาน พัฒนาสมาชิกองค์กร
บุญญาภิจ และคณะ (2547)	กระบวนการความรู้ที่จะช่วยให้องค์กรสามารถสร้างและจัดการความรู้ทั้งที่มีอยู่เดิม ภายในองค์กรและความรู้ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มี 7 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความรู้ (Knowledge Identification) 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition) 3) การจัดการความรู้ให้เป็น ระบบ (Knowledge Organization) 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge Codification and Refinement) 5) การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access) 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing) และ 7) การเรียนรู้ (Learning)
ประพนธ์ ฟ้าสุกียัด (2547)	เปรียบเทียบการจัดการความรู้ เหมือนกับตัวของปลาหนึ่งตัวที่มี 3 ส่วน ซึ่งมีสัมพันธ์กัน ได้แก่ ส่วนหัวปลา ลำตัวปลา และส่วนหางปลา ดังนี้
ปลาทุ โมเดล (Tuna Model)	1) ส่วนหัวปลา (Knowledge Vision- KV) เป็นส่วนที่เป็นของวิสัยทัศน์ เป้าหมาย หรือทิศทางในการจัดการความรู้ที่ต้องการ ซึ่งส่วนหัวปลาจะต้องเป็นของ “คุณกิจ” หรือ ผู้ดำเนินกิจกรรม KM ทั้งหมด โดยมี “คุณเอื้อ” และ “คุณอำนวย” คอยช่วยเหลือ 2) ส่วนลำตัวปลา (Knowledge Sharing-KS) นับว่าส่วนสำคัญ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่ง “คุณอำนวย” จะมีบทบาทในการช่วยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ “คุณกิจ” พร้อมส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศในการเรียนรู้แบบเป็นทีม และให้เกิดการหมุนเวียนความรู้ 3) ส่วนหางปลา (Knowledge Assets-KA) เป็นส่วนของ คลังความรู้ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่าย สร้างชุมชนนักปฏิบัติ หรือการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

จากตารางที่ 2.1 จะเห็นว่า แนวคิดและกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้แต่ละ แนวคิด มีข้อดีแตกต่างกัน สิ่งที่ยากและสำคัญที่สุดคือ การเลือกใช้แนวคิดที่สามารถ

ตอบสนองต่อความเป้าหมายขององค์การได้เหมาะสม รวมทั้งควรการประยุกต์ให้เหมาะกับบริบทขององค์การ คือใช้ความรู้ที่ได้ทำให้เกิดภูมิปัญญา และสร้างนวัตกรรม ซึ่งกระบวนการความรู้ที่จะช่วยให้องค์การสามารถสร้าง และจัดการความรู้ทั้งที่มีอยู่เดิมภายในองค์การ รวมทั้งความรู้ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้เกิดการพัฒนาในทิศทางที่ดี โดยแต่ละแนวคิดที่กล่าวมา จะเห็นว่ามีมีความคล้ายคลึงกัน คือ 1) การแสวงหา และสร้างความรู้ 2) การจัดเก็บความรู้ 3) การแบ่งปันความรู้ และ 4) นำไปการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม

4.4 การประยุกต์ใช้การจัดการความรู้

ความรู้ นับว่าเป็นสินทรัพย์ทางปัญญาที่จะนำมาใช้สร้างผลประโยชน์ให้แก่ องค์การได้ และสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานขององค์การให้ดีขึ้น และช่วยให้การปฏิบัติงานต่าง ๆ ขององค์การบรรลุผลที่ตั้งไว้รวมทั้งลดความผิดพลาดในการบริหารจัดการหรือลด ค่าใช้จ่าย (ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, 2566)) โดยที่องค์การควรมีการปรับประยุกต์ความรู้ให้เหมาะสม กับบริบทขององค์การด้วย สรุปได้ว่าการประยุกต์ใช้ความรู้ เป็นการนำความรู้ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล จัดกลุ่มสังเคราะห์ และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ มีการแบ่งปัน และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และบริบทขององค์การ นำไปสู่การแก้ปัญหาและการตัดสินใจในองค์การ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อคือยาด้านจุลชีพ ที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเทคโนโลยีทางการสื่อสารเจริญขึ้น การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ สามารถทำได้โดยสะดวก การมีข้อมูล (Data) เพียงอย่างเดียว จึงไม่ใช่จุดแข็งอีกต่อไป สิ่งที่น่าหนักกว่าข้อมูล คือการจัดการความรู้ (KM) ด้วยการแปลงข้อมูลให้เป็นสารสนเทศ และความรู้ เพื่อใช้ความรู้ที่ได้ ทำให้เกิดภูมิปัญญา ซึ่งจากการเปรียบเทียบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ นั้น พบว่าแนวคิดการจัดการความรู้ของ มาร์ควอร์ต ให้ความสำคัญกับนำเทคโนโลยีมาผสมผสานในการจัดการความรู้ที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบที่ต้องการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวทางการจัดการความรู้ตามแนวคิดมาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002) ดังนี้

แนวคิดที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย

แนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002) ระบุว่า องค์การแห่งการเรียนรู้เป็นองค์กรเชิงระบบที่มีการเรียนรู้อย่างเต็มสมรรถนะ ส่งเสริมการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนองค์กรอย่างต่อเนื่องด้วยการบริหารจัดการปัญหา และใช้ความรู้เพื่อความสำเร็จขององค์กร

มาร์ควอร์ต มีประสบการณ์และมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวคิดด้านองค์การแห่งการเรียนรู้ (Marquardt, 2002) มีแนวคิดว่ากระแสโลกาภิวัตน์ และเทคโนโลยีต่าง ๆ

ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เป็นผลให้องค์การต้องปฏิรูปตนเองเพื่อความอยู่รอด บุคลากรจึงต้องมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ให้เร็วยิ่งขึ้น เพื่อสร้างและรักษาความได้เปรียบในการแข่งขัน โดยมีระบบย่อย 5 ระบบ ประกอบด้วย การเรียนรู้ (Learning) องค์การ (Organization) คน (People) ความรู้ (Knowledge) และเทคโนโลยี (Technology) ซึ่งระบบย่อยทั้ง 5 ระบบ ต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และต้องมีการพัฒนาไปพร้อมกัน

องค์ประกอบขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ มาร์ควอร์ท มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1) องค์การ (Organization) ระบบขององค์การ ควรมีทิศทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนให้เกิดองค์การแห่งการเรียนรู้ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ วิสัยทัศน์ (Vision) ซึ่งเป็นเสมือนเข็มทิศนำพาองค์การไปสู่เป้าหมาย กลยุทธ์ (Strategy) เป็นวิธีการที่ช่วยองค์การไปถึงยังเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ โครงสร้างองค์การ (Structure) เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม

2) บุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์การ (People) องค์การหนึ่ง ๆ ต่างมีผู้เกี่ยวข้อง หลายฝ่ายทั้งภายในองค์การ ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีภาวะผู้นำและมีทักษะทางการบริหาร เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง และที่สำคัญต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา พยาบาลระดับปฏิบัติต้องมีนิสัยใฝ่รู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอยู่เสมอ ผู้รับบริการก็ต้องได้รับข้อมูล และมีการย้อนกลับในด้านของความต้องการ ให้แก่องค์การเช่นเดียวกัน เพื่อร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกัน ในการพัฒนาองค์การ

3) เทคโนโลยี (Technology) การมีเครื่องมือ หรือประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย นับว่าเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะช่วยให้เกิดองค์การแห่งการเรียนรู้ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นเทคโนโลยีที่ใช้สำหรับการบริหารจัดการความรู้ (Manage knowledge) เพื่อใช้สำหรับการจัดเก็บและแลกเปลี่ยนความรู้ ประเภทที่สองคือ เทคโนโลยีที่ใช้ในการเพิ่มพูนความรู้ (Enhance learning) คือ การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการสร้างการเรียนรู้ได้อย่างสะดวกมากขึ้น เช่นระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายการสื่อสารต่าง ๆ (Computer-based training E-Learning Web-based learning) เป็นต้น

4) การเรียนรู้ (Learning) นับว่าเป็นระบบที่สำคัญ ในการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ ซึ่งมี 3 ระดับ คือ ต้องเริ่มต้นจากทักษะระดับบุคคล ระดับกลุ่มหรือทีม และระดับองค์การ

5) ความรู้ (Knowledge) ความรู้ที่มีในองค์การจำเป็นต้องมีการ บริหารจัดการอย่างเป็นระบบทั้งนี้เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์การ โดยกระบวนการให้การจัดการความรู้ (Knowledge management) มีกระบวนการเริ่มตั้งแต่การระบุน้ำความรู้ที่จำเป็นต่อองค์การ การเสาะแสวงหา หรือสร้างความรู้ขึ้นมาใหม่ การจัดเก็บความรู้ การแบ่งปันความรู้ และการนำความรู้

ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน ซึ่งกระบวนการของการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนและแสดงใน แผนภาพที่ 2.2 ดังนี้

5.1) การแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) เป็นกระบวนการที่องค์กรปฏิบัติ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ เป็นขั้นตอนการแสวงหาความรู้ภายใน และภายนอกองค์กร ดังนี้

5.1.1) ความรู้ภายในองค์กรจะมีทั้งแบบความรู้ในตัวตน (Tacit) ที่เป็น ประสบการณ์ ความสามารถ ความทรงจำ ความเชื่อ และข้อสมมติฐาน ในการแสวงหาความรู้และความรู้ภายในองค์กรทำได้โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรง การสอน การประชุมสัมมนา และการฝึกอบรม เป็นต้น

5.1.2) แหล่งความรู้ภายนอกองค์กรได้แก่ ตำรา แนวปฏิบัติจากกรมควบคุมโรค และสื่อต่าง ๆ การแสวงหาความรู้จากภายนอกองค์กรเช่น การใช้มาตรฐานเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลอื่น การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญนอก การเรียนรู้จากสื่อต่าง ๆ หรือการเปิดรับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

5.2) การสร้างความรู้ (Knowledge Creation) เป็นกระบวนการสร้างสรรค์การเรียนรู้ของบุคคล ทีม หรือองค์กร สร้างความรู้ หรือเพื่อพัฒนาศักยภาพให้สูงขึ้น เป็นการสร้างความรู้ที่เกิดจากการแก้ปัญหา และการสาธิต มีการสร้างความรู้ ที่มีลักษณะแบบก่อให้เกิด ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของการปรับตัว ซึ่งรูปแบบในการสร้างความรู้ ได้แก่การนำความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรมาประสานร่วมกับความรู้ของตนเอง จนเกิดเป็นความรู้ใหม่ เกิดการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ และเกิดการแก้ไข ปัญหา

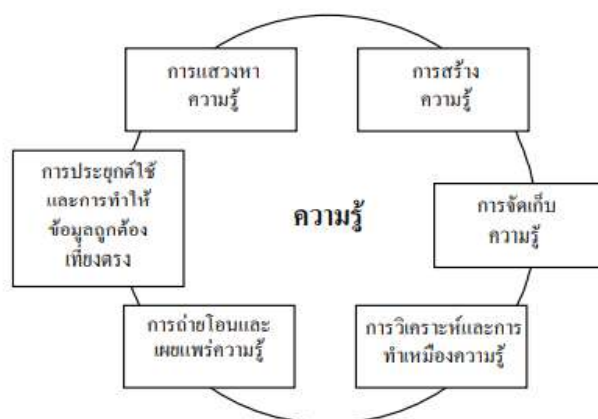
5.3) การจัดเก็บความรู้ (Knowledge Storage) เป็นการนำความรู้ที่สร้างขึ้นหรือความรู้ที่ได้มา นำมาจัดเก็บให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ต่อการนำความรู้ไปใช้ใหม่ในองค์กร สิ่งสำคัญคือการเก็บรวบรวมองค์ความรู้ และมีการตรวจสอบเพื่อให้ค้นหาข้อมูล และส่งข้อมูลได้รวดเร็วถูกต้องมากขึ้น และควรมีระบบการแยกข้อมูล มีสารบัญที่ทันสมัย ชัดเจน และแม่นยำ

5.4) การวิเคราะห์และการทำคลังความรู้ (Analysis and Data Mining) เป็นลักษณะของการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้้องค์กรสามารถเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ได้ถูกต้อง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทำศูนย์รวมความรู้ (CoP) ต้องมีการพัฒนานำเข้าข้อมูล ค้นหารูปแบบ รวมทั้งใช้สร้างกลยุทธ์ใหม่ ๆ

5.5) การถ่ายโอนและเผยแพร่ความรู้ (Knowledge Transfer and Dissemination) เป็นการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ต่อองค์กร และเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากสิ่งที่จะทำให้นุเคราะห์ในองค์กรเกิดเรียนรู้ได้ดีขึ้น คือเมื่อมีการเผยแพร่ความรู้ถ่ายทอดไปอย่างรวดเร็ว โดยที่องค์กรได้ใช้

เทคนิคในการสื่อสาร หรือใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสื่อสารข้อมูล และความรู้ให้ทั่วถึงทั้งองค์กรโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ การถ่ายโอนความรู้โดยตั้งใจ

5.6) การประยุกต์ใช้ และการทำให้ข้อมูลถูกต้องเที่ยงตรง (Knowledge Application and Validation) เป็นกระบวนการที่นำความรู้ที่ได้มา หรือที่สร้างขึ้นมาจัดเก็บเพื่อสะดวกในการนำกลับมาใช้ใหม่ หรือนำกลับมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาองค์กรให้มีความเจริญก้าวหน้า เป็นการสร้างวงรอบแห่งการสร้างความรู้ที่มีต่อเนื่อง และสามารถสร้างสรรค์ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ในองค์กรทั้งความรู้และประสบการณ์



Christian University of Thailand

แผนภาพที่ 2.2 กระบวนการจัดการความรู้ (ที่มา: ปรับจาก Marquardt, 2002)

การจัดการความรู้ทางการพยาบาล

การจัดการความรู้ทางการพยาบาลเป็นความสามารถขององค์กรในการแสวงหาความรู้ สร้างสรรค์นวัตกรรม จัดระบบการเรียนรู้และเผยแพร่ (วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย, 2550) เพื่อพัฒนาทักษะของผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาลทุกระดับ เป็นการพัฒนาองค์ความรู้และนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการพัฒนางานทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ และสัมฤทธิ์ผลยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยทำให้องค์กรมีศักยภาพ การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาก บทบาทของพยาบาลในการจัดการความรู้ บทบาทของพยาบาลในการจัดการความรู้แบ่งได้ 3 บทบาท (วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย, 2550) คือ 1) บทบาทผู้นำทีม พยาบาลที่เป็นผู้นำจะต้องยอมรับสมาชิกทุกคนในทีม มีการกระตุ้นให้สมาชิกแสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และใช้ความรู้ความสามารถเต็มที่ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น มอบหมายหน้าที่ อย่างเหมาะสม เป็นผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ แก้ปัญหาและร่วมตัดสินใจกับสมาชิกได้ 2) บทบาทสมาชิกทีม พยาบาลที่เป็นสมาชิกทีมต้องเปิดใจกว้างที่จะจะเรียนรู้ ช่วยกันส่งเสริม สนับสนุนและกระตุ้นการ

เรียนรู้ของสมาชิกอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและต่อการทำงานของ ทีม มีแนวคิดที่สอดคล้องและมีจุดมุ่งหมายไปในแนวทางเดียวกัน 3) บทบาทของวิทยากร กระบวนการ พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากรกระบวนการจะต้องมีทักษะการฟังและสังเกตที่ดี ทบทวน เชื่อมโยงและสรุปประเด็นสำคัญได้ กระตุ้นการทำงานและมีบทบาทประสานงานกับ สมาชิกในทีมและผู้เกี่ยวข้องความรู้ เป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีประโยชน์มหาศาล การจัดการความรู้เพื่อนำ ความรู้ที่มีมากมายมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เป็นสิ่งจำเป็นในสังคมปัจจุบันที่ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การจัดการความรู้ที่จะประสบความสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยความ ร่วมมือกันจากทุกฝ่าย ทำงานอย่างเชื่อมโยงและเป็นระบบ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ ผู้มี ส่วนเกี่ยวข้องและองค์กร

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสรุปรูปแบบการจัดการ ความรู้ที่สนใจ สร้างโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในการ ส่งเสริมบทบาทการจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตาม แนวคิดการจัดการความรู้ โดยคาดว่าโปรแกรมการจัดการความรู้จะส่งผลต่อบทบาทการให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยเชื่อว่าผู้บริหารทางการแพทย์ ระดับต้นจะมีการบทบาทการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการในการจัดการเชื้อดื้อ ยาต้านจุลชีพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ดีขึ้น โดยสรุปกระบวนการการจัดการความรู้ของ มาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002) ทั้ง 6 ขั้นตอน ที่นำไปใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการ ความรู้ เป็นแนวทางการดำเนินการวิจัยที่เหมาะสมกับการพัฒนาการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่ง การปฏิบัติงานด้านการบริการพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลตลอดเวลา สามารถแก้ปัญหาที่ พบในการจัดระบบบริการในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จนเกิดทักษะในการพยาบาล แม้จะมี องค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐานตามหลักวิชาการอยู่แล้ว แต่เมื่อนำมาปฏิบัติอาจมีข้อจำกัดของแต่ละ องค์กร รวมถึงสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรม ของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงาน จึงทำให้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม ซึ่งการปรับเปลี่ยนนี้อาจมีผลก่อให้เกิดนวัตกรรม ทางพยาบาลตามมา ดังนั้นความรู้ที่มีในตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดังกล่าว หากถูกนำมาบริหาร จัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ถ่ายทอดออกมาเป็นความรู้ที่ชัดเจน และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน เพื่อ เผยแพร่ไปยังพยาบาลผู้ปฏิบัติอื่น ๆ จะเป็นการทำให้เกิดการต่อยอดความรู้ต่อไปโดยไม่ต้องเริ่มต้น ในกระบวนการการจัดการความรู้ทั้ง 6 ขั้นตอนใหม่ ซึ่งโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับผู้บริหาร ทางพยาบาลระดับต้นในการส่งเสริมบทบาทการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการใน การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยการนำประโยชน์ของเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ดังนี้

1) ค้นหาผู้รู้เรื่องที่ต้องการประเมินส่วนขาดของความรู้การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และรวบรวมความรู้ที่ต้องการ

2) สร้างความรู้ ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ สรุปปัญหาและข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ รวบรวม นำเพื่อวางแผนพัฒนาโปรแกรม นำความรู้ที่สร้างขึ้น หรือความรู้ที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาจัดเก็บ และจัดหมวดหมู่ความรู้ เป็นคู่มือ โปสเตอร์ (Infographic) และวิดีโอ จัดเก็บในรูปแบบ QR Code

3) รวบรวมความรู้ นำความรู้ที่สร้างขึ้น หรือความรู้ที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาจัดเก็บ และจัดหมวดหมู่ความรู้ เป็นคู่มือ โปสเตอร์ (Infographic) และวิดีโอ จัดเก็บในรูปแบบ QR Code

4) วิเคราะห์และทำคลังข้อมูล มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ร่วมประชุมกับทีมพัฒนา วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยนำข้อมูลจากการติดตามประเมินผลหลังนำไปทดลองใช้โปรแกรม นำปัญหามาปรับปรุง จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบชุมชนการเรียนรู้ (CoP AMR) เพื่อเป็นช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ ในอินทราเน็ตของโรงพยาบาล ร่วมกับ จัดตั้งไลน์กรุ๊ป (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Face book) กลุ่ม

5) ติดตามการดำเนินการ ประสานการสร้างช่องทางเผยแพร่ความรู้ และแลกเปลี่ยนความรู้ เผยแพร่โปรแกรม โดยเผยแพร่ข้อมูลผ่านคลังความรู้ที่เตรียมไว้ และส่งเสริมให้มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ต่อเนื่อง

6) รวบรวมชุดโปรแกรมพัฒนา ตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปใช้ สรุปผลแนวทางการใช้งานโปรแกรม และหลังนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง ถอดบทเรียน ตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงชุดความรู้ให้ทันสมัยต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จะส่งผลต่อบทบาทการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษาใหม่ที่สนใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้

เวลส์ (Wells, 2020) ศึกษาการหาความรู้และคำตอบผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้โดยง่าย สะดวกและรวดเร็ว มีการนำอินเทอร์เน็ต (Internet) มาใช้หลายบริษัทนำโปรแกรม (Cloud-based KM software) มาใช้ ช่วยให้องค์กรสร้างและแบ่งปันความรู้แบบเรียลไทม์กับพนักงานเพื่อการจัดการผู้ให้บริการหรือลูกค้าที่ดียิ่งขึ้น ความท้าทายคือการหาวิธีทำให้สามารถค้นหาได้ด้วยเมทาตาhtaที่มีการจัดการอย่างเหมาะสมผ่านแพลตฟอร์มเดียว เพื่อให้พนักงานและผู้ให้บริการหรือลูกค้าค้นหาสิ่งที่ต้องการได้ง่าย เมื่อต้องการ เทคโนโลยีคลาวด์ทำให้การแบ่งปันข้อมูล และทำงานร่วมกันได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออยู่ห่างไกล ยกตัวอย่าง หน่วยงานของรัฐในสหรัฐอเมริกาได้รับสายเรียกเข้ามากกว่า 120 ครั้งต่อวัน ทีมจัดการความรู้ (KM) เข้ามาช่วยเหลือโดยตั้งค่านักวิชาการ

พร้อมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่ผู้โทรต้องการ ช่วยให้ได้ลดปริมาณการโทรลงเหลือ 6 ครั้งต่อวัน สิ่งสำคัญคือองค์กรจะต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าระบบบริการตนเองสามารถทำได้มากขึ้นโดยเสริมพลังให้กับพนักงานด้วยความรู้และความเชี่ยวชาญที่สะสมรวบรวม

รูธ โจส และรามาน (Roth, Jose, and Raman, 2021) ศึกษาเกี่ยวกับการติดต่อและรับข้อมูลข่าวสารผ่านเครื่องมือออนไลน์อย่างโซเชียลมีเดีย (Social media) และโซเชียลเน็ตเวิร์ค (Social network) เช่น เฟสบุ๊ก (Facebook) และการปฏิสัมพันธ์ เรียนรู้ และมีส่วนร่วมแบบออนไลน์ (Collaboration platform) และ (Virtual space) เช่น เว็บเบ็ค (Webex) ไมโครซอฟท์ทีม (Microsoft Team) คลับเฮาส์ (Clubhouse) ร่วมกับการสนับสนุนการบริการผู้ใช้หรือลูกค้าด้วยการโต้ตอบ (Chatbot) แด่องค์กรต่าง ๆ ควรมุ่งเน้นที่การให้บริการด้วยตัวเลือกการบริการ ด้วยการใช้องค์ความรู้จากฐานความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ที่มีการอัปเดตล่าสุดและคำตอบสำหรับคำถามที่พบบ่อย

ฮาร์เปอร์ (Harper, 2020) การสื่อสารสื่อความรู้ เครื่องมือ และเทคนิคการค้นหาที่มีประสิทธิภาพ โดยการจัดเตรียมการเรียนรู้ในหลายรูปแบบ เช่น คู่มือวิธีใช้และการสัมมนาผ่านเว็บแบบตามความต้องการ สิ่งหนึ่งคือการแจ้งให้พนักงานค้นหาคำตอบในคลังความรู้ขององค์กรก่อนส่งอีเมลหรือโทรหาเพื่อนร่วมงาน หากไม่มีคำตอบ ให้ถามคำถามในชุมชนการเรียนรู้ (CoP) การเรียนรู้เพื่อให้ผู้อื่นร่วมรับรู้และเรียนรู้

ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ และรุ่งนภา กุลภักดี (2563) ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ผู้บริหารทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญ ในการร่วมขับเคลื่อนการจัดการปัญหา จึงควรรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ด้วยการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้มีทักษะ ความรู้ที่จำเป็น และมีการใช้ทรัพยากร อย่างคุ้มค่ามากที่สุด ปรับระบบบริการเดิม (Traditional services) ไปสู่การบริการที่คุ้มค่า (High value service) เริ่มจากการพัฒนาความเชี่ยวชาญ บุคลากรทางการแพทย์ การยกระดับมาตรฐานผู้บริหารทางการแพทย์ในการบริหารจัดการ เช่น การบริหารจัดการสถานที่ และมี การศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของบริการ อาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ผลกระทบทางคลินิกอาจจะเกิดขึ้นชั่วคราว หรือว่ายังคงมีอยู่ต่อไป เพื่อช่วยผลักดันระบบการนำส่งไปสู่มูลค่าที่สูงขึ้นนั้น

ประสิทธิ์ งามอรรถะกุล (2563) ศึกษาด้านการเรียนรู้ของบุคลากรพยาบาลในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติงานจริง ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรม การสอน การให้คำปรึกษาผู้ปฏิบัติงานในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งการให้คำปรึกษากำลังอยู่ในกระแสที่หลายองค์กรให้ความสนใจ เนื่องจากการให้คำปรึกษาทำให้ผลงานของพนักงานดีขึ้น ทำให้พนักงานมีความผูกพันกับองค์กรมากขึ้น และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้างานกับผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนรู้ ต้องเน้นให้มีการเรียนการสอนในรูปแบบใหม่ เน้นในเรื่อง “ภาคปฏิบัติ” การนำไปใช้

รวมถึงเน้นการทำให้ทันสมัย (Update) อยู่ตลอดเวลา รวมถึงต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นสื่อในการเรียนการสอนตลอดการเรียนรู้ และใช้เทคโนโลยีเป็นช่องทางการเรียนรู้ โดยการลดจำนวนการเรียนรู้แบบสอนตัวต่อตัวลง เป็นเพิ่มการเรียนรู้ผ่านช่องทางที่เป็นเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น การเรียนรู้ผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ (Computer) สมาร์ทโฟน (Smartphone) หรือ การเรียนรู้ออนไลน์ (E-Learning) การเรียนการสอนบนเว็บการเรียนรู้ (Web-Based Learning) หรือแม้แต่การเรียนรู้ผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ดังนี้

หยาง (Yang, 2007) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการแลกเปลี่ยนความรู้ที่มีต่อการเรียนรู้และประสิทธิภาพขององค์กร พบว่าการแลกเปลี่ยนความรู้และประสิทธิภาพขององค์กรมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพขององค์กรนอกจากนี้การแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้สามารถทำนายประสิทธิภาพขององค์กรได้ ผู้วิจัยอภิปรายว่าการแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ขององค์กรช่วยพัฒนาพฤติกรรมองค์กร และคนในองค์กรด้วยการส่งเสริม และพัฒนาความรู้ให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและการแข่งขันขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ

ซาเลฮิ เคอร์มานชาฮี โมฮาทาดี และฮัสซันซาเด (Salehi, Kermanshahi, Mohammadi, and Hassanzadeh, 2015) ได้ศึกษาเรื่องการสำรวจความท้าทายในการจัดการความรู้ทางด้านคลินิกของ พยาบาล วิธีการศึกษา คือใช้การสัมภาษณ์พยาบาลระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย และระดับผู้ตรวจการพยาบาลรวมทั้งหมด 18 คน ในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งในเมืองเตหะราน ประเทศอิหร่าน พบว่าอุปสรรคที่ส่งผลให้การจัดการความรู้ทางด้านคลินิกของพยาบาลในประเทศอิหร่านไม่ประสบผลสำเร็จมี 3 ด้าน คือวัฒนธรรมองค์กรของพยาบาลที่มีการสร้างความรู้ และเผยแพร่ความรู้ในระดับที่น้อย ขาดการสนับสนุนและบันทึกข้อมูลทางด้านการพยาบาลด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และภาระงานของพยาบาลที่มีมาก มีสภาวะความเครียดและความกดดันสูง

แก็กนอน และคณะ (Gagnon et al., 2015) ได้ศึกษาเรื่ององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีผลต่อการสนับสนุนการจัดการความรู้ในพยาบาลของประเทศแคนาดา การศึกษานี้ใช้หลักการและแนวคิดเรื่องวินัย 5 ประการในการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเซงเก้ (Senge, 1990) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คนที่เคยผ่านการเข้าโครงการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ในโรงพยาบาลมาแล้ว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า องค์กรพยาบาลที่เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพยาบาลในด้านการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ และการแลกเปลี่ยนความรู้ที่มีมากในพยาบาลและระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่สนับสนุนในการเข้าถึงความรู้จะส่งผลให้องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อย่างยั่งยืนและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในด้านคุณภาพที่ดีต่อไป

ลันเดน เทราส เควิส และ แฮกแมน-ไลติลา (Lunden, Teräs, Kvist, and Häggman-Laitila, 2017) ประเทศฟินแลนด์ ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดการความรู้และบทบาทของผู้นำทางพยาบาลโดยศึกษาจาก งานวิจัยทั่วทุกมุมโลกที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ในวิชาชีพพยาบาลทั้งหมด 18 การศึกษา ตั้งแต่ ปี.ศ.2009 -2015 ผลจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ให้ ประสบความสำเร็จขององค์กร คือลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจบุคลากร (magnet hospital status) ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูป (transformational leadership) และวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการจัดการความรู้คือขาดการสนับสนุนขององค์กรทางด้านการฝึกอบรมบุคลากรในการพัฒนาวิชาชีพ ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณในการแลกเปลี่ยนความรู้โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมไปถึงความไม่เพียงพอของเวลาและจำนวนบุคลากรในการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในองค์กร

อาซัน เอลวีรา และซูฮาร์โซโน (Ahsan, Elvira, and Suharsono, 2021) ได้ศึกษาการฝึกอบรมทางการศึกษาพยาบาลโดยใช้การจัดการความรู้: กลยุทธ์หลักในการปรับปรุงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพศึกษาใน รพ.สายฟ้า อันวาร์ เมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซีย เป็นการวิจัยทดลอง (Quasi-experimental design) ระดับความรู้ และความสมบูรณ์ของเอกสารการพยาบาลในห้อง High Care Unit (HCU) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญหลังการฝึกอบรม ($p < .05$) นอกจากนี้ การปฏิบัติตามขั้นตอนหกขั้นตอนในการล้างมือของพยาบาลในห้าช่วงหลังเพิ่มขึ้นหลังการฝึกอบรม ($p > .05$) พบแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในสภาพแวดล้อมของ HCU และเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับ *Pseudomonas stutzeri*, *Sphingomonas paucimobilis*, *Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Pasteurella pneumotropica* และ *Acinetobacter lwoffii* ดังนั้น ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับพยาบาลของ HCU และเอกสารประกอบที่สมบูรณ์ ($r = .890$; $p = .054$) เพิ่มความรู้เกี่ยวกับพยาบาล HCU และการปฏิบัติตามข้อกำหนดในการล้างมือ ($r = .770$; $p = .086$) และการปฏิบัติตามข้อกำหนดในการล้างมือและการปรากฏตัวของแบคทีเรีย ($r = .816$; $p = .084$) ทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวก มีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลเพื่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

แสงโสม เพิ่มพูล (2556) ศึกษาการจัดการความรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลในการสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา เพื่อกำหนดสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาล โดยการจัดการความรู้ และเพื่อประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน ที่ประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดการความรู้

ตามแบบจำลองของโมเดลไข่ (Egg Model) พบว่าสมรรถนะรวม 57 ข้อ มีทั้งหมด 6 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านมนุษยสัมพันธ์ และการสื่อสาร 3) ด้านการนิเทศ 4) ด้านการแก้ปัญหาและตัดสินใจ 5) ด้านการเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก และ 6) ด้านการพัฒนาคุณภาพและรักษาจริยธรรม

สุชาดา นิมวัฒนากุล และ ปาติรัญญ์ ฐาติรสวัสดิ์ (2561) ศึกษาเรื่อง การจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาคน พัฒนางานอย่างสร้างสรรค์ : กรณีศึกษาบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อศึกษาการจัดการความรู้ที่ส่งผลให้องค์กรมีสมรรถนะสูง การจัดการความรู้จึงนับเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กร จึงได้ดำเนินการจัดการความรู้ในบุคลากรสายสนับสนุน ตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) โดยจัดตั้งชุมชนผู้ปฏิบัติเรื่อง “จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ” และใช้กระบวนการเรียนรู้ตาม โมเดลปลาทุ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการพัฒนาคน การกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการและนำไปใช้ในการทำงาน โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุด คือ การที่บุคลากรเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมด้วยบรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร พร้อมยอมรับที่จะปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคน พัฒนางาน

ศศิธร งามแพรวพราว (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการจัดการความรู้กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถาบันวิจัยและพัฒนาอัญมณีและเครื่องประดับแห่งชาติ พบปัญหาทัศนคติของคนในองค์กรในเรื่องการแบ่งปันความรู้ยังมีปัญหาอยู่หลายประการ เช่น การไม่มีนิสัยการเขียน การไม่แสดงความคิดเห็น การนิ่งเฉย ชะล่าใจไม่ใส่ใจคนในองค์กรมีความคิดว่าการแบ่งปันความรู้เป็นเรื่องเอามะพร้าวห้าวไปขายสวนหรือเป็นเรื่องเสียเวลา คนในองค์กรเห็นว่าความที่ตนให้ไปอาจผิดพลาด คนในองค์กรเห็นว่าความรู้ที่ให้ไปคงเปล่าประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมของคนเหล่านี้ เกิดขึ้นกับทุกองค์กร (โดยเฉพาะองค์กรภาครัฐ) ปัญหาในเรื่องของทัศนคติและพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้นี้เป็นปัญหาเป็นความท้าทายที่สำคัญในการจัดการความรู้ โดยใช้แนวคิดมาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) ได้แก่ องค์การ 2) สมาชิกในองค์กร 3) เทคโนโลยี มีการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย ช่วยอำนวยความสะดวก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเข้าถึงองค์ความรู้ทั้งในแง่ของผู้ให้และผู้รับความรู้ 4) ความรู้ มีกระบวนการจัดการความรู้ในองค์กรเพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 5) การเรียนรู้ ถือเป็นแกนสำคัญของการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ มี 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับองค์กร ซึ่งการเรียนรู้ต้องเริ่มที่ตัวบุคลากร ซึ่งเป็นการเรียนรู้เพื่อการปรับตัว (Adaptive learning) คือ เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตเพื่อการปรับปรุงในอนาคต โดยได้เสนอตัวแบบขององค์ประกอบการจัดการความรู้ พบว่า 1) องค์ประกอบของการจัดการความรู้มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรและส่งผลกระทบโดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน 2) องค์ประกอบการ

จัดการความรู้ด้านสมาชิกในองค์กรและด้านเทคโนโลยี สามารถร่วมพยากรณ์ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถาบันได้

จริยา ปันทวัฏฐ และกิตติศักดิ์ ดิยา (2563) ศึกษาการจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษา พบว่า ความรู้ที่มีอยู่มากมายและกระจัดกระจายอยู่ในสถาบันอุดมศึกษา ทั้ง Tacit Knowledge และ Explicit Knowledge นั้น ควรถูกจัดการให้เป็นระบบ มีคุณภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้ไปยังบุคลากรในสถาบันได้ ซึ่งหลักการสำคัญของการจัดการความรู้ในส่วนของ Tacit Knowledge คือ ทำให้ Tacit Knowledge เป็น Explicit Knowledge ให้มากที่สุด แล้วนำ Explicit Knowledge ทั้งที่มาจากตัวบุคคลและ Explicit Knowledge ที่อยู่ในรูปแบบต่าง ๆ มาบริหารจัดการให้เป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพและจัดเก็บอยู่ในระบบหรือคลังความรู้ของสถาบัน พร้อมทั้งจะถูกนำไปใช้ได้ตลอดเวลา การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) จึงเป็นวิธีการการบริหารจัดการความรู้วิธีการหนึ่ง ที่ช่วยรวบรวมความรู้ให้เป็นระบบมีคุณภาพ และสามารถถ่ายทอดหรือแบ่งปันความรู้ไปยังบุคลากรอื่นในสถาบันเพื่อนำความรู้ไปใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาตนเองและสถาบันได้ ซึ่งความรู้ที่มีในองค์กรมีอยู่หลากหลาย และมีการสูญเสียองค์ความรู้สำคัญ ๆ ไปกับการลาออกหรือการเกษียณงานของบุคคลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ การจัดเก็บความรู้จากตัวบุคลากรให้เป็นความรู้ขององค์กร ตลอดจนแสวงหาความรู้หรือแนวการปฏิบัติงานที่ดีของบุคคลและขององค์กรมาจัดการอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการวิเคราะห์ ประมวลองค์ความรู้ เรียบเรียง บันทึก และเผยแพร่ความรู้ ส่งผลต่อกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

ปยุตต์ พิริย กิตติกุล และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการวิจัยทดลอง(Quasi-experimental design) ศึกษาในผู้บริหารระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า หลังกลุ่มทดลองการใช้โปรแกรมจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลให้พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นได้

จุฑามาศ อินตรา (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของข้าราชการในหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม พบว่า 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความรู้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านวัฒนธรรมองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาด้านการศึกษาและอบรม ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารและด้านโครงสร้างพื้นฐานขององค์กร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ เปรียบเทียบกับพฤติกรรมจัดการความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประเภทของตำแหน่ง และอายุการทำงานนั้นต่างกันความคิดเห็นต่อการจัดการความรู้แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วราภรณ์ ชัยปลัด สมพันธ์ หิญาธิระนันท์ และปราณี มีหาญพงษ์ ศึกษาผลของการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้นในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด พบว่าหลังอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเข้าอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ได้ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ ภาษาต่างประเทศ 5 เรื่อง ภาษาไทย 7 เรื่อง รวมจำนวน 12 เรื่อง ซึ่งจากการทบทวน พบว่า ยังขาดการวิจัยในส่วนของพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ และยังขาดการพัฒนาโปรแกรมที่จะให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีบทบาททำให้ปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ ดังนั้น การจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ จึงเป็นเรื่องใหม่ที่ น่าจะนำมาขยายความรู้ด้วยการวิจัยในบริบทของโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อให้สอดคล้องสถานการณ์ ปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้ การจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ และพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น สรุปได้ว่า การจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากรในองค์กรอย่างเป็นระบบ แต่พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มีการใช้การจัดการความรู้ในบริบทงานอื่น ๆ แต่ไม่พบการศึกษาโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรม ทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) 6 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ 1) การแสวงหาความรู้ การร่วมระดมสมอง 2) การสร้างความรู้ 3) การจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ 4) การจัดทาล้างความรู้ที่ง่ายต่อการเข้าถึงความรู้ 5) การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้ และ 6) การประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวมีความแตกต่างในการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการจัดการความรู้ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทปัญหาขององค์กร โดยคาดว่าโปรแกรมการจัดการความรู้จะส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นเพิ่มมากขึ้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรู้ และช่วยสร้างความมั่นใจในการให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายขององค์กรต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest-design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ การวิจัยนี้วัดผล 2 ครั้ง คือ วัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย การออกแบบวิจัย ประชากรและตัวอย่าง การเก็บรวบรวมเครื่องมือ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

การออกแบบการวิจัย

E	O1 _E	X	O2 _E
C	O1 _C	-	O2 _C

แผนภาพที่ 3.1 การออกแบบการวิจัย

ความหมายของสัญลักษณ์ต่าง ๆ ดังนี้

E หมายถึง กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

C หมายถึง กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

O1_E, O1_C หมายถึง พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง (O1_E) และ กลุ่มควบคุม (O1_C)

O2_E, O2_C หมายถึง พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง (O2_E) และ กลุ่มควบคุม (O2_C)

ลักษณะของสถานที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาและเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เป็นโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 855 เตียง มีเตียง ICU 116 เตียง มีวิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำ ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นเลิศทางการแพทย์ มีคุณภาพมาตรฐานระดับประเทศ และเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD visit) 326,144 คนต่อปีและบริการผู้ป่วยใน (IP admission) 20,577 คนต่อปี มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 2,792 คน บุคลากรด้านการแพทย์หลากหลายสาขา ในจำนวนนั้นเป็นแพทย์เฉพาะทาง 191 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 26 คน บุคลากรด้านการแพทย์ และด้านสนับสนุนบริการ 220 คน พยาบาลวิชาชีพทุกระดับ 845 คน

โดยในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลที่กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ และกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก ซึ่งทั้ง 4 กลุ่มงานพบอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มงานอื่น โดยปี 2565 มีอัตราการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพ เท่ากับ 2.45, 2.33, 2.21 และ 9.98 ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศการแพทย์โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) ซึ่งในแต่ละกลุ่มงานมีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลาย อาทิ ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรม ในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะปัญหาเชื้อดื้อยาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จำเป็นต้องนำกลวิธีที่มีประสิทธิภาพมาจัดการปัญหา (ที่ประชุมกลุ่มคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา มีทั้งหมด 151 คน ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นจำนวนนี้จึงเป็นจำนวนประชากรในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นปฏิบัติงานในหน้าที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและสุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอน ดังนี้

1.คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมจี*พาวเวอร์ (G*Power) โดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของปทุมปวีร์ กิตติกุล เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรม

การให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าพฤติกรรมการให้คำปรึกษาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยมีค่าเฉลี่ย 2.72 (SD =0.75) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 3.65 (SD =0.63) ค่าอิทธิพลของงานวิจัยมากกว่า 1 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ (Effect Size) 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยคาดว่า จะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 20 (Gupta, Attari, Singh, Kaur, & Kaur, 2016) จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

2.วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 4 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ และกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีจำนวน 24 หอผู้ป่วย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง, 2539) เลือกหอผู้ป่วย 12 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 6 หอผู้ป่วย และกลุ่มทดลอง 6 หอผู้ป่วย จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่ปฏิบัติหน้าที่ ในตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร หรือหัวหน้าทีม ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 2) สนใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบกระบวนการของการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่ลาป่วย ลาก่อน ลาศึกษาต่อ หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบกระบวนการของการศึกษา

ระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2566

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการเชื่อด้านอาหารจุลชีพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการความรู้ของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002)

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier & Hackney, 2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ มีรายละเอียด ดังนี้

โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประยุกต์กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002) ที่มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ มีรายละเอียดตามตาราง 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1 รายละเอียดของกิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จในการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ ระยะเวลา และเครื่องมือ/อุปกรณ์จำแนกตามกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002) 6 ขั้นตอน

กระบวนการจัดการความรู้ (KM Process)	กิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	เครื่องมือ/อุปกรณ์
1) แสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) (สัปดาห์ที่ 1)	1. ประชุมระดมสมอง ประเมินปัญหาและค้นหาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ 2. สรุปปัญหาและความรู้ที่ต้องการ	1 ชั่วโมง	1. ตำรา/เอกสาร 2. คอมพิวเตอร์ 3. อินทราเน็ต 4. Power point
2) สร้างความรู้ (Knowledge Creation) (สัปดาห์ที่ 2)	1. ประชุมระดมสมอง จากผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อสร้างคู่มือความรู้การให้คำปรึกษา 2.สรุปการสร้างความรู้	1 ชั่วโมง	1. ตำรา/เอกสาร 2. คอมพิวเตอร์ 3. อินทราเน็ต 4. Power point

ตารางที่ 3.1 รายละเอียดของกิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จในการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ ระยะเวลา และเครื่องมือ/อุปกรณ์จำแนกตามกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002) 6 ขั้นตอน (ต่อ)

กระบวนการจัดการความรู้ (KM Process)	กิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	เครื่องมือ/อุปกรณ์
3) การจัดเก็บความรู้ (Knowledge Storage) (สัปดาห์ที่ 3)	1) ประชุมเพื่อรวบรวมความรู้ให้เป็นหมวดหมู่ รวบรวมจัดทำเป็นคู่มือการให้การศึกษาเกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในรูปแบบ QR Code	1 ชั่วโมง	1) คอมพิวเตอร์ 2) โปรแกรม Power point 3) อินเทอร์เน็ต
4) การวิเคราะห์และ การทำคลังความรู้ (Analysis and Data Mining) (สัปดาห์ที่ 3)	1. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวม และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวม และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ 2. นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์กับผู้เชี่ยวชาญ 3. จัดทำคลังความรู้การจัดการเชื้อดื้อยาในรูปแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้	1 ชั่วโมง	1. คอมพิวเตอร์ 2. โปรแกรม Power point 3. Application line, Facebook
5) การถ่ายโอนและ เผยแพร่ความรู้ (Knowledge Transfer and Dissemination) (สัปดาห์ที่ 4)	1. ดำเนินการเผยแพร่ความรู้โดยอบรมให้ความรู้กลุ่มทดลอง 2. ถ่ายทอดความรู้ ในอินเทอร์เน็ต ของโรงพยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน CoP AMR กรู๊ปไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Facebook) กลุ่ม	30 นาที	1. คอมพิวเตอร์ 2. อินเทอร์เน็ต 3. Application line, Facebook
6) การประยุกต์ใช้และ การทำให้ข้อมูลถูกต้อง เพียงตรง (Knowledge Application and Validation) (สัปดาห์ที่ 4-6)	1. นำโปรแกรมความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพต่อเนื่อง 2. ติดตามผล 3. ถอดบทเรียน 4. พัฒนาให้ดีขึ้น	3-6 สัปดาห์	1. คอมพิวเตอร์ 2. เอกสาร 3. อินเทอร์เน็ต 4. Application line, Facebook

โดยการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้นี้ ได้เครื่องมือและสื่อ ดังนี้

1. คู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งสร้างขึ้นจากการค้นคว้า ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ร่วมกับสรุปประเด็นความรู้ จากการประชุมระดมสมองจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ 1 ท่าน รองผู้บริหารทางการแพทย์ ด้านบริการ 1 ท่าน พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน หัวหน้าหน่วยคอมพิวเตอร์ และ พัฒนานวัตกรรม 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีและสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยรวบรวมความรู้ที่เป็น Best practice ประกอบด้วย ความสำคัญของการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลักการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การประยุกต์ความรู้ในการให้คำปรึกษา จัดทำเป็นคู่มือในรูปแบบ QR Code โปสเตอร์ และวิดีโอ
2. แผนการสอนเรื่องการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการทดลอง
3. ช่องทางการสื่อสาร ไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Facebook) กลุ่ม เพื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CoP AMR) และแชร์ประสบการณ์ในระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามพฤติกรรมให้คำปรึกษา แบ่ง ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบ รายการ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ อายุปัจจุบัน ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงานใน ปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการจัดการ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ประสบการณ์การเข้าอบรม เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ประจำหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาแนวคิดแนวคิดของคอร์เมียร์ และแฮคเนย์ (Cormier & Hackney, 2008) ลักษณะแบบสอบถามเป็นชนิดปลายปิด (Close-end response question) รวม 22 ข้อ ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหา จำนวน 6 ข้อ 2) ประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ข้อ 3) กำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา จำนวน 3 ข้อ 4) การปฏิบัติกรให้คำปรึกษา จำนวน 4 ข้อ และ 5) การติดตามประเมินผล จำนวน 5 ข้อ

โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อโควิดด้านจุลชีพ ของผู้บริหาร
ทางการพยาบาลระดับต้น ได้ถูกกำหนดค่าระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ

คะแนน 1 หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง น้อยที่สุด
คะแนน 2 หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง น้อย
คะแนน 3 หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ปานกลาง
คะแนน 4 หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มาก
คะแนน 5 หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มากที่สุด

เกณฑ์การพิจารณาความหมายระดับการปฏิบัติตามพฤติกรรม ตามเกณฑ์ของเบส และ
กาน (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

ช่วงคะแนน 4.51 - 5.00	การแปลความ มีการปฏิบัติมีค่ามากที่สุด
ช่วงคะแนน 3.51 - 4.50	การแปลความ มีการปฏิบัติมีค่ามาก
ช่วงคะแนน 2.51 - 3.50	การแปลความ มีการปฏิบัติมีค่าปานกลาง
ช่วงคะแนน 1.51 - 2.50	การแปลความ มีการปฏิบัติมีค่าน้อย
ช่วงคะแนน 1.00 - 1.50	การแปลความ มีการปฏิบัติมีค่าน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการค้นคว้าจากทฤษฎีการให้
คำปรึกษา แนวคิดทฤษฎี/หลักการเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ และพฤติกรรมการให้
คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อโควิดด้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และ
เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และการตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา ดังนี้

1.1 การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหาในโปรแกรมได้แก่ คู่มือการให้คำปรึกษา
เกี่ยวกับการจัดการเชื้อโควิดด้านจุลชีพ แผนการสอนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อโควิดด้าน
จุลชีพ และสื่อความรู้ภาพโปสเตอร์อินโฟกราฟฟิค (Infographic) วิดีโอเสริมความรู้ โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหาความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้

1.2 ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ
การจัดการเชื้อโควิดด้านจุลชีพ เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และปรับแก้ตามคำแนะนำ จากนั้นได้
นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิรวม 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์โรคติดเชื้อ จำนวน 1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการความรู้ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการ

บริหารการพยาบาลและการให้คำปรึกษา 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมให้คำปรึกษา 1 ท่าน และพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา 1 ท่าน (รายละเอียดดังภาคผนวก) เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้อ้างอิงเนื้อหา และข้อคำถามต่าง ๆ ตรงกับกรอบแนวคิดในการศึกษาที่ต้องการจะวัด แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง พิจารณาความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม และสาระของมิติที่วัดความถูกต้องของแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาคำถามหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) วัดความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ ค่า CVI จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ซึ่งเป็นข้อความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นว่าข้อคำถาม มีความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Burn & Grove, 2009)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น
 - 2 หมายถึง ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้นเล็กน้อย ต้องปรับปรุงอีกมาก
 - 3 หมายถึง ข้อคำถามนั้นสอดคล้องค่อนข้างมากกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น ต้องปรับปรุงเพียงเล็กน้อย
 - 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องหรือเหมาะสมกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น
- ผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012) จากสูตร

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (I-CVI)} = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI)} = \frac{\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทุกข้อทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.82

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทดลองใช้กับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 30 ชุด วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น แยกเป็นรายด้าน 5 ด้าน และคำนวณทั้งฉบับ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้มีค่ายอมรับได้คือ 0.7-0.9 (Polit et al., 2007) ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 สรุปค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษา

แบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษา	ค่า Cronbach alpha coefficient
1. ด้านการสร้างสัมพันธภาพและรับฟังปัญหา	0.97
2. ด้านการประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	0.97
3. ด้านกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา	0.83
4. ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา	0.99
5. ด้านการติดตามประเมินผล	0.98
รวมทั้งฉบับ	0.96

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน หมายเลขหนังสือรับรอง น.14/2565 ลงวันที่ 11 มกราคม 2566 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลราชบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 006/66 ลงวันที่ 31 มกราคม 2566 จากนั้นนำหนังสือรับรองจริยธรรมเสนอหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการปกป้องการเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนค่ารหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารวิจัยภายใน 2 ปีหลังจากสิ้นสุดโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นก่อนทดลอง

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2) ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และการใช้สถานที่ในการดำเนินการวิจัย

3) เตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การจัดการความรู้ และการจัดการเชื้อดื้อยา

4) เตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และมีความสนใจที่จะร่วมการวิจัย เพื่อทำหน้าที่ติดตามข้อมูลจากช่องทางการแลกเปลี่ยน และช่วยเผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัย

5) ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการ ดังนี้

5.1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง และอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย สิทธิและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยให้มีเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ

5.2) เมื่ออธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแล้ว สอบถามความยินยอม ในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย (Informed consent form) โดย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล ข้อมูลนำมาเฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น

5.3) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุม มาพบกันในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนกลุ่มทดลองนัดพบในสัปดาห์ที่ 6 โดยแจ้งให้ทราบว่าต้องเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6) ครั้งละ 3 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ และติดตามผลจำนวน 2 ครั้ง ในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 และติดตามหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 โดยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งแรก

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2566 (ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ 6 สัปดาห์ จึงเริ่มในกลุ่มทดลอง) ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทายแนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อความใดยังไม่ครบสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตอบเพิ่มจนครบ และนัดหมายพบกันในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติตามปกติ เช่น ใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามจากพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ค้นหาข้อมูลที่ต้องการจากแหล่งความรู้ต่างๆ ที่หลากหลายตามความถนัดของรายบุคคล เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมายไว้ กล่าวทักทาย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าถึงระยะสิ้นสุดการทดลองขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การให้คำปรึกษา และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามให้ครบ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

กลุ่มทดลอง มีรายละเอียดของกิจกรรมตามขั้นตอนการทดลองและได้สรุปดังแสดงในแผนภาพที่ 3.2 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมการแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ชักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้แนะนำตนเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคย และไว้วางใจ อธิบายภาพรวมของโปรแกรม และกิจกรรมในโปรแกรม เปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมที่ทำในวันนี้ (ใช้เวลา 10 นาที)

2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อความใดยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ขอให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตอบเพิ่มจนครบ (ใช้เวลา 10 นาที)

3) ผู้วิจัยจัดการอบรมการจัดการความรู้ โดยนำเสนอปัญหาเชื้อมือของโรงพยาบาลและหน่วยงาน เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาและสาเหตุที่เกิดปัญหาตามความเป็นจริง และเพื่อสร้างความตระหนักในการจัดการปัญหา และให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นกลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้จากคู่มือโปรแกรมการจัดการความรู้เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมือด้านจุลชีพ และมอบคู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมือด้านจุลชีพ (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

4) ให้กลุ่มตัวอย่าง ร่วมระดมสมอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการเชื้อมือ เพื่อร่วมกันหาปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมือด้านจุลชีพเพิ่มเติมที่ตรงประเด็น และให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิด ร่วมกับแสดงความคิดเห็น (Dialogue) ทบทวนการดำเนินการในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมือด้านจุลชีพที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยสรุปหัวข้อเกี่ยวกับความรู้ที่ต้องการในการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมตามบริบทของหน่วยงาน (ใช้เวลา 50 นาที)

6) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ดำเนินการในครั้งนี้ หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณและนัดหมายครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2

1) ติดตามการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ใช้ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมือด้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

1) ผู้วิจัยทำกิจกรรมการสร้างความรู้ (Knowledge Creation) จากข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่ต้องการในการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมตามบริบทของหน่วยงาน โดยนำความรู้ที่ได้เพิ่มเติม จัดทำเป็นภาพโปสเตอร์อินโฟกราฟฟิก (Infographic)

2) ผู้วิจัยทำกิจกรรมการรวบรวมความรู้ (Knowledge Storage) โดยผู้วิจัยนำความรู้ที่สร้างขึ้นเพิ่มเติม นำมาจัดหมวดหมู่ความรู้ และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของชุดความรู้ที่พัฒนาเพิ่มเติม ก่อนการนำไปใช้

3) ผู้วิจัยเพิ่มข้อมูลที่พัฒนาขึ้นลงในคลังความรู้ (Analysis and Data Mining) ได้แก่ ในชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CoP AMR RBH) กรู๊ปไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Facebook)

สัปดาห์ที่ 3 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง)

ทำกิจกรรมการเผยแพร่และถ่ายทอดความรู้ (Knowledge Transfer and Dissemination)

1) จัดการอบรมความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมือด้านจุลชีพ (ใช้เวลา 60 นาที) โดยผู้วิจัยแนะนำวิธีการเรียนรู้ข้อมูลที่เผยแพร่ในอินทราเน็ตของโรงพยาบาล กระตุ้นให้มี

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CoP AMR RBH) ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ ไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Facebook) (ใช้เวลา 30 นาที)

2) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น (Dialogue) ในการดำเนินการในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรม ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ใช้เวลา 60 นาที) มีการบันทึกข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรคและแนะแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม เพื่อนำไปปรับใช้ในสัปดาห์ที่ 4-6 ต่อไป

สัปดาห์ที่ 4

1) ติดตามการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ใช้ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ติดตามประยุกต์ใช้ (Knowledge Application and Validation) โปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมินเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา 3) การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา 4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหน่วยงาน และ 5) ดำเนินการการประเมินผล

2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย คอยกำกับติดตามการเรียนรู้ข้อมูล และต้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นผ่านช่องทางต่าง ๆ ทั้งในอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล ไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Facebook) โดยมีการตอบกลับที่ถูกต้อง รวดเร็ว

สัปดาห์ที่ 5

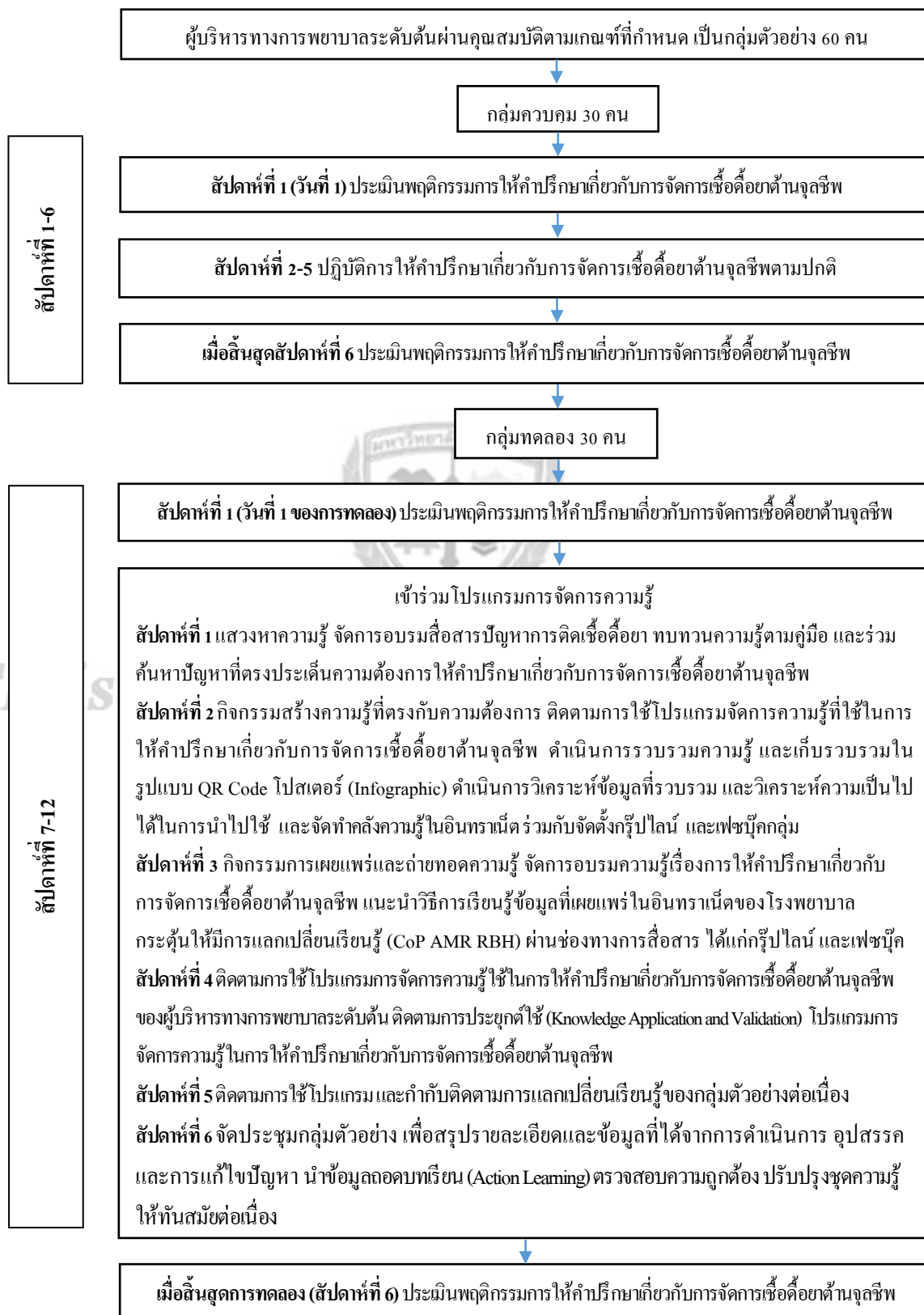
ให้กลุ่มตัวอย่างใช้การเรียนรู้ข้อมูลจากช่องทางอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาลที่เผยแพร่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมให้คำปรึกษาต่อเนื่อง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Facebook) กลุ่ม และมีการกำกับติดตามการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่อง กรณีมีประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องการขอคำปรึกษาเพิ่มเติม จะมีการผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาตลอดเวลา และกรณีพบปัญหาในการดำเนินการ มีการแก้ไขให้เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 6 เป็นระยะสิ้นสุดการวิจัยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) ประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมจัดการความรู้ โดยผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อสรุปรายละเอียดและข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ อุปสรรคและการแก้ไขปัญหา นำข้อมูลถอดบทเรียน (Action Learning) ตรวจสอบความถูกต้อง ปรับปรุงชุดความรู้ให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง พร้อมกล่าวขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 หลังทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

3) หลังจากเก็บแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน และเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ อยู่ในที่ปลอดภัย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป



แผนภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับเพศ อายุปัจจุบัน ระดับการศึกษา หน่วยงานในโรงพยาบาล ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการจัดการเชื้อโรคด้านจุลชีพ การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้ การอบรมการให้คำปรึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน

2. ใช้สถิติอ้างอิง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษา โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที่ พบว่ามีการกระจายของประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก ข) หลังจากนั้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อโรคด้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อโรคด้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติที่ไม่อิสระ (Dependent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (P-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000* (.317)
ชาย	0	0	1	3.3	
หญิง	30	100	29	96.7	
อายุปัจจุบัน					3.270 (.120)
น้อยกว่า 44 ปี	12	38.7	19	61.3	
44-60 ปี	18	62.1	11	37.9	
	$\bar{X} = 45.13$, SD = 9.83 Max = 59, Min = 24		$\bar{X} = 42.36$, SD = 8.63, Max = 58, Min = 26		
หน่วยงาน/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน					1.205 (.752)
กลุ่มงานอายุรกรรม	10	33.3	7	23.3	
กลุ่มงานศัลยกรรม	8	26.6	11	36.6	
งานห้องผู้ป่วยหนัก	9	30.0	8	26.6	
กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ	3	10.0	4	13.3	
ตำแหน่งงานปัจจุบัน					.111 (.946)
หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หัวหน้างาน	6	20.0	4	13.3	
รองหัวหน้าหอผู้ป่วย/ รองหัวหน้างาน	3	10	5	16.6	
พยาบาลหัวหน้าเวร/ICWN	14	46.6	15	50.0	
พยาบาลหัวหน้าทีม	7	23.3	6	20.0	
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบัน					.681(.878)
5-10 ปี	9	30.0	9	30.0	
11-20 ปี	6	20.0	8	26.6	
21-30 ปี	11	36.6	10	33.3	
30 ปีขึ้นไป	4	13.3	3	10.0	
	$\bar{X} = 18.0$, SD = 5 Max = 26, Min = 5		$\bar{X} = 16.90$, SD = 10.3 Max = 35, Min = 1		

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (P-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับ การจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพ					.159* (.690)
ไม่เคย	27	90.00	26	86.6	
เคย	3	10.0	4	13.3	
การอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้					.111* (.739)
ไม่เคย	20	66.6	24	80.0	
เคย	10	33.3	6	20.0	
การเข้ารับการอบรม/ศึกษาเฉพาะทางที่ เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา					.287 (.592)
ไม่เคย	20	66.6	18	60.0	
เคย	10	33.3	12	40.0	
ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน					.693 (.405)
ไม่เคย	19	63.3	22	73.3	
เคย	11	36.3	8	26.6	

* Fisher's exact test

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนตัวอย่าง 30 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 44-60 ปี ร้อยละ 62.1 อายุเฉลี่ย 45.13 ปี ปฏิบัติงานกลุ่มงานอายุรกรรม มากที่สุด ร้อยละ 33.3 ตำแหน่งงานในปัจจุบันเป็นหัวหน้าเวรมากที่สุด ร้อยละ 46.6 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 36.6 ประสบการณ์การเฉลี่ย 18.6 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 90 เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้ ร้อยละ 16.6 เคยการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาร้อยละ 33.3 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน ร้อยละ 36.3

สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 มีช่วงอายุน้อยกว่า 44 ปี ร้อยละ 61.3 มีอายุเฉลี่ย 42.36 ปี ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานศัลยกรรมมากที่สุด ร้อยละ 36.6 ตำแหน่งงานในปัจจุบันเป็นหัวหน้าทีมมากที่สุด ร้อยละ 20.0 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 33.3 มีประสบการณ์เฉลี่ย 16.90 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 86.6 เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้ ร้อยละ 20.0 เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาร้อยละ 26.6 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน ร้อยละ 24.3

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และฟิชเชอร์ เอ็กแซกเทส (Fisher's exact test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการทดสอบที่ พบว่า มีการกระจายของประชากรทั้งสองกลุ่มเป็น โกลังปกติ จึงใช้สถิติ Independent t-test หลังจากนั้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 4.2, 4.3 และ 4.4 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.02	0.17	ปานกลาง	3.04	0.23	ปานกลาง	-0.353	.726
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.74	0.18	มาก	3.06	0.24	ปานกลาง	-9.398	.000

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกันเท่ากับ 3.02 (SD = 0.17) และ 3.04 (SD = 0.23) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test ไม่แตกต่างกัน

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.74 (SD = 0.18) และ 3.06 (SD = 0.24) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามรายด้าน

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1.ด้านการสร้างสัมพันธภาพ	3.41	0.34	มาก	3.40	0.39	มาก	-0.05	.954
2.ด้านการประเมินและการวินิจฉัย	2.87	0.39	ปานกลาง	2.90	0.37	ปานกลาง	-0.250	.803
3.ด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา	2.96	0.31	ปานกลาง	2.94	0.48	ปานกลาง	-0.211	.834
4.ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา	2.81	0.31	ปานกลาง	2.92	0.37	ปานกลาง	-1.132	.262
5.ด้านการประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา	2.87	0.33	ปานกลาง	3.85	0.34	ปานกลาง	-0.309	.759
โดยรวม	3.02	0.17	ปานกลาง	3.04	0.23	ปานกลาง	-0.353	.726

จากตารางที่ 4.3 พบว่า จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษา รายด้าน ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามรายด้าน

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปล ผล	$\bar{X}$	SD	แปล ผล		
1.ด้านการสร้างสัมพันธภาพ	3.97	0.29	มาก	3.39	0.36	ปาน กลาง	-6.815	.000
2.ด้านการประเมินและการ วินิจฉัย	3.52	0.33	มาก	3.00	0.36	ปาน กลาง	-5.697	.000
3.ด้านการกำหนดเป้าหมาย ของการให้คำปรึกษา	4.03	0.32	มาก	2.89	0.40	ปาน กลาง	-12.159	.000
4.ด้านการปฏิบัติการให้ คำปรึกษา	3.54	0.29	มาก	2.98	0.41	ปาน กลาง	-6.013	.000
5.ด้านการประเมินผล เมื่อ สิ้นสุดการให้คำปรึกษา	3.60	0.30	มาก	2.86	0.88	ปาน กลาง	-9.685	.000
โดยรวม	3.74	1.18	มาก	3.06	0.24	ปาน กลาง	-9.398	.000

จากตารางที่ 4.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ มากกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวม และรายด้าน

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมให้คำปรึกษาทุกด้านเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยเฉพาะด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้

คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าด้านอื่น ๆ โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.89 (SD = 0.40) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.03 (SD = 0.32) รองลงมาเป็นด้านการสร้างสัมพันธภาพ ด้านด้านการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา และด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา ตามลำดับ ส่วนด้านการประเมินและการวินิจฉัย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการประเมิน และการวินิจฉัย อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.00 (SD = 0.36) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากเท่ากับ 3.52 (SD = 0.33)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการทดสอบที่ พบว่า มีการกระจายของประชากรทั้งสองกลุ่มเป็น โค้งปกติ จึงใช้สถิติ Dependent t-test หลังจากนั้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 4.5, 4.6 และ 4.7 ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
กลุ่มควบคุม	3.04	0.22	ปานกลาง	3.05	0.21	ปานกลาง	-0.428	.672
กลุ่มทดลอง	3.02	0.16	ปานกลาง	3.74	0.18	มาก	-6.924	.000

จากตารางที่ 4.5 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ไม่แตกต่างกัน

ส่วนกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อติดยา ด้านจุดชีพของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามรายด้าน (n = 30)

พฤติกรรมกรให้คำปรึกษา	กลุ่มควบคุม						t	p-value
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง				
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1.ด้านการสร้างสัมพันธภาพ	3.40	0.38	ปานกลาง	3.39	0.36	ปานกลาง	-0.141	.889
2.ด้านการประเมินและการวินิจฉัย	2.90	0.37	ปานกลาง	3.00	0.36	ปานกลาง	-1.180	.248
3.ด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา	2.94	0.48	ปานกลาง	2.89	0.40	ปานกลาง	-0.604	.550
4.ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา	2.91	0.37	ปานกลาง	2.98	0.41	ปานกลาง	-1.439	.161
5.ด้านการประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา	2.87	0.35	ปานกลาง	2.86	0.28	ปานกลาง	-0.139	.890
โดยรวม	3.04	0.22	ปานกลาง	3.05	0.21	ปานกลาง	-0.428	.672

จากตารางที่ 4.6 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาโดยรวมอยู่ในระดับระดับปานกลางเท่ากับ 3.04 (SD = 0.22) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.05 (SD = 0.21) จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อติดยา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ของกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้านพบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ จำแนกตามรายด้าน (n = 30)

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	กลุ่มทดลอง						t	p-value
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม				
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1. ด้านการสร้างสัมพันธภาพ	3.34	0.34	ปานกลาง	3.97	0.29	มาก	-7.926	.000
2. ด้านการประเมินและการวินิจฉัย	2.87	0.39	ปานกลาง	3.51	0.32	มาก	-7.446	.000
3. ด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา	2.96	0.31	ปานกลาง	4.03	0.32	มาก	-11.725	.000
4. ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา	2.81	0.31	ปานกลาง	3.54	0.29	มาก	-8.524	.000
5. ด้านการประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา	2.87	0.33	ปานกลาง	3.61	0.30	มาก	-9.609	.000
โดยรวม	3.02	0.16	ปานกลาง	3.74	0.18	มาก	-6.924	.000

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมอยู่ในระดับระดับปานกลางเท่ากับ 3.02 (SD = 0.16) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากเท่ากับ 3.74 (SD = 0.18) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านการสร้างสัมพันธภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพ อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.34 (SD = 0.34) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากเท่ากับ 3.97 (SD = 0.29) ส่วนด้านการประเมินและการวินิจฉัย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการประเมินและการวินิจฉัย อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.87 (SD = 0.39) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ย

เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากเท่ากับ 3.51 ($SD = 0.32$) แต่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ และด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.96 ($SD = 0.31$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.03 ($SD = 0.30$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ



Christian University of Thailand

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง สมมติฐานการวิจัยคือ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นหลังเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002) ประกอบด้วย แผนการสอน และคู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และแบบวัดพฤติกรรมการให้คำปรึกษาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามพฤติกรรมการให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น แยกเป็นรายด้าน 5 ด้าน ดังนี้ 0.97, 0.97, 0.83, 0.99 และ 0.98 ซึ่งคำนวณทั้งฉบับได้ค่าเท่ากับ 0.97

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และสถิติใช้ Dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนกับหลังการทดลอง

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน พบว่ามีลักษณะคล้ายกันมาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100, 96.7 อายุเฉลี่ย 45.13, 42.36 ปี กลุ่มทดลองปฏิบัติงานกลุ่มงานอายุรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มควบคุมปฏิบัติงานกลุ่มงานศัลยกรรมมากที่สุด ร้อยละ 36.6 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นหัวหน้าเวรมากที่สุด ร้อยละ 46.6, 50.0 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานเฉลี่ย 18.6, 16.90 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 90.0, 86.6 เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้ ร้อยละ 16.6, 20.0 เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาร้อยละ 33.3, 40.0 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน ร้อยละ 36.3, 26.6

2. พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

3. พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจัดการความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) ที่มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแสวงหาความรู้ รับฟังปัญหาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และรวบรวมความรู้ที่ต้องการ ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และสรุปประเด็นที่ต้องการให้คำปรึกษา 2) การสร้างความรู้ มีนำความรู้ที่ได้จากการระดมสมอง สรุปประเด็น และข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มารวบรวม พัฒนาคู่มือความรู้การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 3) นำมาจัดเก็บ และจัดหมวดหมู่ความรู้ บูรณาการเป็นภาพโปสเตอร์อินโฟกราฟิก (Infographic) วิดีโอเสริมความรู้ จัดทำเป็น QR Code ที่ง่ายต่อการเข้าถึง 4) จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CoP AMR RBH) เพื่อเป็นช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ในอินทราเน็ตของ

โรงพยาบาล ร่วมกับช่องทางกรุปไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Face book) กลุ่มเพื่อสื่อสารความรู้ที่ตรงประเด็น และความรู้ที่ต้องการ 5) การถ่ายโอนความรู้ โดยจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้ผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา และแนะนำการใช้ข้อมูลที่เผยแพร่ทางช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Cop AMR RBH) เพื่อเป็นช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ และถามตอบข้อมูลได้ตลอดเวลา 6) การประยุกต์ใช้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมให้คำปรึกษาที่เหมาะสมตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ กับบุคลากรในหน่วยงาน การประเมินและวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน ปฏิบัติการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหน่วยงาน และการประเมินผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา

หลังนำโปรแกรมไปใช้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้น สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้น ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าโปรแกรมจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ที่ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการความรู้ของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002) สามารถตอบโจทย์ความต้องการความรู้ของกลุ่มทดลองอย่างตรงประเด็น โดยเฉพาะสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Cop AMR RBH ที่สามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา โดยมีผู้เชี่ยวชาญที่คอยตอบปัญหาที่รวดเร็วและตรงประเด็นมากขึ้น พร้อมทั้งมีการเผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัย ปรับรูปแบบเป็น QR Code ที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้น ช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีความสะดวกมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติตามระบบเดิม ที่ค้นหาความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาโดยใช้เปิดตำรา หรือศึกษาจากคู่มือการปฏิบัติที่อาจไม่ได้ปรับปรุงให้มีความทันสมัย รวมทั้งการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ผ่านการประชุมมีเพียงปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งไม่มีช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจน ต้องใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามจากพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจติดต่อไม่ได้ ทำให้ได้รับข้อมูลล่าช้า และไม่มีช่องทางการเรียนรู้ที่รวบรวมความรู้ไว้อย่างเป็นระบบ แม้จะมีช่องทางสื่อสารทางกรุปไลน์ และเฟซบุ๊กกลุ่ม แต่ใช้สื่อสารเฉพาะในกลุ่มพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงานจึงยังไม่

ครอบคลุมผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้นในหน่วยงานอื่น ๆ ดังนั้น เมื่อกลุ่มทดลองใช้ประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรม จึงทำให้มีพฤติกรรมการให้คำปรึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งกลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงานและต้องให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่พบบ่อยในหน่วยงาน การใช้ความรู้จากคลังความรู้ที่สะดวกในการเข้าถึง จึงทำให้สามารถนำความรู้ไปช่วยเหลือให้คำปรึกษากับบุคลากรในหน่วยงานได้ดี

เมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้านและรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$, $SD = 0.17$) และ ($\bar{X} = 3.04$, $SD = 0.23$) ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากทุกด้าน ($\bar{X} = 3.74$, $SD = 1.18$) แต่ในด้านการสร้างสัมพันธภาพ รายข้อที่ระบุว่ามีการสร้างสัมพันธภาพโดยการให้เกียรติกับผู้รับคำปรึกษา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน (ภาคผนวก ข) เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาร้อยละ 33.3 และ 26.6 ตามลำดับ รวมทั้งบทบาทผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นซึ่งมีความใกล้ชิดกับพยาบาลในระดับปฏิบัติงาน (กองการพยาบาล, 2561) จึงมีการสร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยทักทาย ให้เกียรติผู้ให้คำปรึกษา ยินดีรับฟังปัญหาบ่อยครั้ง ส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านการสร้างสัมพันธภาพค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมหลังการทดลองมีค่าเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นขั้นตอนแรกของการให้คำปรึกษาที่มีความสำคัญ ซึ่งเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดี สื่อสารปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและพฤติกรรมการให้คำปรึกษาที่ควรพัฒนา ทำให้ได้รับรู้สถานการณ์จริง ตระหนักถึงปัญหา ส่งผลเชิงบวกในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการที่ตรงกับบริบทของแต่ละกลุ่มงาน รับฟังปัญหาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

รวมทั้งข้อมูลรายด้านและรายข้อ ด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษาหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมให้คำปรึกษาสูงกว่าด้านอื่น ๆ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความรู้ ซึ่งมีการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีการสื่อสารให้กลุ่มทดลองได้รับทราบปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของหน่วยงาน ได้เข้าใจผลลัพธ์ของการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและได้ร่วมกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

ส่วนในด้านประเมิน และวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมน้อยกว่าด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะในรายข้อการประเมินความสามารถและทักษะของบุคลากรที่รับคำปรึกษาในการ

ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาติดเชื้อดื้อยา เนื่องจากขาดการบันทึกข้อมูลด้านการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการเมื่อพบการติดเชื้อดื้อยาที่ครอบคลุม ส่งผลให้การประเมินปัญหาไม่ครอบคลุม

ส่วนด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหน่วยงาน และด้านการประเมินผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเพิ่มขึ้นทุกด้านจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เนื่องจากกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมได้รับความรู้ตรงประเด็น และนับว่าเป็นการจัดการความรู้ที่เห็นผลชัดเจน (Explicit knowledge) ที่เกิดจากประสบการณ์และเกิดวิธีการที่เป็นตัวอย่างที่ดี (Best practice) จากการแลกเปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึก (Tacit knowledge) ในกิจกรรมระดมสมอง และผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้ที่ได้ จัดเป็นหมวดหมู่ จัดทำเป็นคู่มือในรูปแบบ QR Code รวมทั้งโปสเตอร์ และวิดีโอที่เข้าใจง่ายขึ้น ตรงประเด็นปัญหาที่กลุ่มทดลองสนใจ ร่วมกับการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีช่องทางการเรียนรู้ที่เข้าถึงง่ายขึ้น ได้แก่ ไลน์ เฟซบุ๊กกลุ่ม และระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาล (AMR RBH) ซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา โดยมีผู้เชี่ยวชาญที่คอยตอบปัญหาที่รวดเร็วและตรงประเด็นมากขึ้น ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาตามจุดชีพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการศึกษาจริยา ปันทวัฏฐ และกิตติศักดิ์ ดิยา (2563) ศึกษาการจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษา พบว่า ความรู้ที่มีอยู่อย่างมากมายและกระจัดกระจายอยู่ในสถาบันอุดมศึกษา ทั้ง Tacit Knowledge และ Explicit Knowledge นั้น ควรถูกจัดการให้เป็นระบบ มีคุณภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้ไปยังบุคลากรในสถาบันได้ ซึ่งหลักการสำคัญของการจัดการความรู้ในส่วนของ Tacit Knowledge คือทำให้ Tacit Knowledge เป็น Explicit Knowledge ให้มากที่สุด แล้วนำ Explicit Knowledge ทั้งที่มาจากตัวบุคคลและ Explicit Knowledge ที่อยู่ในรูปแบบต่าง ๆ มาบริหารจัดการให้เป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ และจัดเก็บอยู่ในระบบหรือคลังความรู้ของสถาบัน พร้อมทั้งจะถูกนำไปใช้ได้ตลอดเวลา รวมทั้งการศึกษาของชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ และรุ่งนภา กุลภักดี (2563) ระบุว่า ควรปรับระบบบริการเดิม (Traditional services) ไปสู่การบริการที่คุ้มค่าคุ้มทุน (High value service) ที่เริ่มจากการพัฒนาความเชี่ยวชาญของพยาบาล โดยมีการนำระบบเครือข่ายไร้สายมาใช้ผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ (VDO conference) หรือระบบไลน์ (Line application) ช่วยทำให้เกิดบริการที่รวดเร็ว ใช้ความรู้เป็นตัวขับเคลื่อน ซึ่งในองค์กรต้องมีการจัดการความรู้ในระดับหนึ่งเพื่อเป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการศึกษาของแก่น่อน และคณะ (Gagnon et al., 2015) ระบุถึงองค์กรพยาบาลที่เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพยาบาลในด้านการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ และการแลกเปลี่ยนความรู้ที่มีมากในพยาบาลและระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่สนับสนุนในการเข้าถึงความรู้จะส่งผลให้องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อย่างยั่งยืนและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในด้านคุณภาพที่ดีต่อไป

รวมทั้งเมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้านและรายชื่อ สอดคล้องกับผลศึกษาของปุนปวีร์ กิตติกุล เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชรภรณ์ อารีย์ (2564) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมจัดการความรู้สำหรับผู้บริหารระดับต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษารายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน ระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ รองลงมาคือ ด้านการรวบรวมข้อมูลและด้านการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุตามลำดับ รวมทั้งการศึกษาของชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ (2563) พบว่า การเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจระบบนวัตกรรมและเทคโนโลยี ตลอดจนต้องพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา การคิดวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ช่วยส่งเสริมให้เกิดการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับความหลากหลายของปัญหาในองค์กร และจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ในด้านวินิจัยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อด้อยค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น สอดคล้องการศึกษานี้ของ ซาเลห์ เคอร์มานชาฮี โมฮาบาดิ และฮัสซันซาเด (Salehi, Kermanshahi, Mohammadi, & Hassanzadeh, 2015) ได้สำรวจความท้าทายในการจัดการความรู้ทางด้านคลินิกของพยาบาล พบว่าพยาบาลขาดการสนับสนุนและการบันทึกข้อมูลทางด้านการพยาบาล เนื่องจากภาระงานของพยาบาลที่มีมาก มีสภาวะความเครียดและความกดดันสูงจึงเป็นอุปสรรคในการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาของลันเดน เทราส เควิส และแฮกแมน-ไลติลา (Lunden, Teräs, Kvist, & Häggman-Laitila, 2017) ระบุว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ให้ ประสบความสำเร็จขององค์กรคือ วัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการจัดการความรู้คือ ขาดการสนับสนุนขององค์กรทางด้าน การฝึกอบรมบุคลากรในการพัฒนาวิชาชีพ ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณในการแลกเปลี่ยนความรู้โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมไปถึงความไม่เพียงพอของเวลา และจำนวนบุคลากรในการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในองค์กร

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อด้อยค่าด้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่า การนำโปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื่อด้อยค่าด้านจุลชีพ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการความรู้ของ มาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002) มาใช้ในการจัดกิจกรรม จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อด้อยค่าด้านจุลชีพได้เป็นอย่างดี พบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เนื่องจากทุกขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการความรู้ นำมาสู่การตอบโจทยความต้องการความรู้ที่ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นต้องการอย่าง

ตรงประเด็น ตั้งแต่ขั้นตอนแรกที่มีการจัดกิจกรรมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ และตัวแทนกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากกลุ่มงานต่าง ๆ ร่วมกันค้นหาความรู้ที่ต้องการตรงกับบริบทของแต่ละกลุ่มงาน รวมทั้งในขั้นตอนที่ 2 และ 3 มีการเก็บรวบรวมความรู้อย่างเป็นระบบ จัดเป็นหมวดหมู่ จัดทำเป็นคู่มือในรูปแบบ QR Code รวมทั้งโปสเตอร์ (Infographic) และวิดีโอที่เข้าใจง่ายขึ้น ตรงประเด็นปัญหาที่กลุ่มทดลองสนใจ ร่วมกับในขั้นตอนที่ 4 และ 5 มีการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เสริมความมั่นใจ และแนะนำวิธีการใช้ข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านช่องทางการเรียนรู้ที่เข้าถึงง่ายขึ้น ทั้งกู๊ปไลน์ เฟซบุ๊กกลุ่ม และระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาล (AMR RBH) ซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นได้ข้อมูลที่รวดเร็ว สามารถเข้าไปค้นหาข้อมูลได้ซ้ำ ๆ เมื่อต้องการข้อมูล ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีกว่า ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น

นอกจากนี้การนำโปรแกรมการจัดการความรู้ตามแนวคิดของมาร์ควอร์ท (Marquardt, 2002) มาใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมีความเหมาะสมในยุคปัจจุบัน เนื่องจากจุดเด่นของแนวคิดคือ องค์กรแห่งการเรียนรู้เชิงระบบต้องมีการพัฒนาไปพร้อมกันทั้งการเรียนรู้ องค์กร คน ความรู้ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเทคโนโลยีมาผสมผสานในการจัดการความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรที่มีความหลากหลาย ช่วยให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้รวดเร็ว และเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ยกตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ที่จัดกิจกรรมระดมความคิด พบว่าทุกคนร่วมกันเสนอความคิดเห็นในการผสมผสานเทคโนโลยีกับการจัดเก็บข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเผยแพร่ความรู้ที่มีการปรับปรุงการใช้งานให้ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่าย สามารถเข้าไปค้นหาข้อมูลได้ซ้ำ ๆ เมื่อต้องการข้อมูล ผ่านช่องทางการเรียนรู้ที่เข้าถึงง่ายขึ้น ร่วมกับใช้ระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาล (AMR RBH) ร่วมด้วย ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นใช้งานได้สะดวกขึ้นสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา โดยมีผู้เชี่ยวชาญที่คอยตอบปัญหาที่รวดเร็วและตรงประเด็นมากขึ้น ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาที่เพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณารายด้านและรายชื่อ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาด้านการกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมากกว่าด้านอื่น ๆ โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เนื่องจากกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ร่วมกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานตนเองในขั้นตอนที่ 5 และ 6 ของโปรแกรมการจัดการความรู้ ซึ่งมีการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีการสื่อสารสถานการณ์เพื่อรับทราบปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้าน

จุลชีพของหน่วยงาน ได้เข้าใจผลลัพธ์ และได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านการกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้องค์การบรรลุเป้าหมายตามผลลัพธ์ที่ต้องการได้เร็วขึ้น

ส่วนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมรายด้านรองลงมา คือด้านการสร้างสัมพันธภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และพบค่าเฉลี่ยรายข้อที่ระบุการสร้างสัมพันธภาพโดยให้เกียรติกับบุคลากรที่รับคำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 3.70 และ 4.17 ตามลำดับ อาจเนื่องจาก กลุ่มทดลองเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาร้อยละ 33.3 อาจส่งผลให้กลุ่มทดลองมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งบทบาทผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้นซึ่งมีความใกล้ชิดกับพยาบาลในระดับปฏิบัติงาน จึงมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ในด้านวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบรายข้อที่ระบุการประเมินความสามารถและทักษะของบุคลากรที่รับคำปรึกษาในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ มีค่าเฉลี่ยรายข้อหลังเข้าร่วมโปรแกรม น้อยที่สุดเท่ากับ 3.47 (ภาคผนวก ข) ส่วนด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา และด้านการประเมินผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เช่นเดียวกัน ซึ่งจะเห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ สัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของปทุมวิภา กิตติกุล และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาการเลี้ยงดูดด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับผู้บริหารระดับต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษารายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน ระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ รองลงมาคือ ด้านการรวบรวมข้อมูลและด้านการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุตามลำดับ รวมทั้งการศึกษารองเสริมของแสงโสม เพิ่มพูน (2556) ที่สร้างโปรแกรมผ่านการจัดการความรู้และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาช่วยเพิ่มสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาของผู้ตรวจการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของวรารักษ์ ชัยปลัด และคณะ (2565) ศึกษาผลของการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้า

ตลอดเลียด พบว่า หลังอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนเข้าอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินดาวรรณ นิ่มงาม (2556) ที่ใช้การจัดการความรู้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ ความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์กร และก่อให้เกิดความรู้ใหม่โดยใช้วิธีการ ระดมสมองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการจัดการความรู้ ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ซึ่งเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลที่นำไปใช้ จะเห็น ได้ว่ากระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถจัดการความรู้ทั้งที่มีอยู่เดิมภายใน องค์กร และความรู้ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2562)

รวมทั้งการนำเทคโนโลยีมาผสมผสานในการจัดการความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนาถลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ และรุ่งนภา กุลภักดี (2563) พบว่าบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนา ตนเองให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในการร่วมตัดสินใจและให้คำปรึกษากับผู้ปฏิบัติงาน จึงจำเป็นต้องมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้ เพื่อเป็น SMART Nurse 4.0 รวมทั้งความรู้ที่มีใน องค์กรมีอยู่หลากหลาย และมีการสูญเสียองค์ความรู้สำคัญ ๆ ไปกับการลาออกหรือการเกษียณงาน ของบุคคลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ การจัดเก็บความรู้จากตัวบุคลากรให้เป็นความรู้ขององค์กร ตลอดจนแสวงหาความรู้หรือแนวการปฏิบัติงานที่ดีของบุคคลและขององค์กรมาจัดการอย่างเป็น ระบบ ร่วมกับการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการวิเคราะห์ ประมวลองค์ความรู้ เรียบเรียง บันทึกลง และเผยแพร่ความรู้ ส่งผลต่อกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (จริยา ปันทวัฏฐ และ กิตติศักดิ์ ดิยา, 2563) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุชาดา นิ่มวัฒนากุล และคณะ (2561) พบว่า การ จัดการความรู้ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้ และเป็นกระบวนการสำคัญที่ ส่งผลให้องค์การมีสมรรถนะสูง เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กร เพราะหัวใจของการจัดการ ความรู้ คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใต้บรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และช่วยให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาคน พัฒนางานได้ตลอดเวลา ซึ่งแตกต่างกับการอบรม ในรูปแบบเดิมที่เคยจัดที่ผ่านมา รวมทั้งมีการศึกษาของหยาง (Yang, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพล ของการแลกเปลี่ยนความรู้ที่มีต่อการเรียนรู้และประสิทธิภาพขององค์กร พบว่าการแลกเปลี่ยน ความรู้มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพขององค์กรนอกจากนี้การแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ สามารถทำนายประสิทธิภาพขององค์กรได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอาฮัน เอลวีรา และ ชูฮาร์โซโน (Ahsan, Elvira, and Suharsono, 2021) ศึกษาการพยาบาลโดยใช้การจัดการความรู้ เกี่ยวกับ ประเด็นกลยุทธ์หลักในการปรับปรุงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

พบว่าการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลเพื่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพตามแนวคิดของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt, 2002) โดยมีกระบวนการค้นหาปัญหาที่ตรงประเด็น นำมาทบทวนความรู้จากภายนอกและภายในองค์กร ระดมสมองร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ในการหาแนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมกับบริบทของกระบวนการรวมความรู้จัดทำเป็นคู่มือในรูปแบบ QR Code ไปสเตอร์และวิดีโอ ร่วมกับการอบรมเพิ่มพูนความรู้จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CoP AMR) เพื่อเป็นช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ผ่าน Application line group, Facebook และ Intranet โรงพยาบาล มีการปรับปรุงการใช้งานให้ทันสมัย เข้าถึงได้ง่าย และคลังความรู้ สามารถนำความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มเติมเป็นระยะ ๆ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือสอบถามข้อมูลและมีการตอบกลับได้รวดเร็ว และตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน รวมทั้งการสนับสนุนของผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ช่วยทำให้โปรแกรมสามารถใช้ประโยชน์ได้ดี สร้างความมั่นใจให้ผู้ใช้โปรแกรม และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลที่ดี ช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่ต้องการ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นสามารถเรียนรู้ได้สะดวกมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ รวมทั้งพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โดยผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ สรุปได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์ สามารถนำโปรแกรมการจัดการความรู้ที่รวบรวมอย่างเป็นระบบ ไปกำหนดเป็นแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นใน

การให้คำปรึกษา โดยสนับสนุน ส่งเสริมในการทบทวนความรู้ในงานเป็นประจำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มีการถ่ายทอดความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ กับพยาบาลระดับปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นปัญหา ร่วมกับพัฒนาความรู้ของบุคลากรให้ทันสมัย โดยนำความรู้ทางเทคโนโลยี คอมพิวเตอร์สารสนเทศศาสตร์ มาประยุกต์ใช้ในการค้นหาข้อมูล จัดเก็บ วิเคราะห์ เผยแพร่ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมประเมินและวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยา โดยเฉพาะการส่งเสริมให้หน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเมื่อพบการติดเชื่อดื้อยาในเวชระเบียน เพื่อให้มีการประเมินปัญหาที่ครอบคลุม และเกิดคุณภาพบริการที่ดี

1.2 ด้านการศึกษาควรส่งเสริมกระบวนการการเรียนการสอนเรื่องการจัดการความรู้ ที่ควรได้ฝึกปฏิบัติการทำชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ และทักษะการนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน

1.3 ด้านปฏิบัติการพยาบาล นำโปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยา ด้านจุลชีพไปเป็นแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยา ด้านจุลชีพสำหรับผู้บริหารระดับต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 พัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยา ด้านจุลชีพในรูปแบบของ AI Application (Artificial Intelligence Application) การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถรับคำปรึกษาได้อย่างรวดเร็ว ตลอดเวลา โดยไม่ต้องรอให้มีผู้เชี่ยวชาญมาคอยตอบคำถาม

2.2 ศึกษาผลลัพธ์ของอัตราการติดเชื่อดื้อยา ด้านจุลชีพ หลังมีการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้

2.3 ศึกษาการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) เพื่อรวบรวมความรู้อย่างเป็นระบบ และจัดเก็บความรู้ที่สะดวกและเหมาะสมกับผู้ใช้งาน

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี. (2565). การเสนอผลการติดเชื้อดื้อยา ปี 2564-2565. เอกสารการประชุม ประจำเดือนพฤศจิกายน 2565 โรงพยาบาลราชบุรี, ราชบุรี.
- กองการพยาบาล. (2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามการปฏิบัติงาน. สำนักพิมพ์: สื่อตะวัน.
- กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และกัญญดา ประจุศิลป์. (2558). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย. วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1), 153-165.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2560). การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส.
- ไกรวิทย์ เศรษฐนิช. (2539). บทบาทของผู้ให้บริการคำปรึกษา. สืบค้นจาก http://www.thailandindustry .con indust_newweb/articles_preview.php?cid=9647
- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลราชบุรี. (2565). สรุปข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลราชบุรี (2563-2565). (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). ราชบุรี: กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลราชบุรี.
- จินดาวรรณ นิมงาม. (2556). การจัดการความรู้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- จริยา ปันทังกูร และกิตติ ศักดิ์ดียา. (2563). การจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษา. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 10(3), 289-303.
- จุฑามาศ อินตรา. (2564). การจัดการความรู้ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการในหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม. วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา, 11(2), 275-286.
- ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ และรุ่งนภา กุลภักดี. (2563). ความท้าทายของผู้บริหารการพยาบาล ในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลตำรวจ, 12(1), 222-23.
- ชุติมา คำศิริ, ปราโมทย์ ทองสุข และประภาพร ชูกำเนิด. (2566). ประสพการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 29(1), e260189-e260189.

- ดิเรก ลิ้มมธุรสกุล. (2565). สรุปข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา ปี 2564- 2565. การประชุม เรื่อง การพัฒนาแนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเชื้อดื้อยา ประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุม กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- นิธิมา สุ่มประดิษฐ์. (2565). สรุปผลลัพธ์การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการจัดการเชื้อดื้อยา 2565. การประชุมเรื่อง แผนปฏิบัติการด้านการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมกองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- น้ำทิพย์ วิภาวิน. (2547). การจัดความรู้กับคลังความรู้. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (The Methodology in Nursing Research) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์ทีเดีย.
- ปทุมปวีร์ กิตติกุล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชรารักษ์ อารีย์. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 14(3), 47-60.
- ประสิทธิ์ งามอาจตระกูล. (2563). การเรียนรู้ในโลกยุค Digital. วารสารการบริหารคน. สืบค้นจาก <http://www.person.k.ac.th>
- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (เมษายน, 2566). 3P safety, HA กับงาน IC. การประชุมวิชาการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการของสถาบันบำราศนราดูรและชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. โรงแรมแกรนด์ ริชมอนด์ สไตลิส คอนเวนชัน. นนทบุรี.
- พรธิดา วิเชียรปัญญา. (2549). การจัดการความรู้: พื้นฐานและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- พัชรี เนียมศรี และชัยรัตน์ จิรสินธิปก. (2551). มาตรฐานการบริการพยาบาลด้านการรักษาสุขภาพ: ใน ชัยรัตน์ จิรสินธิปก, เพ็ญใจ เจริญวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และสรา วัชรเจริญ (บรรณาธิการ). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2), น. 311-334. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิเชฐ บัญญัติ. (2555). KM Tools: เครื่องมือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้. สืบค้นจาก <http://gotoknow.org/blog/practicallykm/119306>
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2562). ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับการบริหารการพยาบาล. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 6(1), 260-267.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทักษิณ นะแสง. (2539). *วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ*. สงขลา: โครงการผลิตตำราหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เมตตา ไชยเชษฐ. (2563). การพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาของผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดในรายวิชาการสื่อสารการสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 190-206.
- ยุทธชัย จันทกา. (2563). การพัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเลย. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(2), 154-164.
- ถัดดาวรรณ ณ ระนอง. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา* (หน่วยที่ 7). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรรณภา พิพัฒน์ธนนวงศ์. (2560). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. คู่มือวิชาการสอนและให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://sites.google.com/a/bcnc.ac.th/apivan/bth-thi-4-kar-hikha-pruksa-thang-sukhphaph-x-wrm-pha-laea-x-xphiwanth>
- วรวรรณ วาณิชเจริญชัย. (2550). การจัดการความรู้ทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 4-13.
- วรภรณ์ ชัยปลัด, สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และปราณี มีหาญพงษ์. (2565). ผลของการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9(2), 40-54.
- วัชร ทรัพย์มี. (2553). *ทฤษฎีและกระบวนการการให้ปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- วิจารณ์ พานิช. (2548). *การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- วีรวัฒน์ มโนสุทธิ. (2566, เมษายน). ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการของสถาบันบำราศนราดูรและชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. *การประชุมวิชาการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล*, โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ สไต์ลิส คอนเวนชัน, นนทบุรี.
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand: NARST). (2561). *สถานการณ์การดื้อยาในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://amrthailand.net/Home/Thailand>

สภาการพยาบาล. (2563). *สื่อการการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*
ปี 2563. สืบค้นจาก: <https://www.tnmc.or.th/news/586>

สาคร อินทโธ, ทศนีย์ สีหาบุญนา และณัฐพร สายแสงจันทร์. (2564). พยาบาลควบคุมการติดเชื้อกับ
บทบาทการจัดการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพ. *Journal of*
Nursing and Health Care, 39(1), 14-20.

สายสมร เฉลยกิตติ และทิพย์มัมพร เกษโกมล. (2558). การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ: การพัฒนา
คุณภาพบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 253-262.

สิริมา ปุณณันท์. (2564). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-*
2565. สืบค้นจาก <http://www.fda.moph>

สุชาดา นิ่มวัฒนากุล และปาลิรัญญ์ ฐาสีรสวัสดิ์. (2561). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาคน พัฒนางาน
อย่างสร้างสรรค์: กรณีศึกษานุเคราะห์สาสน์สนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 29(2), 217-230.

แสงโสม เพิ่มพูล. (2556) *ศึกษาการจัดการความรู้ในการสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการ*
พยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี (วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีสเทย, นครปฐม.

อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2561) *แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4).*
กรุงเทพฯ: มิ่งเมือง.

American Nurses Association [ANA]. (2021). *Clinical Information*. Retrieved from
[https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/
disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/clinical-information](https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/clinical-information)

Ahsan A, Dewi ES, Suharsono T, Setyoadi S, Soplanit VG, Ekowati SI, Syahniar NP, Sirfefa RS, Kartika
AW, Ningrum EH, Noviyanti LW, Laili N. (2021). Knowledge management-based nursing
care educational training: a key strategy to improve healthcare associated infection prevention
behavior. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211044601.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in Education* (10thed.). Boston: Pearson Education.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2016). *Management of multidrug-resistance*
organisms in healthcare settings 2016. Retrieved from [http://www.cdc.gov/
ncidod/dhqp/gl_mdroideline_2016.html](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_mdroideline_2016.html)

- Chen, C. M., Lin, C. J., Wu, R.W., & Wang, C. H. (2016). Risk factors and molecular epidemiology of carbapenem-resistant *Acinetobacter calcoaceticus-baumannii* complex at a district hospital in Taiwan. *J Med Sciences*, 38(5).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Corey, G. (2008). *Theory and Practice of Group Counseling*. USA: Thomson book/Cole.
- _____. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling* (8th ed.). Canada: Brooks/Cole.
- Cormier, S., & Hackney, H. (2008). *Counseling strategies and interventions* (7th ed.). Boston: Pearson Education.
- Davenport, T. H., & Prusak, L. (1998). *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Boston: Harvard Business.
- Fennimore, L., & Wolf, G. (2017). Nurse manager leadership development. *The Journal of Nursing Administration*, 47(10), S20-S26.
- Gagnon, M. P., Payne-Gagnon, J., Fortin, J. P., Paré, G., Côté, J., & Courcy, F. (2015). A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study. *International Journal of Information Management*, 35(5), 636-642.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Family Therapy an Overview* (7th ed.). California: Books/Cole.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi Journal of Anesthesia*, 10, 328-331.
- Gupta, V. K., & Batra, S. (2016). Entrepreneurial orientation and firm performance in Indian SMEs: Universal and contingency perspectives. *International Small Business Journal*, 34(5), 660-682.
- Harper, M. (2020). How KM can help organizations cope with Covid-19 disruption. <https://www.apqc.org/blog/how-km-can-help-organizations-cope-covid-19-disruption>.
- International Council of Nurses (2012) The ICN Code of Ethics for Nurses
- Huang & Lai C. (2012). An investigation on critical success factors for knowledge management using structural equation modeling. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 40, 24-30.

- Hujala, T., & Laihonon, H. (2021), Effects of knowledge management on the management of health and social care: a systematic literature review. *Journal of Knowledge Management*, 25(11), 203-221. <https://doi.org/10.1108/JKM-11-2020-0813>
- Larsson, D. G. (2014). Antibiotics in the environment. *Upsala journal of medical sciences*, 119(2), 108-112. <https://doi.org/10.3109/03009734.2014.896438>
- Lawson, S. (2003). *Examining the relationship between organizational culture and knowledge management*. Nova Southeastern University.
- Lunden, A., Teräs, M., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2017). A systematic review of factors influencing knowledge management and the nurse leaders' role. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 407-420.
- Newstrom, J. W., & Davis, K. (1997). *Organizational behavior: Human behavior at work* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York: Oxford University.
- Marquardt, M. J. (2002). *Building the Learning Organization: Mastering the 5 Elements for Corporate Learning* (2nd ed.). USA: Davies-Black.
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: an integrative, testable theory. *Review of General Psychology*, 13(3), 242-251.
- Mintzberg, H. (1990). The manager's job: Folklore and fact. *Harvard business review*, 68(2), 163-176.
- McKnight, W. (2009). *90 Days to Success in Consulting*. Canada: Cengage Learning PTR.
- Polit, D. F., & Beck. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467.
- Roth, S., Jose, M., & Raman, V. (2021). The little-known key to successful pandemic response: knowledge management. <https://blogs.adb.org/blog/little-known-key-successful-pandemic-response-knowledge-management>

- Smith, C. R., Pogany, L., Foley, S., Wu, J., Timmerman, K., Gale-Rowe, M., & Demers, A. (2017). Canadian physicians' knowledge and counseling practices related to antibiotic use and antimicrobial resistance: two-cycle national survey. *Canadian Family Physician*, 63(12), e526-e535.
- Sherman, A. W., Bohlander, G. W. & Snell, S. A. (1995). *Managing Human Resource* (10th ed). California: South-Western College Pub.
- Sackett, C. R., Lawson, G., & Burge, P. L. (2015). Supervisor, counselor-in-training and client perspectives in counseling: a qualitative exploration. *The Professional Counselor*, 5(1), 163.
- Salehi, K., Kermanshahi, S., Mohammadi, E., & Hassanzadeh, M. (2015). The exploration of challenges in clinical knowledge management in nurses: A qualitative study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 2(4), 2015.
- Thompson, R. A. (2016). *Counseling techniques: Improving relationships with others, ourselves, our families, and our environment*. New York: Apex CoVantage.
- Unahalekhaka, A. (2011). *Best practice guideline for prevention of multidrug resistant organisms transmission in hospitals*. Chiangmai: Ming Muang.
- Wells, J. (2020). *Knowledge management and the impact of Covid-19*. Retrieved from <https://www.kmworld.com/Articles/Editorial/ViewPoints/Knowledge-management-and-the-impact-of-Covid-19-140784.aspx>
- World Health Organization (WHO). (2016). *Regional strategy on prevention and containment of antimicrobial resistance 2010-2015*. Retrieved from http://www.searo.who.int/LinkFiles/BCT_hlm-407.pdf
- _____. (2018). *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*. Retrieved from http://www.wpro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_plan_eng.pdf
- _____. (2018). *Antimicrobial resistance in the South-East Asia*. Retrieved from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/antimicrobial-resistance.pdf>
- _____. (2019). *Minimum requirements for infection prevention and control*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, J. T. (2007). Knowledge sharing: Investigating appropriate leadership roles and collaborative culture. *Tourism management*, 28(2), 530-543.



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ นายแพทย์นริศสร หล่อจิระสุนท์กุล นายแพทย์ชำนาญการ (อนุโรคติดเชื้อ)
 กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี
 ประธานคณะกรรมการจัดการเชื้อดื้อยา
 เขตสุขภาพที่ 5
2. อาจารย์ ดร. ปราณี มีหาญพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
3. อาจารย์ ดร. กัณตณ เชื้อฮ้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
4. พว. ปุณปวีร์ กิตติกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หัวหน้าคลินิกนมแม่
 กลุ่มงานผู้ป่วยนอกกลุ่มการพยาบาล
 โรงพยาบาลนครปฐม
5. พว. อัจฉริยา น้อยทรง พยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
 หัวหน้างานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
 โรงพยาบาลศิริรินทร์ บางนา กรุงเทพมหานคร



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

Christian University of Thailand



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เอกสารรับรองเลขที่ : น. 14/2565

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อตื้อยาด้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางภรภัศ ธนินโรจนธร

หน่วยงาน : หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์

ขอรับรองว่า โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจาก
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับรอง : 11 มกราคม 2566

วันที่หมดอายุ : 10 มกราคม 2568

ลงชื่อ 

(ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 มหาวิทยาลัยคริสเตียน

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่อาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ชื่อผู้วิจัย นางกรรภัค ธนินโรจนธร

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลราชบุรี

โทรศัพท์ 098-9292249

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา (ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น จำนวน 22 ข้อ หนึ่งครั้ง รวม 30 นาที หรือ ให้ สัมภาษณ์ ตอบข้อซักถาม พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที รวม 60 นาที หรือ เข้าร่วมโปรแกรมจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยา เป็นเวลา 3 ชั่วโมง) เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย(เช่น แบบสอบถามแถบบันทึกเสียง เป็นต้น) หากเก็บไว้ศึกษาต่อก็ต้องระบุให้ชัดเจน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
 อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
 นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
 ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย
 ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ 144
 หมู่ 7 ตำบลคอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1340 โทรสาร
 0-3427-4500

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร
 ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัคร
 วิจัยไว้แล้ว



ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางกรรภัค ธนินโรจนธร)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ
2. คู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ (รูปแบบ QR Code)
3. แผนการสอนเรื่องการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ
4. แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

1. ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประยุกต์กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของมาร์ควอร์ต (Marquardt, 2002) ที่มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) ค้นหาความรู้ โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ รับฟังปัญหาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และรวบรวมความรู้ที่ต้องการ ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และสรุปประเด็นที่ต้องการให้คำปรึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1.1) จัดประชุมการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โดยบรรยายปัญหาการติดเชื้อดื้อยา และระดมสมองเพื่อค้นหาความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ มีกิจกรรมดังนี้

1.1.1) ประเมินปัญหาในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ผ่านมา และค้นหาความรู้ที่ต้องการในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

1.1.2) สรุปประเด็นปัญหา และความรู้ที่ต้องการในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

1.1.3) ทำกิจกรรมร่วมแสดงความคิดเห็น(Dialogue) และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ผ่านมา ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และวางแผนการดำเนินการร่วมกัน

1.1.4) สรุปหัวข้อเกี่ยวกับความรู้ที่ต้องการในการให้คำปรึกษา

2) การสร้างความรู้ (Knowledge Creation) นำความรู้ที่ได้จากการสรุปปัญหา และข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มารวบรวม เพื่อวางแผนพัฒนาโปรแกรม

2.1) จัดประชุมระดมสมองหาเพื่อสร้างโปรแกรมความรู้เพื่อส่งเสริมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ดังนี้

2.1.1) เชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ ได้แก่ผู้มีความรู้และประสบการณ์ หลากหลายสาขา ร่วมพัฒนาโปรแกรม รวมทั้งหมด 6 ราย ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ 1 ท่าน รองผู้บริหารทางการแพทย์ระดับบริการ 1 ท่าน
พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน

หัวหน้าหน่วยคอมพิวเตอร์ และพัฒนานวัตกรรม 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ
ผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีและสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน เพื่อพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ร่วมกับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

2.1.2) ประชุมระดมความคิดจากผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ร่วมพัฒนาโปรแกรมจัดการความรู้ที่ได้จากการทบทวนความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดการ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ นำเพื่อพัฒนาเป็นคู่มือการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และบูรณาการเป็น ภาพ โปสเตอร์อินโฟกราฟฟิก (Infographic) วิดีโอเสริมความรู้ในรูปแบบ QR Code ที่อ้างอิงตามหลักวิชาการ

2.2) สรุปและรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสร้างความรู้

3) การจัดเก็บความรู้ (Knowledge Storage) นำความรู้ที่สร้างขึ้นที่ได้จากระดมสมอง หรือ ความรู้ที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาจัดเก็บ และจัดหมวดหมู่ความรู้ เป็นคู่มือให้ความรู้ 7 หมวด ได้แก่ ขั้นตอนการดำเนินการเมื่อพบการติดเชื้อดื้อยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การแยกและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และเก็บรวบรวมคู่มือในรูปแบบ QR Code (รายละเอียดดังภาคผนวก) จัดทำเป็นโปสเตอร์ (Infographic) และวิดีโอ ให้สะดวกในการเรียนรู้ เพื่อเตรียม รวบรวมไว้ในอินทราเน็ตโรงพยาบาล หัวข้อ AMR RBH นำเสนอในรูปแบบ dashboard ที่เข้าถึงได้ง่าย

4) การวิเคราะห์และการทำคลังความรู้ (Analysis and Data Mining)

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวม และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยส่งเอกสาร ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปทดลองใช้ ติดตามประเมินผล และมา ปรับปรุงแก้ไขความรู้ที่ได้จัดทำขึ้น

4.2 จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CoP AMR RBH) เพื่อเป็นช่องทาง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ในอินทราเน็ตโรงพยาบาล กรู๊ปไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Face book) กลุ่ม

5) การถ่ายโอนและเผยแพร่ความรู้ (Knowledge Transfer and Dissemination) จัดอบรมเพื่อ ส่งเสริมความรู้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดการเชื้อดื้อยา และ แนะนำการใช้ข้อมูลที่เผยแพร่ ทั้งการสื่อสารผ่านกรู๊ปไลน์ (Application line group) และเฟซบุ๊ก (Face book) กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น และในอินทราเน็ตของโรงพยาบาลหัวข้อ AMR RBH โรงพยาบาล โดยมีช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Cop AMR RBH) ที่เป็นช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ แชร์ประสบการณ์ และถามตอบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น กลุ่มทดลอง สามารถเข้ามาแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ได้อย่างอิสระโดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลและบันทึกการ แลกเปลี่ยนความรู้ดังกล่าวไว้ด้วยตนเอง

6) การประยุกต์ใช้และการทำให้ข้อมูลถูกต้องเที่ยงตรง (Knowledge Application and Validation) นำโปรแกรมความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ในการให้คำปรึกษา ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ กับ บุคลากรในหน่วยงาน การประเมิน และวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาของบุคลากรใน หน่วยงาน การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหน่วยงาน

การปฏิบัติการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหน่วยงาน และการประเมินผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งหลังนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มทดลอง ติดตามประเมินผล รับฟังความคิดเห็น นำข้อมูลถอดบทเรียน (Action Learning) ตรวจสอบความถูกต้อง ปรับปรุงชุดความรู้ให้ทันสมัยเพื่อใช้งาน และติดตามผลจากการใช้โปรแกรมจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

2. คู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (รูปแบบ QR Code)



3. แผนการสอนเรื่อง การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพ

แผนการสอนเรื่อง	การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพ
หัวข้อเรื่อง	การจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพ
ผู้เรียน	ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น จำนวน 30 คน โรงพยาบาลราชบุรี
ผู้สอน	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และพยาบาลให้คำปรึกษา
ระยะเวลาสอน	รวม 2 ชั่วโมง (แบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง)
สถานที่	ห้องประชุมปฐมจักรี โรงพยาบาลราชบุรี
วัตถุประสงค์ทั่วไป	1. เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นตระหนักถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพ 2. เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างถูกต้อง 3. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางโรงพยาบาลระดับต้นบอกถึงความสำคัญของการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้	สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงขั้นตอนการอบรม (ใช้เวลา 5 นาที) สวัสดีค่ะดิฉัน นางกรรภัช ธนินโรจนธร เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน วันนี้จะเชิญวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญมาให้ความรู้ในเรื่อง การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ บทนำ (ใช้เวลา 60 นาที) ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี 2593 คาดการณ์การเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ เชื้อ <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Acinetobacter baumannii</i> และ <i>Klebsiella pneumoniae</i> ปัจจุบันการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาลมี	- ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย - แนะนำขั้นตอนและวิธีการอบรมในรูปแบบต่าง ๆ - กล่าวบทนำ - บรรยาย - ผู้สอนจัดให้ผู้เรียนนั่งเป็นรูปครึ่งวงกลมกล่าวถึงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอน - นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดเชื้อดื้อยา	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ - โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน	- ผู้รับการอบรมสนใจในการบรรยาย/ซักถาม และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น - การสังเกตผู้เรียนมีความสนใจและร่วมเสนอความคิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึงอุบัติการณ์ของการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 - สังเกตจากความสนใจในการร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ประเทศไทย จากการศึกษาเบื้องต้น พบว่า มีการ ติดเชื้อแบคทีเรียคีโอซา ประมาณปีละ 88,000 ราย โดย เสียชีวิตประมาณปีละ 38,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทาง เศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท และอัตราการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวม เท่ากับ 1.5 ครั้ง/1,000 วัน นอน อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลทพววมหาวิทยาลัย มากที่สุดเท่ากับ 2.4 ครั้ง/1,000 วันนอน รองลงมา คือ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลศูนย์ เท่ากับ 1.9 ครั้ง/ 1,000 วันนอน (สถาบันบำราศนราดูร, 2565) โดยในปี พ.ศ. 2560-2565 พบเชื้อ <i>Acinetobacter baumannii</i> เพิ่ม สูงขึ้นจากร้อยละ 2.1 เป็นร้อยละ 57.8ของเชื้อแบคทีเรีย คีโอซาที่พบในโรงพยาบาล (ดิเรก ลิ้มมธุรสกุล, 2565) สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ปี 2565 พบอัตราการ ติดเชื้อคีโอซา 1.48 ของเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อใน โรงพยาบาลทั้งหมด เชื้อที่พบคือ <i>Acinetobacter</i>	ด้านจุลชีพ - ผู้สอนบรรยายเพิ่มเติม - ผู้สอนเปิดโอกาสให้ ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย		- การสังเกตผู้เรียนมีความ สนใจและร่วมเสนอความ คิดเห็น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นบอกถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของการติดเชื้อดื้อยาได้ - เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นบอกถึงความหมายและผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาได้	baumannii, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae และ Pseudomonas aeruginosa และพบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาสูงในกลุ่มงานวิกฤตสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาในกลุ่มงานอายุรกรรม ร้อยละ 64 (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี, 2565) นโยบายและแผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 มี 6 ข้อ ดังนี้ 1) จัดระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาโดยใช้ One Health approach 2) ควบคุมการกระจายยาปฏิชีวนะ 3) จัดมาตรการป้องกัน ควบคุม และการใช้ยาปฏิชีวนะในมนุษย์อย่างเหมาะสม 4) จัดมาตรการป้องกัน ควบคุม และการใช้ยาปฏิชีวนะในการเกษตรอย่างเหมาะสม	- ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - วิดีโอการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล 	- การสังเกตผู้เรียนมีความสนใจและร่วมเสนอความคิดเห็น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	5) สร้างความตระหนักถึงเชื้อมีดื้อยาและการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมกับสาธารณสุข 6) สร้างกลไกและประยุกต์ใช้มาตรการจัดการเชื้อมี ดื้ออย่างโปร่งใสและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน บทบาทของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มี บทบาทในการรับนโยบาย และทำตามยุทธศาสตร์ที่ เกี่ยวข้องในการบูรณาการในโรงพยาบาลคือ ยุทธศาสตร์ ข้อที่ 3 คือ จัดมาตรการป้องกัน ควบคุม และใช้ยา ปฏิชีวนะในมนุษย์อย่างเหมาะสม ความหมายของการติดเชื้อดื้อยา การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล หมายถึงการติดเชื้อที่ เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพ ขณะอยู่ใน โรงพยาบาลโดยอาจเป็นเชื้อจุลชีพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นเชื้อจากภายนอกร่างกาย ผู้ป่วยและเป็นเชื้อจุ ลชีพที่ทดสอบแล้วว่าดื้อต่อยาต้านจุลชีพ โดยขณะที่ผู้ป่วย เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลไม่มีอาการและอาการ แสดงของการติดเชื้ออยู่และไม่ได้อยู่ในระยะพักตัวของ	 - ผู้สอนส่วมให้ผู้เรียน 1-2 คน บอกถึงความหมาย และผลกระทบของการติด เชื้อมีดื้อยา	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบการสอน	- ผู้เรียนสามารถบอกถึง ความหมายและผลกระทบของ การติดเชื้อดื้อยา ถูกต้อง อย่างน้อยร้อยละ 80 - สังเกตจากความสนใจ ในการร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นบอกถึงวิธีการแพร่กระจายเชื้อคื้อยาได้	เชื่อกฎที่ไม่ทราบระยะฟักตัวของเชื้อให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล สรุปการติดเชื้อคื้อยา เป็นการติดเชื้อจุลชีพที่มีการติดต่อทางด้านจุลชีพที่เกยมีประสิทธิภาพในการต้านเชื้อจุลชีพที่ใช้อยู่ในขณะนั้น (WHO, 2015) ผลกระทบของการติดเชื้อคื้อยา การติดเชื้อคื้อยาส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายประการทั้งการเสียชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อคื้อยา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องตระหนักถึงเพื่อช่วยการลดการติดเชื้อและผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการแพร่กระจายเชื้อคื้อยาด้านจุลชีพ วิธีการแพร่กระจายเชื้อคื้อยา หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่เชื้อคื้อยาสามารถแพร่กระจายเชื้อจากแหล่งของเชื้อไปสู่สิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (contact transmission) ได้แก่ 1. การแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสทางตรง	- ผู้สอนสุ่มให้ผู้เรียน 1-2 คน บอกถึงผลกระทบของการติดเชื้อคื้อยา - ผู้สอนสรุปบรรยายเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย ผู้สอนสุ่มให้ผู้เรียน 1-2 คน บอกถึงวิธีการแพร่กระจายเชื้อคื้อยา - ผู้สอนสรุปบรรยายเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน	- การสังเกตผู้เรียนมีความสนใจและร่วมเสนอความคิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึงวิธีการแพร่กระจายเชื้อคื้อยาได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 - สังเกตจากความสนใจในการร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	เป็นการแพร่กระจายเชื้อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง โดยการสัมผัสทางผิวหนังร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรีย คือยาหลายขนาน การแพร่กระจายเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากมือของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล รวมถึงนักกายภาพบำบัด สัมผัสกับแหล่งของเชื้อโรค เช่น ขณะที่บุคลากรปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ หรือการสัมผัสร่างกายผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การทำแผล การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้เชื้อโรคจะติดมากับมือของบุคลากร แล้วแพร่กระจายไปสู่ผู้ป่วยอื่นได้ หากบุคลากรเหล่านี้ขาดความระมัดระวังและไม่ทำความสะอาดมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย (นลินี อัครโกศล, 2544) 2. การแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสทางอ้อม เป็นการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผ่านอุปกรณ์เครื่องใช้ทางการแพทย์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่มีการ		- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ - เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน -	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางกร พยาบาลระดับต้นบอกถึง แนวทางการจัดการ เชื้ดื้อยาต้านจุลชีพได้	ปนเปื้อนเชื้อดื้อยา เช่น พื้นห้อง เติง หมอน โต๊ะข้าง เตียง รวากันเตียง ภาชนะตวงปัสสาวะ เป็นต้น สิ่ง เหล่านี้หากไม่ได้รับการทำความสะอาดหรือการทำลาย เชื้อที่ถูวิธีจะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อ โรค และนำเชื้อมา สู่ร่างกายผู้ป่วยได้ ชั้นสอน (ใช้เวลา 60 นาที) แนวทางการจัดการเชื้ดื้อยา ต้านจุลชีพ คำแนะนำการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้ดื้อยา ต้านจุลชีพ ของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค ประเทศ สหรัฐ อเมริกา (CDC, 2006) มีดังนี้ Category IA : คำแนะนำที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด (highly recommended) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก งานวิจัยที่เป็นระบบ ถูกต้องตามระเบียบวิจัย Category IB : คำแนะนำให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด (recommended) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยและ สนับสนุนด้วยทฤษฎีที่มีเหตุผล Category IC : คำแนะนำให้ควรปฏิบัติ (suggested)	- ผู้สอนสุ่มให้ผู้เรียน 1-2 คนบอกถึงการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการติดเชื้ดื้อยา - ผู้สอนสรุปบรรยาย เพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน	- การสังเกตผู้เรียนมีความ สนใจและร่วมเสนอความ คิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึงการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้ดื้อ ยาได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 - สังเกตจากความสนใจใน การร่วมอภิปราย - การสังเกตผู้เรียนมี ส่วนร่วม - สังเกตจากความสนใจ ในการร่วมอภิปรายแนว

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นสามารถบอกถึงการให้ความรู้ได้แก่การทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องได้	ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละประเทศ Category II : คำแนะนำให้ปฏิบัติโดยมีงานวิจัยและทฤษฎีแนะนำให้ปฏิบัติ No recommendation : คำแนะนำนี้ยังไม่มีข้อสรุปนี้หรือไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ โดยมีแนวทางการจัดการการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพ ดังนี้ หมวดที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาแก่บุคลากรในหน่วยงาน โดยหัวใจสำคัญ คือ การทำความสะอาดมือ การเคร่งครัดในเรื่องการทำความสะอาดมือ 5 Moment และการปฏิบัติตามสุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลากรมีการครบล้างมือ 7 ขั้นตอนถูกวิธี การทำความสะอาดมือให้ทำความสะอาดมือหลังจากสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง น้ำที่หลั่งออกจากอวัยวะ สิ่งขับถ่ายและของใช้ที่มีการปนเปื้อน ไม่ว่าจะใส่ถุงมือหรือไม่ก็ตาม โดยใช้สบู่ในการทำความสะอาดมือตามปกติและใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเมื่อทำหัตถการ เพื่อป้องกัน	- ผู้สอนสุ่มให้ผู้เรียน 1-2 คน บอกถึงวิธีการและสาธิตการทำความสะอาดมือ - ผู้สอนและผู้เรียนคนอื่นช่วยกันวิเคราะห์วิจารณ์การทำทำความสะอาดมือ - เปิดวิดีโอขั้นตอนการทำทำความสะอาดมือ - ผู้สอนสาธิตการทำความสะอาดมือ - ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับการทำทำความสะอาดมือ	- วิดีโอขั้นตอนการทำความสะอาดมือ  - กล้อง Back light - โลชั่นผสมสารเรืองแสงทดสอบการทำความสะอาดมือ	ปฏิบัติ - การสังเกตผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปรายและแสดงความคิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึงการทำความสะอาดมือได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 - ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับการทำทำความสะอาดมือได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 - สังเกตจากความสนใจในการร่วมอภิปรายและสาธิต

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	การแพร่เชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่นหรือสิ่งแวดล้อม (Category IA) การทำความสะอาดมือ โดยทั่วไปมี 3 แบบคือ 1. การทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่ธรรมดา (normal hand washing) เพื่อกำจัดสิ่งสกปรก ฟันละออง เหงื่อไคลไขมัน สารอินทรีย์และเชื้อโรคที่อยู่ชั่วคราวบน มือ การล้างมือวิธีนี้กำจัดเชื้อโรคได้น้อยกว่าการใช้น้ำยา ฆ่าเชื้อ 2. การทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ (hygienic handwashing) สามารถกำจัดเชื้อโรคบนมือ ได้ทั้งเชื้อที่อยู่ชั่วคราวและเชื้อโรคที่อยู่เป็นประจำได้ ดีกว่าการล้างด้วยน้ำกับสบู่ ซึ่งน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ทำความ สะอาดมือมีหลากหลายชนิดและมีคุณสมบัติในการ ทำลายเชื้อแตกต่างกัน ตัวอย่างน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ทำความ สะอาดมือ เช่น 70% alcohol, 4% chlorhexidine, iodine compound, iodophores, phenol derivative, trilosan และ quaternary ammonium compounds เป็นต้น	 Christian University of Thailand		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	จากการศึกษาพบว่า 70% alcohol มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อโรคดีที่สุด และออกฤทธิ์เร็วที่สุด ส่วน 4% chlorhexidine มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อโรคออกฤทธิ์เร็วปานกลางแต่คงการออกฤทธิ์ได้นานกว่า สำหรับ iodine compound มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อโรคดีกว่า 4% chlorhexidine แต่น้อยกว่า 70% alcohol แต่มีข้อเสียคือทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและเกิดการแพ้ได้ง่าย จากการศึกษพบว่า 70%alcohol ทำลายเชื้อได้ดีรวมทั้งเชื้อมดและเมื่อผสมกับ chlorhexidine gluconate จะมีฤทธิ์คงค้างอยู่ได้นาน ดังนั้นบุคลากรต้องเลือกใช้น้ำยาทำความสะอาดมือให้เหมาะสมกับกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย 3. การถูมือด้วยแอลกอฮอล์ (alcohol-base handrub) ใช้ทำความสะอาดมือกรณีที่มีมือไม่เปื้อนสิ่งสกปรก เลือด หรือสารคัดหลั่ง อย่างเห็นได้ชัดเจน การถูมือด้วยแอลกอฮอล์ถูกนำมาใช้เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการเดินทางไปอ่างล้างมือ ช่วยแก้ปัญหาอ่างล้างมือไม่พอ อ่างล้าง			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	มืออยู่ไกล ผ้าเช็ดมือ ไม่เพียงพอผ้าเช็ดมือไม่สะอาดพอ ผิวแห้งและระคายเคือง การถูมือด้วยแอลกอฮอล์จึงเป็น การอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากร โดยหวังว่าบุคลากร จะทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น ข้อบ่งชี้ในการทำมาสะอาดมือ ยึดตามหลัก 5 Moment วิธีการทำความสะอาดมือน้ำกับสบู่หรือน้ำ ยาฆ่าเชื้อ 1. สำรวจดูรอยแผลและสิ่งสกปรกต่าง ๆ บนมือ เนื่องจากหากมีแผลบนมือจะเป็นทางเข้าของเชื้อโรค ต้องทำแผลและปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำให้เรียบร้อยก่อนล้าง มือ ส่วนการสำรวจสิ่งสกปรกบนมือจะช่วยให้เลือก วิธีการทำความสะอาดมือได้ถูกต้องว่าจะล้างมือโดยใช้ น้ำกับสบู่ น้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือถูมือด้วยแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังทำให้ทราบว่ามีบริเวณใดที่ต้องทำความสะอาด มากเป็นพิเศษ 2. ถอดแหวน นาฬิกา และเครื่องประดับอื่นที่มีมือออก	 Christian University of Thailand		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นบอกถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้	เพราะเครื่องประดับทำให้ทำความสะอาดมือได้ไม่ทั่วถึง อาจทำให้มีสิ่งสกปรกและเชื้อโรคค้างอยู่ 3. ทำความสะอาดมือให้ทั่วทุกส่วนของมือ โดยใช้เวลาอย่างน้อย 15 วินาที เพื่อกำจัดสิ่งสกปรกและเชื้อโรคออกจากมือ 4. ถูมือให้ครบ 7 ขั้นตอน ดังนั้นหากบุคลากรทำความสะอาดมือครบทุกส่วนของมือด้วยวิธีการที่ถูกต้อง ใช้น้ำยาทำความสะอาดมือและระยะเวลาที่ถูกต้อง แต่กลับขั้นตอนถือว่าบุคลากรล้างมือถูกต้อง หมวดที่ 2 การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา (Category IB) 1. แนวทางในการแยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในหน่วยงานหนึ่งกรณีมีห้องแยกให้ปฏิบัติดังนี้ (Category IB) 1.1 ติดป้ายหรือสัญลักษณ์ที่แสดงว่ามีการติดเชื้อดื้อยาติดไว้หน้าห้องและหน้าเพิ่มเวชระเบียนของผู้ป่วย 1.2 มีอ่างล้างมือแอลกอฮอล์ทำความสะอาดภายในห้องหรือหน้าห้องของผู้ป่วยสาม 1.3 แยกของใช้สำหรับผู้ป่วยได้แก่ เครื่องวัดความ	 - ผู้สอนสุ่มให้ผู้เรียน 1-2 คนบอกถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา - ผู้สอนสรุปบรรยายเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน	- การสังเกตผู้เรียนมีความสนใจและร่วมเสนอความคิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึงการปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	คันโลहित พรอทวัดไ้ หม้อนอน ผ้าเช็ดตัวอุปกรณ์ อาบนํ้า 2. กรณีไม่มีห้องแยกหรือผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในห้อง ให้ปฏิบัติดังนี้ 2.1 แยกผู้ป่วยไว้ในส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยทางจาก ผู้ป่วยอื่นอย่างน้อย 3 ฟุต โดยให้ผู้ป่วยติดเชื้อมายอยู่ใน บริเวณเดียวกัน 2.2 ถ้าไม่สามารถให้ผู้ป่วยติดเชื้อมายอยู่ใน บริเวณเดียวกันได้ควรจัดให้อยู่ในบริเวณเดียวกันกับ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ 2.3 เขียนป้ายหรือสัญลักษณ์ที่แสดงว่ามีผู้ป่วยติด เชื้อมายติดไว้ที่หัวเตียงและหน้าवेशระเบียนของผู้ป่วย 2.4 มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือไว้ที่เตียง ผู้ป่วย 2.5 มีการแยกของใช้สำหรับผู้ป่วยได้แก่ เครื่องวัด ความดันโลหิต พรอทวัดไ้ หูฟัง หม้อนอนผ้าเช็ดตัว อุปกรณ์อาบนํ้า			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางกร พยาบาลระดับต้นบอกถึง การจัดการกรณีมีการ ระบาดของเชื้อคื้อยา ในหน่วยงาน ได้	หมวดที่ 3 การจัดการกรณีมีการระบาดของเชื้อคื้อยาใน หน่วยงาน (Category IB) กรณีที่ 1 มีผู้ป่วยติดเชื้อมีการระบาดด้านจุลชีพในช่วงเวลา 2 รายขึ้นไปในหน่วยงานหรือในพื้นที่ที่ไม่เคยมีมาก่อน กรณีที่ 2 มีผู้ป่วยติดเชื้อมีการระบาดด้านจุลชีพที่เกิดขึ้นใหม่ ในหน่วยงาน ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป ในหน่วยงานที่เคยมี ผู้ป่วยติดเชื้อมีการระบาดด้านจุลชีพพิเศษอยู่เป็นประจำ การจัดการกรณีมีการระบาดของเชื้อคื้อยาในหน่วยงาน ให้ปฏิบัติตามมาตรการ ดังนี้ 1. เมื่อพบการระบาดของเชื้อคื้อยา มอบหมายให้ บุคลากรใน หน่วยงานทำ Big cleaning ภายใน 1 วันแรก ที่ยืนยันการระบาด 2. ดำเนินการควบคุมการระบาดเบื้องต้นให้ได้ภายใน ระยะเวลา 3 วัน โดยทีมควบคุมการระบาด เช่น การทำ Active surveillance ในผู้ป่วยทุกรายใน Lock เดียวกัน กรณีผู้ป่วยย้ายเตียงให้พิจารณาตามความเสี่ยงในการ	- ผู้สอนสรุปบรรยาย เพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน	- สังเกตจากความสนใจใน การร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการ พยาบาลระดับต้นบอกถึง การสื่อสารการจัดการ เชื้อมือในหน่วยงาน ได้	สัมผัเชื้อ หมวดที่ 4 การสื่อสารให้บุคลากรต่าง ๆ ทราบ (Category IB) - เมื่อพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ มือด้านจุลชีพ แจ้งผลการตรวจเมื่อพบเชื้อมือยาคิน ควบคุมพิเศษ /พบการระบาด ในกลุ่มLine: AMR Alert - ติดป้ายสัญลักษณ์มือยาคิน หน้าเวชระเบียนผู้ป่วย โดย บุคลากรในหอผู้ป่วย - แขวนป้ายสัญลักษณ์มือยาคิน ที่เตียงผู้ป่วย โดย บุคลากรในหอผู้ป่วย - แจกแผ่นพับ/ QR Code วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อมือยาคินให้แก่ญาติ(ภาคผนวก) โดย บุคลากรหอผู้ป่วย - ข้อความ Pop up เตือนมือยาคิน ในระบบ HOSxP โดย พยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ - ตรวจสอบประวัติการตรวจพบเชื้อมือยาคินจากระบบ HOSxP ในผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย โดยบุคลากรประจำหอ	- ผู้สอนสรุปบรรยาย เพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน	- สังเกตจากความสนใจใน การร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นบอกถึงการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้อง	ผู้ป่วย หมวดที่ 5 การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดื้อยา(Category IB) 1. ให้ปฏิบัติตามหลัก Standard precaution กับผู้ป่วยทุกราย 2. ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส Contact Precaution เป็นประจำอย่างเคร่งครัด 2.1 ทำความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ 4% chlorhexidine gluconate กรณีที่มือไม่เปื้อนใช้ Alcohol hand rub กดประมาณ 1-2 ครั้ง ถูมือสองข้างให้ทั่ว และรอนน้ำยาแห้ง 2.2 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่คาดว่าจะมีโอกาสดูดซับเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยโดยปฏิบัติดังนี้ (Category IB) 2.2.1 สวมหน้ากากอนามัยเพื่อให้การพยาบาลที่มีโอกาสเกิดการกระเด็นของสารคัดหลั่งเช่นการทำ	- ผู้สอนสรุปบรรยายเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - ภาพอินโฟกราฟฟิก 	- สังเกตจากความสนใจในการร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	สะอาดผลการดูแลคนไข้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วย 2.2.2 การสวมถุงมือเมื่อให้การพยาบาลที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ไม่ปกติโดยสวมถุงมือที่มีขนาดเหมาะสมกับมือและเลือกชนิดถุงมือให้เหมาะสมกับการปฏิบัติแต่ละกิจกรรม 2.2.3 ไม่ใช้ถุงมือคู่เดิมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ราย ไม่ยั้งถึงมือเมื่อใช้ซ้ำเนื่องจากทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเปลี่ยนถุงมือคู่ใหม่เมื่อต้องสัมผัสส่วนของร่างกายที่สะอาดหลังจากสัมผัสบริเวณที่มีการปนเปื้อนและล้างมือหลังถอดถุงมือทุกครั้ง 2.2.4 สวมเสื้อคลุมผ้ากันเปื้อนพลาสติกอย่างเหมาะสมตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสหรือสารคัดหลั่งเพื่อป้องกันผิวหนังและเสื้อเปื้อนถอดเสื้อคลุมและทำความสะอาดมือก่อนออกจากบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วย 2.2.5 สวมแว่นตาเพื่อป้องกันใบหน้าหรือ			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นบอกถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมได้	อุปกรณ์ป้องกันหลายชนิดร่วมกันตามความจำเป็นเพื่อป้องกันการกระเด็นของเลือดสารคัดหลั่งหรือสิ่งขับถ่ายจากผู้ป่วยเข้าตาจมูกหรือปาก หมวดที่ 6 การจัดการสิ่งแวดล้อม (Category IB) 1. การทำความสะอาดห้องพักผู้ป่วยให้มีการทำความสะอาดห้องผู้ป่วยทุกวันและหากผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ทำความสะอาดห้องทันทีที่เสื้อผ้าผู้ป่วยแยกและส่งซักที่หน่วยซักฟอกโดยทำลายเชื้อบนพื้นผิวบริเวณผู้ป่วยติดเชื้อมีเช่นเดียวรวกันเตียงโต๊ะข้างเตียงโดยเช็ดบริเวณนั้นด้วยน้ำผสมน้ำยา Sodium hypochlorite หรือเช็ดด้วย 70% alcohol 2. การทำลายเชื้ออุปกรณ์การแพทย์เมื่อใช้กับผู้ป่วยหรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแล้วให้ปฏิบัติทันทีภายหลังการใช้งาน เช่น Stethoscope, เครื่องตรวจน้ำตาล และ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้เช็ดด้วย 70% alcohol 3. การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยใช้ 2%	- ผู้สอนสรุปบรรยายเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - ภาพอินโฟกราฟฟิก 	- สังเกตจากความสนใจในการร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับต้นบอกถึงการเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย/กลับบ้าน ได้	Chlorhexidine 4. จัดลำดับในการทำความสะอาดและทำลายเชื้อจากบริเวณที่สะอาดก่อนบริเวณที่มีการปนเปื้อนหรือสกปรก หมวดที่ 7 การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย/กลับบ้าน (Category IB) 1. การส่งต่อผู้ป่วย ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่หน่วยงานอื่น ๆ ให้แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบก่อนเสมอ เพื่อวางแผนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยกัน กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยหรือญาติให้ติดต่อพยาบาลคัดกรอง ก่อน ทุกครั้งพิจารณาส่งหน่วยตรวจตามที่ระบุเพื่อให้เสร็จภารกิจ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด (FAST TRACK) แนบใบส่งตัวข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อมาพร้อมกับใบส่งตัวผู้ป่วย 2. การจำหน่ายผู้ป่วย กรณีจำหน่ายกลับบ้าน 2.1 แจกแผ่นพับ/QR Code ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมาหลังจำหน่ายกลับบ้าน	- ผู้สอนสรุปบรรยายเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - วิดีโอการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน 	- สังเกตจากความสนใจในการร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหารทางการ พยาบาลระดับต้นบอกถึง กระบวนการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการจัดการซื้อค ือยด้านจุลชีพได้	2.2 ดิฉันสัญลักษณ์คือยา สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติ รับทราบ <u>การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการซื้อคื้อยด้านจุลชีพ</u> <u>(ใช้เวลา 60 นาที)</u> 1.การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกในการ คำปรึกษาโดยการให้เกียรติ สร้างความเป็นมิตร และ มุ่งเน้นให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมเพื่อสำรวจปัญหาของ ตนเอง การให้คำปรึกษาครั้งแรกมีความสำคัญเนื่องจาก ผู้ขอรับคำปรึกษาจะพิจารณาถึงความพร้อมของผู้ให้ คำปรึกษาทั้งทางวาจา ภาษาท่าทาง และการแสดงออก 2.การประเมิน และวินิจฉัยปัญหา ทั้งผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาต้องมีความเข้าใจในประเด็นปัญหา โดยการประเมินสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ปัญหา ของผู้รับคำปรึกษา (สิ่งกระตุ้นทำให้เกิดปัญหา เวลา แหล่งที่มา การควบคุม การเปลี่ยนแปลงและระยะเวลา ประสบการณ์ที่คล้ายกันก่อนหน้านี้และระดับ ความเครียด) ทรัพยากรภายใน (เช่น การรับฟังเรื่องราว	- ผู้สอนสุ่มให้ผู้เรียน 1-2 คน บอกถึงกระบวนการให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการซื้อ คื้อยด้านจุลชีพได้	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (PowerPoint) - เอกสารประกอบ การสอน	- การสังเกตผู้เรียนมีความ สนใจและร่วมเสนอความ คิดเห็น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	ของผู้ขอคำปรึกษา) และทรัพยากรภายนอก และความสามารถและทักษะของผู้รับคำปรึกษาในการแก้ปัญหา (ความเครียด ความเชื่อ และผู้สนับสนุน) ซึ่งจะประเมินได้จากสัมภาษณ์ และการสังเกต 3. การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการให้คำปรึกษา เนื่องจาก เป้าหมายเป็นผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่ผู้ขอรับคำปรึกษาต้องการได้รับเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา 4. การปฏิบัติการให้คำปรึกษา การปฏิบัติให้คำปรึกษานั้น ผู้ให้คำปรึกษาควรพิจารณานำแนวคิด/ทฤษฎี มาใช้ในการเข้าถึงผู้ขอรับคำปรึกษา อาทิการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้รับคำปรึกษาเข้ามามีส่วนร่วม เลือกรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองมากกว่าการเข้าไปแทรกแซง 5. การประเมินผล และการยุติการให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการให้คำปรึกษา การสิ้นสุดการให้คำปรึกษาต้องดำเนินการตรวจสอบวิธีการ และผลลัพธ์			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้ผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับ ต้นบอกถึงการจัดการ เชื้อมีประสิทธิภาพได้	ในการให้คำปรึกษา ควรมีการวางแผนอย่างดีเพื่อให้ได้ บทสรุปเชิงบวก ต่อผู้รับคำปรึกษา อาทิ ผู้ขอรับ คำปรึกษา ไม่เกิดอารมณ์โกรธ หรือวิตกกังวล บทสรุป (ใช้เวลา 10 นาที) การติดเชื้อคือยาที่เป็นปัญหาที่สำคัญของการติดเชื้อใน โรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อัตราตาย ค่าใช้จ่าย และระยะวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลด้วย ซึ่งผู้บริหารทางการ พยาบาลระดับต้น มีความสำคัญในการให้คำปรึกษา บุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับการจัดการเชื้อยา เพื่อให้ บุคลากรในหน่วยงานสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่าง ถูกต้อง โดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ดังนั้น ผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น จึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือให้คำปรึกษาบุคลากรในหน่วยงานให้มี ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เกิดการบริการ พยาบาลที่มีคุณภาพ และปฏิบัติการพยาบาลได้บรรลุ	- ผู้สอนเปิดโอกาสให้ ผู้เรียนซักถามปัญหา ข้อสงสัย และให้ข้อ เสนอแนะ - ผู้สอนกล่าวสรุปและ ขอบคุณผู้เรียน	- โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพาเวอร์ พอยท์ (PowerPoint)	- การสังเกตผู้เรียนมีความ สนใจและร่วมเสนอความ คิดเห็น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	เป้าหมายขององค์การต่อไป			



Christian University of Thailand

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี. (2565). รายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำปี 2552. ราชบุรี: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี.
- ดิเรก ลีम्मธุรสกุล. (พฤษภาคม 2565). สรุปข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา ปี 2564- 2565 การประชุม เรื่อง การพัฒนาแนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเชื้อดื้อยา ประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมกองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี. (2565). การเสนอผลการติดเชื้อดื้อยา ปี 2564-2565. เอกสารการประชุมกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี ประจำเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565. ราชบุรี: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี.
- นิธิมา สุ่มประดิษฐ์. (2565). (พฤษภาคม 2565). สรุปผลลัพธ์การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการจัดการเชื้อดื้อยา 2565 การประชุมเรื่อง แผนปฏิบัติการด้านการจัดการเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมกองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2556). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2556). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. *Epidemiology and evidence-based practice guideline in prevention of hospital-associated infections*. เชียงใหม่: มิ่งเมือง.
- Corey, G. (2008). Theory and Practice of Group Counseling. USA: Thomson book/Cole.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Management of multidrug-resistance organisms in healthcare settings*. Retrieved From http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_mdroguideline 2016.html
- World Health Organization (WHO). (2016). *Regional strategy on prevention and containment of antimicrobial resistance 2010-2015*. Retrieved from http://www.searo.who.int/LinkFiles/BCT_hlm-407.pdf

Simor, A. E., Gilbert, N. L., Gravel, D., Mulvey, M. R., Bryce, E., Loeb, M., et al. (2010). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization or infection in Canada: national surveillance and changing epidemiology, 1995-2007. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31, 348-356



Christian University of Thailand

3. แบบสอบถาม

เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการ

เชื่อด้อยด้านจุลชีพของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง”

ชื่อนักศึกษา นางภรภัค ธนินโรจนธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. พัทธราภรณ์ อารีย์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อด้อยด้านจุลชีพ ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

2. แยกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับอายุ เพศ อายุงาน ระดับการศึกษา หน่วยงานหลักในโรงพยาบาลนี้ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ และการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อด้อยด้านจุลชีพของผู้บริหารระดับต้น รวม 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิด แบบประมาณค่า 5 ระดับของ ไลเคิร์ต (Likert's five rating scale) เพื่อสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื่อด้อยของผู้บริหารระดับต้น แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินปัญหา และการวินิจฉัยเกี่ยวกับผู้ขอรับคำปรึกษา 3) กำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา 4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษา และ 5) การติดตามประเมินผล เมื่อการให้คำปรึกษาสิ้นสุดลง คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale)

โดยกำหนดค่าระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

สอบถามการรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษา

คะแนน 1 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีมีการให้คำปรึกษาเลย

คะแนน 2 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีให้คำปรึกษานาน ๆ ครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีให้คำปรึกษาบ่อยครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง ท่านรับรู้ให้คำปรึกษาเกือบทุกครั้ง

คะแนน 5 หมายถึง ท่านรับรู้ให้คำปรึกษาทุกครั้ง

3. ขอความกรุณาโปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความคิดเห็นและความเป็นจริง
ของการทำงานมากที่สุด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับการอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ
ในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(นางภรภัศ ธนินโรจนธร)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน



Christian University of Thailand

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุปัจจุบัน..... ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ระดับปริญญาตรี ☐ ระดับปริญญาโท
☐ ระดับปริญญาเอก

4. หน่วยงานหลักในโรงพยาบาล โปรดระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง

☐ หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หัวหน้างาน

☐ รองหัวหน้าหอผู้ป่วย/ รองหัวหน้างาน

☐ พยาบาลหัวหน้าเวร

☐ พยาบาลหัวหน้าทีม

6. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบัน จำนวน.....ปี

7. ประสบการณ์การเข้าอบรม/การศึกษาเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้

7.1 การเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

☐ ไม่เคย

☐ เคยได้รับการอบรม ระบุ (หัวข้อ /สถานที่ / ระยะเวลา)

☐ เคยได้รับการอบรมเฉพาะทาง ระบุ (หัวข้อ /สถานที่/ ระยะเวลา).....

.....

7.2 การเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุ (หัวข้อ /สถานที่ / ระยะเวลา).....

.....

7.3 การเข้ารับการอบรม/ศึกษาเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา

☐ ไม่เคย

☐ เคยได้รับการอบรม ระบุ (หัวข้อ/ สถานที่/ ระยะเวลา).....

.....

☐ เคยได้รับการอบรมเฉพาะทาง ระบุ (หัวข้อ/ สถานที่ / ระยะเวลา)

.....

8. ท่านมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน

☐ ไม่ใช่

☐ ใช่ ระบุ (ปีที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ)



Christian University of Thailand

**ส่วนที่ 2 การรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหาร
ระดับต้น โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง**

คำชี้แจง แบบสอบถาม รวม 22 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวโดยคำตอบมีความหมาย ดังนี้

สอบถามการรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษา

คะแนน 1 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีไม่มีการให้คำปรึกษาเลย

คะแนน 2 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีให้คำปรึกษานาน ๆ ครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีให้คำปรึกษาบ่อยครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีให้คำปรึกษาเกือบทุกครั้ง

คะแนน 5 หมายถึง ท่านรับรู้ว่ามีให้คำปรึกษาทุกครั้ง

การรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	1 ไม่เคย	2 นาน ๆ ครั้ง	3 บ่อย ครั้ง	4 เกือบ ทุกครั้ง	5 ทุกครั้ง	
ด้านการสร้างสัมพันธภาพ (relationship building)						
1. ท่านสร้างสัมพันธภาพ โดยให้เกียรติกับบุคลากร ที่รับคำปรึกษา						
2. ท่านสร้างสัมพันธภาพ โดยแสดงความเป็นมิตรกับ บุคลากรที่รับคำปรึกษา เช่นการทักทายสั้น ๆ หรือ การพูดคุยเรื่องทั่วไป						
3. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการ ประเมินปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วยตนเอง						
4. ท่านรับฟังบุคลากรที่รับคำปรึกษา เมื่อมีปัญหา ในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและต้องการความ ช่วยเหลือ						
5. ท่านพร้อมและยินดีที่จะช่วยเหลือบุคลากรที่รับ คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ						
6. ท่านแสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ เช่น การรับ ฟังอย่างตั้งใจ การพยักหน้ารับ การสบตาขณะพูดคุย เป็นต้น						

การรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	ระดับการรับรู้					สำหรับผู้วิจัย
	1 ไม่เคย	2 นาน ๆ ครั้ง	3 บ่อย ครั้ง	4 เกือบ ทุกครั้ง	5 ทุกครั้ง	
ด้านการประเมิน และการวินิจฉัย (Assessment and diagnosis) เกี่ยวกับผู้รับคำปรึกษา						
7. ท่านประเมินความเข้าใจของบุคลากรที่รับคำปรึกษาในสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อมือด้านจิตเวชของผู้ป่วย						
8. ท่านประเมินปัญหา และรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกต เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยปัญหาการจัดการเชื้อมือด้านจิตเวช						
9. ท่านประเมินความสามารถและทักษะของบุคลากรที่รับคำปรึกษาในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อมือด้านจิตเวช						
10. ท่านประเมินแหล่งสนับสนุนและประเมินทางเลือกที่จะช่วยเหลือบุคลากรที่รับคำปรึกษาในการจัดการปัญหาการติดเชื้อมือด้านจิตเวช						
ด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา Formulation of counseling goals						
11. ท่านและบุคลากรที่รับคำปรึกษาร่วมกันกำหนดเป้าหมายให้บรรลุผลลัพธ์ด้านการจัดการเชื้อมือด้านจิตเวช						
12. ท่านช่วยให้บุคลากรที่รับคำปรึกษาเข้าใจผลลัพธ์ของการจัดการเชื้อมือด้านจิตเวช						
13. ท่านช่วยเหลือให้บุคลากรที่รับคำปรึกษาตั้งเป้าหมาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการลดอัตราการติดเชื้อมือด้านจิตเวชได้						
14. ท่านให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่บุคลากร ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจ/ไม่เข้าใจ/วิตกกังวล/ไม่มั่นใจ เกี่ยวกับการจัดการเชื้อมือด้านจิตเวช						

การรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	ระดับการรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
	1 ไม่เคย	2 นาน ๆ ครั้ง	3 บ่อย ครั้ง	4 เกือบ ทุกครั้ง	5 ทุกครั้ง	
ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา (Intervention)						
15. ท่านให้คำปรึกษาในการจัดการเชื้ดื้อยาต้าน จุลชีพ โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง						
16. ท่านให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการจัดการ เชื้ดื้อยาต้านจุลชีพ						
17. ท่านเปิดโอกาสให้บุคลากรที่รับคำปรึกษา ตัดสินใจเลือกวิธีการให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาด้วย ตนเอง						
การประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา (Termination and follow-up)						
18. ท่านวางแผนติดตามผลการให้คำปรึกษาเมื่อการ ให้คำปรึกษาลิ้นสุดลง						
19. ท่านได้ตรวจสอบวิธีการให้คำปรึกษา เมื่อการ ให้คำปรึกษาลิ้นสุดลง						
20. ท่านช่วยให้บุคลากรที่รับคำปรึกษาบรรลุตาม วัตถุประสงค์การจัดการเชื้ดื้อยาต้านจุลชีพ เมื่อการ ให้คำปรึกษาลิ้นสุดลง						
21. ท่านช่วยแนะนำประเด็นที่ขาดหายไปแก่บุคลากรที่ รับคำปรึกษา เพื่อให้ได้ข้อสรุปเชิงบวก ที่หลีกเลี่ยง ความโกรธ ความวิตกกังวล และสร้างมั่นใจเกี่ยวกับ การจัดการเชื้ดื้อยาต้านจุลชีพ เมื่อการให้คำปรึกษา ลิ้นสุดลง						
22. ท่านเปิดโอกาสให้บุคลากรที่รับคำปรึกษาได้สรุป ความรู้ที่ได้รับจากการสนทนา เมื่อการให้คำปรึกษา ลิ้นสุดลง						

ข้อเสนอแนะอื่น.....

.....



ภาคผนวก ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ค่า CVI)

Christian University of Thailand

ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI ของแบบสอบถามผ่านครบทั้ง 4 ค่า ดังนี้

1. ค่า APC = $0.96+1+0.93+0.95+0.96 = 4.81/5 = 0.96$
2. ค่า S- CVI = $(1 \times 18) + (0.8 \times 4) / 22 = 21.2/22 = 0.96$
3. ค่าเฉลี่ย S-CVI = $(1 \times 18) + (0.8 \times 4) / 22 = 21.2/22 = 0.96$
4. ค่า CVI = $18/22 = 0.82$



Christian University of Thailand



ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

Christian University of Thailand



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ตู้ ปณ. ๓๓ ปณ.จ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๓๘-๘๕๕๕ โทรสาร ๐-๓๔๒๗-๘๕๐๐

ศูนย์ศึกษายานคอมเพล็กซ์ วิทยาลัยการศาสนศึกษาในประเทศไทย

๑๒๘ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร. ๐-๒๒๑๘๘-๒๐๑๘ โทรสาร ๐-๒๒๑๘๘-๒๐๑๘

CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION

P.O.Box 33 Naklangpattani 73000 Thailand TEL. 66-3438-8555 FAX. 66-3427-4500 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.ศด. 27/ 0๕54 / 2566

วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2566

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

เอกสารที่ส่งมาด้วย

1. เอกสารชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย
3. เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ 1 ชุด

ด้วย นาง ภรภัค ธนินโรจนธร นักศึกษารหัส 644003 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลศัลยกรรมแห่งหนึ่ง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรณิการ์ ฉัตรคอกไม้ไพโร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์ อารี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 14/2565

ในการนี้เพื่อให้ นักศึกษาดำเนินการการวิจัยได้ตามแผน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลวิจัยกับผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง มหาวิทยาลัยคริสเตียน จักได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับผู้ที่ทำหน้าที่มอบหมายดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Nida Jach

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร จุงนเวช)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ปฏิบัติกรแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัย นาง ภรภัค ธนินโรจนธร Email ponpuck51@gmail.com

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุศลวิมล เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401 โทรสาร 0-3427-4500



ภาคผนวก ฉ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที่

Christian University of Thailand

ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล

1. คะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
precon	.157	30	.056	.938	30	.082

a. Lilliefors Significance Correction

2. คะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
preexp	.139	30	.142	.944	30	.120

a. Lilliefors Significance Correction

3. คะแนนพฤติกรรมหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
postcon	.142	30	.124	.901	30	.009

a. Lilliefors Significance Correction

4. คะแนนพฤติกรรมหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
postexp	.119	30	.200*	.962	30	.344

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



ภาคผนวก ข

รูปแบบตารางแสดงผลการวิจัยของระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการ

เชื่อด้อย่าด้านจูลชีพของผู้นบริหารระดับต้น จำแนกรายด้าน

Christian University of Thailand

ตารางที่ ข 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการสร้างสัมพันธภาพ จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการให้คำปรึกษาด้าน การสร้างสัมพันธภาพ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1. ท่านสร้างสัมพันธภาพ โดยให้เกียรติกับบุคลากรที่รับคำปรึกษา	4.17	0.59	มาก	3.70	0.60	มาก	-3.043	.004
2. ท่านสร้างสัมพันธภาพ โดยแสดงความเป็นมิตรกับบุคลากรที่รับคำปรึกษา เช่นการทักทายสั้น ๆ หรือการพูดคุยเรื่องทั่วไป	3.90	0.55	มาก	3.43	0.50	ปานกลาง	-3.434	.001
3. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วยตนเอง	3.87	0.51	มาก	3.30	0.47	ปานกลาง	-4.505	.000
4. ท่านรับฟังบุคลากรที่รับคำปรึกษา เมื่อมีปัญหาในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและต้องการความช่วยเหลือ	3.97	0.62	มาก	3.37	0.56	ปานกลาง	-3.964	.000
5. ท่านพร้อมและยินดีที่จะช่วยเหลือบุคลากรที่รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.90	0.61	มาก	3.23	0.68	ปานกลาง	-4.008	.000
6. ท่านแสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การพยักหน้ารับ การสบตาขณะพูดคุย เป็นต้น	4.03	0.56	มาก	3.33	0.61	ปานกลาง	-4.660	.000
โดยรวม	3.97	0.29	มาก	3.39	0.36	ปานกลาง	-6.815	.000

ตารางที่ ข 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการประเมินและการวินิจฉัย จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา ด้านการประเมินปัญหา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
7. ท่านประเมินความเข้าใจของบุคลากรที่รับคำปรึกษา ในสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.57	0.50	มาก	3.33	0.61	ปานกลาง	-1.621	.001
8. ท่านประเมินปัญหา และรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกต เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยปัญหาการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.50	0.57	มาก	2.97	0.72	ปานกลาง	-3.180	.002
9. ท่านประเมินความสามารถ และทักษะของบุคลากรที่รับคำปรึกษาในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.47	0.57	ปานกลาง	2.93	0.69	ปานกลาง	-3.257	.002
10. ท่านประเมินแหล่งสนับสนุนและประเมินทางเลือกที่จะช่วยเหลือบุคลากรที่รับคำปรึกษาในการจัดการปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.73	2.80	มาก	2.80	0.48	ปานกลาง	-6.372	.000
โดยรวม	3.52	0.33	มาก	3.00	0.36	ปานกลาง	-5.697	.000

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา ด้านการกำหนดเป้าหมาย	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปล ผล	$\bar{X}$	SD	แปล ผล		
11. ท่านและบุคลากรที่รับ คำปรึกษาร่วมกันกำหนด เป้าหมายให้บรรลุผลลัพธ์ ด้านการจัดการเชื้อดื้อยาต้าน จุลชีพ	4.13	0.43	มาก	3.07	0.43	ปาน กลาง	-9.202	.000
12. ท่านช่วยให้บุคลากรที่รับ คำปรึกษาเข้าใจผลลัพธ์ของ การจัดการเชื้อดื้อยาต้าน จุลชีพ	4.13	0.43	มาก	3.07	0.64	ปาน กลาง	-7.557	.000
13. ท่านช่วยเหลือให้บุคลากร ที่รับคำปรึกษาดังเป้าหมาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการลด อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้าน จุลชีพได้	3.83	0.648	มาก	2.80	0.61	ปาน กลาง	-6.360	.000
โดยรวม	4.03	0.32	มาก	2.89	0.41	ปาน กลาง	-12.159	.000

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา ด้านการปฏิบัติการ ให้คำปรึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
14. ท่านให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่บุคลากร ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจ/ไม่เข้าใจ/วิตกกังวล/ไม่มั่นใจ เกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.50	0.51	มาก	2.90	0.66	ปานกลาง	-3.938	.000
15. ท่านให้คำปรึกษาในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง	3.50	0.51	มาก	2.93	0.79	ปานกลาง	-3.319	.002
16. ท่านให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.53	0.57	มาก	3.07	0.64	ปานกลาง	-2.347	.022
17. ท่านเปิดโอกาสให้บุคลากรที่รับคำปรึกษาตัดสินใจเลือกวิธีการให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง	3.73	0.64	มาก	3.03	0.67	ปานกลาง	-4.143	.000
โดยรวม	3.54	0.29	มาก	2.98	0.41	ปานกลาง	-6.013	.000

ตารางที่ ๕ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการประเมินผล จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา ด้านการประเมินผล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
18. ท่านวางแผนติดตามผลการให้คำปรึกษาเมื่อการให้คำปรึกษาสิ้นสุดลง	3.60	0.49	มาก	2.63	0.56	ปานกลาง	-7.091	.000
19. ท่านได้ตรวจสอบวิธีการให้คำปรึกษา เมื่อการให้คำปรึกษาสิ้นสุดลง	3.50	0.63	มาก	2.67	0.55	ปานกลาง	-5.473	.000
20. ท่านช่วยให้บุคลากรที่รับคำปรึกษาบรรลุตามวัตถุประสงค์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เมื่อการให้คำปรึกษาสิ้นสุดลง	3.53	0.51	มาก	2.90	0.61	ปานกลาง	-4.383	.000
21. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุปความรู้ที่ได้รับจากการสนทนา เมื่อการให้คำปรึกษาสิ้นสุดลง	3.73	0.52	มาก	3.00	0.64	ปานกลาง	-4.853	.000
22. ท่านช่วยแนะนำประเด็นที่ขาดหายไปแก่ผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้ได้ข้อสรุปที่หลีกเลี่ยงความโกรธ ความวิตกกังวล หรือความไม่มั่นใจเกี่ยวกับการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	3.67	0.66	มาก	3.10	0.80	ปานกลาง	-2.984	.004
โดยรวม	3.60	0.30	มาก	2.86	0.88	ปานกลาง	-9.398	.000

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางกรรภัค ธนินโรจนธร

วัน เดือน ปี เกิด

10 มกราคม พ.ศ. 2523

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2546

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

พ.ศ. 2563

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2546-2562

พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก
โรงพยาบาลราชบุรี

พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและ
ป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ตำแหน่งงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ