



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
Boromarajonani College of Nursing
Buddhachinaraj

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566
ISSN 2774-082X (online)

Nursing, Health, and Public Health Journal



NH PHJ

ที่ปรึกษา		กองบรรณาธิการ	
ศ.(พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ศ.รพญ.วนิษา ชื่นกองแก้ว รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.อัศนี วันชัย ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	1. Professor Jane M. Amer	University of Missouri, USA	
	2. Dr. Elizabeth A. Anderson	University of Missouri, USA	
	3. ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	4. รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	5. รศ.ดร.ชมนาด วรรมพรศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	
	6. รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	7. รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
	8. รศ.ดร.ซัคเคนค์ แพรขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	9. ผศ.ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	
	10. ผศ.ดร.เกศกาญจน์ ทັນประภัสสร	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
บรรณาธิการ ผศ.ดร.อัศนี วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	11. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	
	12. ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	13. ผศ.ดร. อินทิดา ปากันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	14. ผศ.ดร.ภก.ศราวดี อู่พัฒน์นัท	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	15. ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	16. ดร.สุธีภรณ์ สุวรรณโอสถ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	17. ดร.นงลักษณ์ บุญเยีย	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
	18. ดร.นาดยา คำสว่าง	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
	19. ดร.นิรมล พืมน้ำเย็น	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก	
	20. ดร.อัญชลี แก้วสระศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช	
	21. ดร.รุ่งทิwa	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	22. ดร.กীরติ กิจธีระวุฒิมวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช	
	23. ดร.เบญญาภา พรหมพุก	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	24. ดร.ปานจันทร์ คนสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช	
	25. ดร.กรวิกา พรหมจวง	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	26. นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชย์เจริญพร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช	
	27. นายจตุพร เสือมี	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก		
	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก		

บทบรรณาธิการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชได้ดำเนินการจัดทำวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 2 เดือน มกราคม - เมษายน 2566 บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ในฉบับนี้เป็นผลการวิชาการที่เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นต่อไป ซึ่งบทความทั้งหมดได้รับการประเมินคุณภาพผลงานจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง 2 ท่านก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

ผลงานวิชาการในวารสารฉบับนี้มีทั้งหมด 5 เรื่อง ดังนี้ 1) การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย 2) คุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 3) การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ 4) การสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และ 5) รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพการพยาบาล: ถอดบทเรียนโรงพยาบาลตติยภูมิ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิชาการทั้ง 5 เรื่องนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านในการนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานทางการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป และในโอกาสนี้กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งเรื่องทางการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj>

ดร. อัสณี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย <i>The system development for prevention and control of specially controlled multidrug resistant bacterial infection in Srisangworn Sukothai Hospital</i> บุญญรัตน์ รัตนประภา Boonyarat Ratanaprapa	1 - 17
คุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร <i>Quality and identity of graduates who graduated in the academic year 2019 from the Faculty of Nursing, Naresuan University</i> กรกาญจน์ ปานสุวรรณ, อินทิรา ปากันทะ Kornkarn Pansuwan, Intira Pakanta	18 - 28
การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ <i>The development of a couple counseling model for blood testing Anti-HIV</i> เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ Pensri Eumkep	29 - 51
การสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น <i>The Establishing an Academic Network of the Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen Alumni Association</i> วิไลวรรณ วัฒนานนท์, ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร, วชิรี อมรโรจน์วรวุฒิ Wilaiwan Wattananon, Sakkharin Norrasan, Wacharee Amornrojanavaravutti3	51 - 65

สารบัญ

บทความวิชาการ

หน้า

รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล: ถอดบทเรียนโรงพยาบาลตติยภูมิ 66 - 73

*Quality Assurances Development Model of Nursing Services: Lessons
learned in a Tertiary Hospital*

ศิริพร ศิริวัฒนไพศาล, นาทยา คำสว่าง, รุ่งทิพย์ โตอิน, ชื่นมนัส จาดยางโทน,
เยาวรัตน์ ดุสิตกุล

Siriporn Siriwatanaphysan, Nataya Kamsawang, Rungtip Toin,
Cheunmanus Jadyangtone, Yaowarat Dusitkul

การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ
โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

The system development for prevention and control of specially controlled
multidrug resistant bacterial infection in Srisangworn Sukothai Hospital

บุญญรัตน์ รัตนประภา*

Boonyarat Ratanaprapa*

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

Srisangworn Sukothai Hospital

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: boonvad2564@gmail.com

(Received: November 15 , 2022; Revised: December 20, 2022; Accepted: January 25, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษและศึกษาผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ จำนวน 30 ราย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในที่ได้รับการพยาบาลผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ จำนวน 56 ราย ระหว่าง 16 พฤษภาคม 2561 ถึง 31 พฤษภาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบติดตามการปฏิบัติ และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อระบบที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ chi square test , fisher exact test และ dependent t test เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อด้วยสถิติ incidence rate differences

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) แนวปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร การจัดสถานที่แยก การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การลดปริมาณเชื้อบนร่างกาย การจำหน่ายผู้ป่วย 3) เครื่องมือสนับสนุน 4) การนิเทศโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม ผลการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ ของพยาบาล คะแนนสูงขึ้นเกือบทุกกิจกรรม แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่า มีเพียงการลดปริมาณเชื้อบนร่างกาย ที่คะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับพึงพอใจมากทุกด้าน

เจ้าหน้าที่ควรใช้แนวปฏิบัติที่ครอบคลุมกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ ให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมใช้วิธีการที่หลากหลาย และมีการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : ระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ, เชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the system for prevention and control of specially controlled multidrug resistant bacterial infection. Data were collected from infection or colonization patients admitted during 16 May 2018 to 31 May 2019, 30 patients were included in this study. The data from 56 nurses who had cared for them were also involved. Research instruments were control and prevention of infection protocol, the patient data recording form, monitoring form, opinion context questionnaire on the protocol. Data were analyzed by chi square test, fisher exact test, dependent t test and the Incidence rate differences parameter were calculated.

Result: This analysis leads to the conclusion that the gradual framework for system and protocol strategy included: 1) information knowledge perception 2) the infection prevention protocols should include the following: Communication, isolation precautions, contact precaution, medical equipment and environmental control, reduce the spread of skin colonize and patient discharge. 3) supporting documents 4 supervisor by practitioner, consultation. The study result revealed that the system was appropriate for control and prevention specially controlled multidrug resistant bacterial infection. From this system strategies the incidence rate post implementation significantly decreased ($p < 0.05$). The process scores were higher than that of before the implementation. Although, only the reduce the spread of skin colonizes process shown significantly improved ($p < 0.05$). Work satisfaction was increased to very satisfaction among the ward nurses.

The health care staff should use the appropriate infection control strategy. Together with staff participation using various techniques for continuous improvement. This strategy framework also should be put on continuous assessment.

Keywords: infection prevention and control, specially controlled multidrug resistant bacterial infection

บทนำ

เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากการกระจายของเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดผลเสียในวงกว้าง การที่พบเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมากขึ้น ส่งผลเสียทั้งทางด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ใช้จ่ายราคาแพงขึ้น ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากข้อมูลการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้ศึกษาผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ จำนวน 1,023 แห่ง พบการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จำนวน 87,751 ครั้ง เสียชีวิต 38,481 ราย เฉลี่ย 104 คน/วัน มากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของการติดเชื้อดื้อยาพบว่าต้องใช้ค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาเชื้อดื้อยา มูลค่าประมาณ 2,539 - 6,084 ล้านบาท รวมทั้งยังทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วย เช่น ค่าเดินทางของญาติและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรปีละ 40,000 ล้านบาท (ภานุมาศ ภูมาศ และคณะ, 2555)

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ตรวจสอบส่งตรวจจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลในปี 2558 - 2560 พบเชื้อดื้อยาในสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 670, 674, และ 773 ครั้ง ตามลำดับ และตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในปี 2559 - 2561 จำนวน 17, 30 และ 34 ครั้ง ตามลำดับ (ศรีสังวรสุโขทัย, 2561) จากรายงานข้างต้นพบว่า สถิติการตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การที่พบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษถึงแม้ว่าจำนวนที่ตรวจพบจะไม่มากแต่เป็นเชื้อที่มีความรุนแรงสูง ดื้อยาเกือบทุกขนาน รักษายาก ต้องใช้ยาที่มีราคาแพง ยาที่ใช้รักษามีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อก็ทำได้ยาก มีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง การจัดบริการยากลำบาก ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูง ถึงแม้โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จะมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาแล้วก็ตาม แต่จากการติดตามการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ยังพบปัญหาจากการที่แนวทางการปฏิบัติที่ยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษทุกขั้นตอน ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติที่มีรายละเอียดแตกต่างไปจากเชื้อดื้อยาอื่นๆ ระบบงานบางส่วนยังไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติ และยังพบการติดเชื้อดื้อยาและเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงปฏิบัติงานเป็นพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงมีแนวคิดที่จะ

พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในโรงพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ให้ครอบคลุมการปฏิบัติที่สำคัญและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในโรงพยาบาล และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่หน่วยงานที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อและในชุมชน

วัตถุประสงค์วิจัย

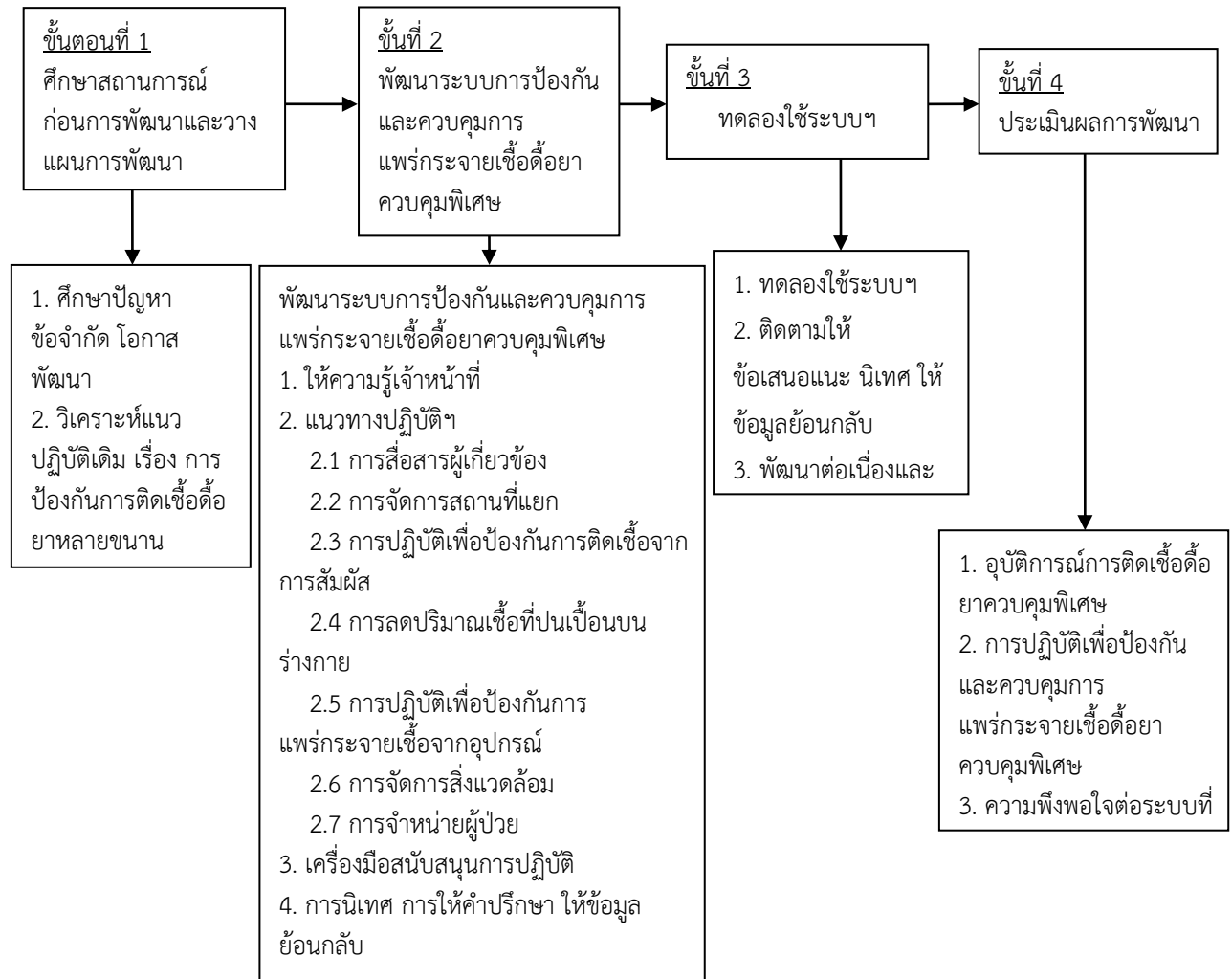
1. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

สมมุติฐาน

1. หลังการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ พยาบาลปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษถูกต้องมากกว่าก่อนพัฒนาระบบ
2. หลังการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยดำเนินการตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ระยะศึกษาสถานการณ์/วางแผน 2) ระยะพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติ 3) ระยะทดลองใช้ระบบและพัฒนาสิ่งสนับสนุน 4) ประเมินผลการพัฒนา ตามแนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการแบบบันไดเวียนตามแนวคิดของเคร์ท เลวิน (Lewin, 1948) สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ปฏิบัติ	หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องตามข้อกำหนด ได้ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามข้อกำหนด ให้ 0 คะแนน
ไม่มีกิจกรรม	หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในแบบประเมิน

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบติดตามการปฏิบัติตามการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหา (index of item objective: IOC) เท่ากับ 0.98

4. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ เพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อระบบ จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบเรตติ้งสเกล 3 ระดับ คือ 1-3 โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 2.34 – 3	หมายถึง ความพึงพอใจมาก
คะแนน 1.67 – 2.33	หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง
คะแนน 1 – 1.66	หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (index of item objective: IOC) เท่ากับ 0.94 หาความเชื่อมั่นเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในพยาบาลจำนวน 10 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือด้วยวิธี alpha of cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสรวงสุขโขทัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสรวงสุขโขทัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติ 3) ระยะทดลองใช้ระบบและพัฒนาสิ่งสนับสนุน 4) ประเมินผลการพัฒนา ตามแนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการแบบบันไดเวียนของ เคอร์ท เลวิน (Lewin, 1948) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์

เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ ศึกษาเอกสาร งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ดำเนินการ ดังนี้

1. สร้างทีมพัฒนาระบบ โดยเชิญพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (infection control nurse: ICN) เข้าร่วมทีมพัฒนา เพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และบทวนเอกสาร งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมพัฒนาและปฏิบัติตามแนวการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษที่พัฒนาขึ้นและเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

3. รวบรวมข้อมูลปัญหา/อุปสรรค ข้อจำกัดในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ โดยการสังเกต สอบถามผู้ปฏิบัติ

4. ประชุมกลุ่มพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน (infection control ward nurse: ICWN) ทำ group discussion หาปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดและโอกาสพัฒนาในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

5. สรุปและวิเคราะห์ผล ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

6. ผู้วิจัยและทีมพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ศึกษาเอกสาร งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยร่วมกับทีมพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประชุมเพื่อจัดทำร่างระบบและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

2. นำร่างแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา

3. ผู้วิจัยและคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ร่วมทบทวนแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการปฏิบัติ

4. ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติของพยาบาลก่อนพัฒนาระบบ โดยการสังเกต สอบถามและติดตามข้อมูลในเวชระเบียน ตามแบบติดตามผลการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้ระบบและพัฒนาสิ่งสนับสนุน

1. ระยะทดลองใช้ระบบ

1.1 ระยะทดลองใช้ระบบ ประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) ให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ชี้แจงระบบและแนวปฏิบัติ วิธีการใช้ แนวทางการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแจกแนวปฏิบัติ

1.2 ผู้วิจัยประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแจ้งแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องแต่ละหน่วย เช่น กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์จ่ายกลาง ชักพอก โภชนาการ งานผลิตยา

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงแนวปฏิบัติในที่ประชุมหอผู้ป่วยที่พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษระหว่างดำเนินการหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน (ICWN) ติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

1.4 ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติผู้เกี่ยวข้องพร้อมให้คำแนะนำเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

1.5 ระหว่างการพัฒนาผู้วิจัยและพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงานเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในหอผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

1.6 ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ โดยการสังเกต สอบถาม ติดตามข้อมูลจากเอกสารในเวชระเบียน และระบบ intranet ของโรงพยาบาล

2. ระยะพัฒนาต่อเนื่องและพัฒนาสิ่งสนับสนุน

2.1 ผู้วิจัยสอบถามผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหา ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะหลังจากพัฒนาระบบ

2.2 ประชุมกลุ่มพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน(ICWN) ทำ group discussion หลังพัฒนาระบบ เพื่อหาปัญหา ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

2.3 ปรับปรุงระบบและแนวปฏิบัติให้เหมาะสมตามปัญหาที่พบ ตามข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติและทีมพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน (ICWN)

2.4 จัดทำเครื่องมือสนับสนุนการพัฒนาระบบ เช่น สรุปแนวปฏิบัติอย่างง่าย แนวทางการรายงานเมื่อตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษสำหรับญาติและผู้ดูแล แบบติดตามการปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน คู่มือการทำความสะอาด การทำลายเชื้อในอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม จัดทำสติ๊กเกอร์สำหรับติดเวชระเบียนและใบนัดในระบบ online โปสเตอร์ สติ๊กเกอร์ เตือน จัดทำแนวทางการแจ้งเตือน ในระบบ intranet เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

2.5 ระหว่างการพัฒนาผู้วิจัยและพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงานเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในหอผู้ป่วย

2.6 ประชุมพยาบาลป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย ชี้แจงแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงเพิ่มเติมและแนวทางการประสานงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมแจกเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติที่จัดทำขึ้น

2.7 ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติและให้คำแนะนำเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

ระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนา

1. ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษหลังการพัฒนาระบบ โดยการสังเกต สอบถาม ติดตามข้อมูลจากเอกสารในเวชระเบียน และระบบ intranet

2. สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลหลังพัฒนาระบบ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบ

3. เฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในผู้ป่วย ตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และประชุมกลุ่ม group discussion ปัญหา ข้อจำกัด นำมาแยกเป็นหมวดหมู่ นำเสนอในรูปแบบตาราง และบรรยาย วิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ incidence rate differences วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประเมินการปฏิบัติและข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลต่อระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ด้วยความถี่ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติก่อน หลังการพัฒนาทดสอบด้วย chi square test หรือ fisher exact test และ dependent t test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เลขที่โครงการ 2/2561 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการโดย

- 1) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ใช้รหัสแทนชื่อ สกุลผู้ป่วย และนำเสนอในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้
- 2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลโครงการวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย รวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำไปใช้เฉพาะในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์/ปัญหาและโอกาสพัฒนา ผลการศึกษาปัญหา ข้อจำกัดและโอกาสพัฒนาที่เจ้าหน้าที่เสนอแนะในการปรับปรุงระบบร่วมกับทีมพัฒนาระบบ ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ปัญหา ข้อจำกัด โอกาสพัฒนาและแนวทางพัฒนาระบบ

กระบวนการ	ปัญหา/โอกาสพัฒนา	การพัฒนา
1. นโยบาย	ยังไม่มีกำหนดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษของโรงพยาบาลศรีสังวรและแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างทั่วถึง	คณะกรรมการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (infection control committees: ICC) งานพยาธิวิทยา ร่วมกำหนดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษของโรงพยาบาล
2. ด้านเจ้าหน้าที่		
2.1 ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติในการป้องกัน	- ไม่มีความรู้ในเรื่องเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ - ไม่มีความรู้ในการอ่านผลการตรวจเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ	- ให้ความรู้แก่พยาบาล ICWN ประจำหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เรื่อง เชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ความสำคัญ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การอ่านผลตรวจ ระบบการรายงานผลการตรวจ - จัดทำแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ - กำหนดแนวทางการทำลายเชื้อในอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย - กำหนดแนวทางการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะ ผ้าเปื้อน และติดตามการปฏิบัติผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย พนักงานทำความสะอาด พนักงานเปล
2.2 ไม่เห็นความสำคัญ	- ไม่มีความรู้เรื่องการจัดจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ - ไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ	- กำหนดแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย การยกเลิกการแยกผู้ป่วย - ให้ความรู้และกำหนดแนวปฏิบัติ
3. ระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ		
3.1 แนวปฏิบัติ	- ไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ	- ผู้วิจัยและพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาล (ICN) ศึกษาเอกสาร องค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติ หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ - จัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ
3.2 การสื่อสาร	- ไม่มีระบบการสื่อสารระหว่างหน่วยงานพยาธิวิทยากับหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ในการรายงานผลการตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ - การแจ้งผลการตรวจซ้ำ ทำให้แยกผู้ป่วยช้า	- คณะกรรมการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICC) กลุ่มงานพยาธิวิทยา ร่วมกำหนด แนวทางการรายงานผลการตรวจถึงหอผู้ป่วย พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICN) และผู้เกี่ยวข้องเป็นระบบเร่งด่วน รายงานทันทีเมื่อตรวจพบเชื้อ
3.3 การแยกผู้ป่วย	- ห้องแยกไม่เพียงพอ - เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญในการแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว	- ทบทวนแนวทางการแยกผู้ป่วย/การจัดการพื้นที่แยกผู้ป่วย

กระบวนการ	ปัญหา/โอกาสพัฒนา	การพัฒนา
3.4 อุปกรณ์ป้องกัน	- เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ในการเลือกใช้ อุปกรณ์ป้องกัน - อุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ - อุปกรณ์ป้องกันไม่สะดวกในการใช้งาน เช่น เสื้อคลุมต้องนำกลับไปซักมาใช้ซ้ำ	- กำหนดวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันในแนวทางปฏิบัติที่จัดทำขึ้น - ติดตามการปฏิบัติและให้คำแนะนำในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน - ชี้แจงผู้บริหาร หัวหน้าหอผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน - ขอจัดซื้อเสื้อคลุมชนิดพลาสติกชนิดใช้ครั้งเดียว เพื่อสะดวกต่อผู้ปฏิบัติ
3.5 อุปกรณ์สำหรับการแยกผู้ป่วย	- อุปกรณ์ที่ใช้ในห้องแยกไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดัน ปรอท พูฟ อุปกรณ์ล้างมือ ฯลฯ - ไม่เตรียมอุปกรณ์ป้องกันและอุปกรณ์ล้างมือสำหรับญาติผู้ป่วย	- ประสานหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ชี้แจงถึงความจำเป็นในการมีอุปกรณ์เพียงพอในการแยกผู้ป่วยและขอให้มีการจัดซื้อเพิ่มเติม เช่น เครื่องวัดความดัน ปรอท ภาชนะบรรจุน้ำยาล้างมือ - กำหนดแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันสำหรับญาติในแนวทางปฏิบัติ
3.6 การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม	- พนักงานไม่มีความรู้ในการทำความสะอาดห้องแยก กลัวที่จะทำความสะอาดห้องแยก - เลือกใช้น้ำยาไม่ถูกต้อง ผสมน้ำยาไม่ถูกต้อง เลือกความเข้มข้นน้ำยาไม่เหมาะสม - อุปกรณ์ในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ใช้งานไม่สะดวก/ไม่เพียงพอ	- กำหนดวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม การผสมน้ำยาอย่างง่าย สำหรับพนักงานทำความสะอาด ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย - ติดตามการปฏิบัติและให้ข้อเสนอแนะเมื่อพบผู้ป่วยทุกราย - ประสานผู้ดูแลพนักงานทำความสะอาดขอเบิกอุปกรณ์ทำความสะอาดสำหรับแยกใช้ในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทุกหอผู้ป่วย
3.7 การจำหน่ายผู้ป่วย	- ไม่ทราบแนวทางในการยกเลิกการแยก การจำหน่าย/การส่งต่อผู้ป่วยที่ยังตรวจพบเชื้อ	- กำหนดแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย/การส่งต่อ
3.8 การส่งต่อข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- การส่งต่อข้อมูลให้ โรงพยาบาลชุมชน เมื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อเนื่อง ไม่ครบถ้วน	- กำหนดแนวทางการส่งต่อและประสานหน่วยงานเมื่อพบการปฏิบัติ
4.การนิเทศ	- ขาดการนิเทศการปฏิบัติทั้งจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ICWN, ICN	- ประสาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ICWN ประจําหอผู้ป่วยในการติดตามการปฏิบัติ จัดทำแบบฟอร์มการนิเทศสำหรับหน่วยงานและทบทวนเมื่อพบผู้ป่วย ICN ติดตามการปฏิบัติและให้คำแนะนำเมื่อพบผู้ป่วยทุกราย
5. การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- ขาดการประสานงานหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ในการเตรียมสิ่งสนับสนุนการแยกผู้ป่วย เช่น พยาธิวิทยา โภชนาการ งานผลิตยา ชักฟอก จ่ายกลางๆ	- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมที่แต่ละหน่วยมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติแก่หอผู้ป่วย

จากตาราง 1 ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรคและโอกาสพัฒนา พบปัญหาด้านนโยบาย ยังไม่มีกำหนดนโยบาย ด้านเชื้อดื้อยาอย่างชัดเจน ด้านเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ไม่เห็นความสำคัญ ด้านระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ ไม่มีระบบการสื่อสารระหว่างหน่วย ห้องแยกไม่เพียงพอ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ระบบการจำหน่าย/ส่งต่อยังไม่ชัดเจน ขาดการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนต่าง ๆ ส่วนโอกาสพัฒนาให้มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ให้ความรู้บุคลากรทุกระดับ จัดทำแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน จัดหาอุปกรณ์ป้องกัน ของใช้ให้เพียงพอ กำหนดแนวทางการจำหน่าย/ส่งต่อผู้ป่วยให้ชัดเจน กำหนดแนวทางการสื่อสาร/แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

2.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

2.1.1 การให้ความรู้กับผู้ป่วย เรื่อง เชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษและการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

2.1.2 แนวทางปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรมสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ประกอบด้วย

2.1.2.1 การสื่อสารผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วย ผู้ดูแล

2.1.2.2 การจัดสถานที่ ห้องแยก พื้นที่แยก

2.1.2.3 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส (contact precaution) การจัดอุปกรณ์ในห้องแยก การล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเยี่ยมผู้ป่วย การจัดการอาหาร น้ำดื่ม สำหรับผู้ป่วยแยกโรค การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

2.1.2.4 การลดปริมาณเชื้อที่ปนเปื้อนบนร่างกาย

2.1.2.5 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากอุปกรณ์ ประกอบด้วย การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ การทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์

2.1.2.6 การจัดการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการขยะ การจัดการผ้าเปื้อน การทำความสะอาดห้องแยก อุปกรณ์ในห้องแยก การใช้อุปกรณ์ป้องกันของพนักงานทำความสะอาด

2.1.2.7 การจำหน่าย การยกเลิกมาตรการแยกผู้ป่วย การลดปริมาณเชื้อก่อนจำหน่าย การส่งต่อ การสื่อสารผู้เกี่ยวข้องหลังจำหน่ายหรือส่งต่อ การแจ้งเตือนเมื่อกลับมารักษาซ้ำ

3. เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ ได้แก่

3.1 Flow สรุปแนวปฏิบัติอย่างง่าย

3.2 แนวทางการรายงานเมื่อตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

3.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษสำหรับญาติและผู้ดูแล

3.4 แบบติดตามการปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน

3.5 คู่มือการทำความสะอาด การทำลายเชื้อในอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม

3.6 จัดทำสติกเกอร์สำหรับติดเวชระเบียนและใบนัดในระบบ online ,โปสเตอร์ สติกเกอร์ เตือน

3.7 จัดทำแนวทางการแจ้งเตือนในระบบ intranet เมื่อพบผู้ป่วยเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

4. การนิเทศ ให้คำปรึกษาโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม

2.2 เปรียบเทียบระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ก่อนและหลังการพัฒนา ผลการพัฒนาระบบพบว่าการเพิ่มจำนวนกิจกรรมและรายละเอียดกิจกรรม ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ก่อนและหลังการพัฒนา

กิจกรรม	ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
1. การให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ	- ให้ความรู้เฉพาะพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน	- ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
2. แนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ	- ไม่มีแนวปฏิบัติ ใช้แนวปฏิบัติเรื่องการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาหลายขนาน	- มีแนวปฏิบัติเรื่องป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ
2.1 การสื่อสาร	- รายงานผลการตรวจโดยระบบรายงานผลการตรวจแบบปกติ	- มีระบบรายงานด่วนถึงผู้เกี่ยวข้อง หอผู้ป่วย, ICN, กรรมการเชื้อดื้อยา (AMR) (line group) - กำหนดมีสัญลักษณ์ที่ใบรายงานผลแสดงเชื้อดื้อยา เชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ รับรู้ร่วมกันทุกหน่วยงาน - มีสัญลักษณ์เตือนติดหน้าเตียง หน้าห้อง chart
2.2 ห้องแยก/สถานที่แยก	- มีการจัดห้องแยก/สถานที่แยกเท่าที่จะสามารถทำได้	- ต้องแยกผู้ป่วยแบบเคร่งครัด - จัดระดับความสำคัญการใช้ห้องแยก
2.3 การปฏิบัติ Contact precaution	- มีแนวปฏิบัติสำหรับเชื้อดื้อยาหลายขนาน - ใช้แนวทางการทำลาย เชื้อร่วมกับมาตรฐานการทำลายเชื้อของศูนย์จ่ายกลาง	- กำหนดแนวปฏิบัติ contact precaution อย่างเคร่งครัด - กำหนดการใช้อุปกรณ์ป้องกันชัดเจน - เพิ่มกำหนดการปฏิบัติเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - มีการกำหนดแนวทางในการทำลายเชื้อในอุปกรณ์แต่ละชนิด ชนิดน้ำยา ความเข้มข้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ - มีแนวทางในการทำมาความสะอาด การทำลายเชื้อใน สิ่งแวดล้อม จัดการผ้าเปื้อน ขยะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ - การจัดการอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยแยกโรคอย่างเคร่งครัด
2.4 การลดปริมาณเชือบนร่างกาย	- ไม่มี	- มีแนวทางการลดปริมาณเชือบนร่างกายตามหลักฐานเชิงประจักษ์
2.5 การจำหน่ายผู้ป่วย	- ไม่มีแนวทางการจำหน่ายเฉพาะจำหน่ายแบบผู้ป่วยทั่วไป	- กำหนดแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย - การยกเลิกการแยกผู้ป่วย - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังตรวจพบเชื้อ - มีแนวทางการแจ้งเตือนเมื่อกลับมารักษซ้ำในระบบ intranet, เวชระเบียน, ใบบันทึกให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ - กำหนดแนวทางการเตือน กำหนดสัญลักษณ์แจ้งเตือน

กิจกรรม	ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
3. การประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน	- มีเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยาหลายขนาน	- มีการประสานงาน กำหนดแนวทางการจัดการร่วมกัน เช่น งานพยาธิวิทยา โภชนาการ หน่วยผลิตยา ชักฟอก จ่ายกลางฯ
4. เครื่องมือสนับสนุน	- ไม่มี	- มีเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติที่ยังพบว่ามีกรปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น flow คู่มือ โปสเตอร์เตือนแบบประเมินฯ
5. นิเทศ ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลย้อนกลับ	- มีการนิเทศ ให้คำปรึกษาเป็นช่วงเวลา	- มีระบบติดตามนิเทศโดยการมีส่วนร่วมของทีม ตั้งแต่ระดับผู้ปฏิบัติ ICWN หัวหน้าหอผู้ป่วย ICN - กำหนดกิจกรรมที่จะนิเทศ มีเครื่องมือช่วยในการนิเทศ - มีการติดตามผู้ป่วยทุกรายและให้คำแนะนำ

จากตาราง 2 เปรียบเทียบระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ก่อนและหลังการพัฒนา มีการปรับปรุงในส่วนการให้ความรู้เจ้าหน้าที่ กำหนดแนวทางปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฯ เรื่องการสื่อสาร แนวทางการแยกผู้ป่วย การปฏิบัติ contact precaution อุปกรณ์ป้องกัน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำลายเชื้อ การทำให้ปราศจากเชื้อ การทำความสะอาด การจัดการอาหาร น้ำ การลดปริมาณเชือบนร่างกาย แนวทางการจำหน่าย/ส่งต่อ การประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน จัดทำเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ ระบบนิเทศติดตามโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม

3. ผลการประเมินพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษก่อนและหลังการพัฒนา

ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษทั้งหมด 30 ราย ระยะก่อนการพัฒนาพบผู้ป่วย 13 ราย เพศชาย 5 ราย เพศหญิง 8 ราย อายุระหว่าง 35 - 83 ปี อายุเฉลี่ย 64 ปี พบมากที่สุดอายุมากกว่า 70 ปี 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.46 ตรวจพบเชื้อ Enterococcus faecium ที่ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) สูงสุดพบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.46 หลังการพัฒนาพบผู้ป่วย 17 ราย เพศ ชาย 11 ราย หญิง 6 ราย อายุระหว่าง 30 - 93 ปี อายุเฉลี่ย 64.41 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 70 ปี 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 ตรวจพบเชื้อ Klebsiella pneumoniae ที่ดื้อต่อ Carbapenem (CRE) ทั้งหมดทุกราย

3.1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ระยะการพัฒนา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	จำนวนวันนอน (วัน)	อุบัติการณ์การติดเชื้อ (ต่อ 1,000 วันนอน)	เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อ
ระยะก่อนการพัฒนา				
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์				
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบและแนวทางปฏิบัติ	13	17,804	0.73	0.007*
ระยะหลังการพัฒนา				
ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบและพัฒนาต่อเนื่อง	17	59,046	0.29	
3.1 ทดลองใช้ระบบและแนวปฏิบัติ	9	21,183	0.42	
3.2 พัฒนาต่อเนื่องและพัฒนาสิ่งสนับสนุน	3	13,002	0.23	
ระยะที่ 4 ประเมินผล	5	24,861	0.23	
รวม	30	76,850	0.39	

* ($p < 0.05$)

จากตาราง 3 ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษจำนวน 30 ราย ระยะก่อนพัฒนาระบบพบ 13 ราย อุบัติการณ์การติดเชื้อ 0.73 ต่อ 1,000 วันนอน หลังการพัฒนาระบบพบ 17 ราย อุบัติการณ์การติดเชื้อ 0.29 ต่อ 1,000 วันนอน เมื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อก่อน หลังการพัฒนาอัตราการติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

3.2 ผลการประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติระยะก่อนและหลังการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษการจำแนกรายด้าน

กิจกรรม	ระยะพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
1. การสื่อสาร	6.08	2.06	6.77	1.95	-.93	.36
2. การจัดสถานที่แยก	1.00	.00	1.12	.33	-.15	.17
3. การปฏิบัติ contact precaution	8.62	2.14	8.94	2.82	-.36	.72
4. การลดปริมาณเชือบนร่างกาย	.38	.51	.76	.44	-2.16	.04*
5. การจัดการอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม	5.62	.22	6.29	1.90	-.89	.38
6. การจำหน่ายผู้ป่วย	3.23	1.48	3.12	1.45	.21	.84

* $p < 0.05$

จากตาราง 4 ผลการประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการพัฒนาระบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเกือบทุกด้าน แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่าการลดปริมาณเชือบนร่างกาย ที่คะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนการสื่อสาร การปฏิบัติ contact precaution การจัดการอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม คะแนนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน

3.3 คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ

ตาราง 5 คะแนนและระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษจำแนกรายด้าน

กิจกรรม	Mean	S.D.	ระดับ
1. การสื่อสาร	2.70	.39	มาก
2. ด้านสถานที่	2.77	.40	มาก
3. การปฏิบัติ contact precaution	2.80	.37	มาก
4. การลดปริมาณเชือบนร่างกาย	2.80	.37	มาก
5. การจัดการอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม	2.79	.38	มาก
6. การจำหน่ายผู้ป่วย	2.69	.37	มาก
สรุปความคิดเห็นโดยรวม	2.68	.37	มาก

จากตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบฯ คะแนนความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส (contact precaution) และการลดปริมาณเชือบนร่างกาย

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษดำเนินการตามแนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการแบบบันไดเวียนของเคร์ท เลวิน (Lewin, 1948) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ระยะศึกษาสถานการณ์/การวางแผน 2) ระยะพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติ 3) ระยะทดลองใช้ระบบและพัฒนาล้างสนับสนุน 4) ประเมินผลการพัฒนา ซึ่งระบบการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) แนวปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร การจัดสถานที่แยก การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การลดปริมาณเชือบนร่างกาย การจำหน่ายผู้ป่วย 3) เครื่องมือสนับสนุน 4) การนิเทศโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมผลการวิจัยพบว่า

อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษหลังการพัฒนาระบบฯ อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 0.73 เหลือ 0.29 ต่อ 1,000 วันนอน อาจจะเป็นเพราะการที่มีระบบฯ ที่มีการให้ความรู้ มีแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประกอบกับมีการสนับสนุนเครื่องมือในการปฏิบัติอย่างเพียงพอ สะดวกในการใช้งาน มีการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้พยาบาลปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดีขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา อุปนิสากร และคณะ (2561) วิจัยเรื่อง ผลการควบคุมการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในหอผู้ป่วย ไอซียู อายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า หลังใช้แนวทางการควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในหอผู้ป่วยไอซียู พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานมีแนวโน้มลดลงและการศึกษาของวัลลภา ช่างเจรจา (2559) เรื่อง ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติต่ออัตราการติดเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ โรงพยาบาลบึงกาฬ ที่พบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยาหลังใช้แนวปฏิบัติลดลงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญ

การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฯ หลังการพัฒนาระบบทั้งรายข้อและรายด้าน คะแนนสูงขึ้นเกือบทุกข้อ แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่ามีการลดปริมาณเชือบนร่างกาย ที่คะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนการสื่อสาร การจัดสถานที่แยก การปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ

อธิบายได้ว่าระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษถูกต้องเพิ่มขึ้นและส่งผลให้การติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษลดลง อาจจะเป็นเพราะว่าก่อนการพัฒนาระบบได้มีการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติของการดำเนินการแบบเดิมมาก่อน ประกอบกับได้ศึกษาวิชาการใหม่ๆจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ เมื่อมีการพัฒนาระบบซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ มีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วย ผู้ดูแล การจัดสถานที่ห้องแยก พื้นที่แยก การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การลดปริมาณเชือบนร่างกาย การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากอุปกรณ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม การจำหน่ายผู้ป่วย การยกเลิกมาตรการแยกผู้ป่วย การสื่อสารผู้เกี่ยวข้องหลังจำหน่ายหรือส่งต่อ การแจ้งเตือนเมื่อกลับมารักษาซ้ำ มีความครอบคลุมการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สำคัญ ตรงกับปัญหาการปฏิบัติ ร่วมกับการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ เช่น แนวทางปฏิบัติอย่างง่าย คู่มือการทำลายเชื้อในอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม โพสต์ประชาสัมพันธ์สติกเกอร์เตือนเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกในกระบวนการทำงาน เช่น สติกเกอร์ สั่งพิมพ์ on line ระบบแจ้งเตือน on line มีระบบ

นิเทศติดตามโดยทีมมีส่วนร่วมและให้คำปรึกษาหารือระหว่างดำเนินการ ให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อพบ การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง มีแบบประเมินการปฏิบัติสำหรับผู้นิเทศในหน่วยงาน ทำให้คะแนนการปฏิบัติหลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของประจวบ ทองเจริญ และคณะ (2558) เรื่อง ผลของการใช้กลวิธีที่หลากหลายต่อการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้กลวิธีที่หลากหลายบุคลากรสุขภาพกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน เพิ่มขึ้นและถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนด้านการสื่อสาร การจัดสถานที่แยก การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญอธิบายได้ว่ากิจกรรมการป้องกันเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีในแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มีการปฏิบัติในโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุขภาพ เป็นประจำอยู่แล้ว เมื่อพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษจึงปฏิบัติต่อเนื่องทำให้คะแนนประเมินสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน ส่วนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกิจกรรมใหม่ที่ ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และเป็นกิจกรรมที่มีรายละเอียดมาก มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางด้าน การป้องกันการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยนาน ๆ ครั้งอาจจะทำให้จำรายละเอียดในการปฏิบัติไม่ได้ทั้งหมดในการศึกษานี้คะแนนจึงยังไม่เพิ่มขึ้น

ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ความพึงพอใจรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับพึงพอใจมาก และคะแนนความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส และการลดปริมาณเชื้อบนร่างกาย เป็นเพราะการมีความรู้ มีแนวปฏิบัติและสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติที่เพียงพอ ทำให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเมื่อพบผู้ป่วยได้สะดวก ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะฉัตร วิเศษศิริ และคณะ (2558) เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล ได้แก่ 1) การจัดอบรม 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) กระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ 5) สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน 6) ณรงค์ทำความสะอาดมือ บุคลากรพยาบาลมากกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติทั้ง 6 กิจกรรม และการศึกษาของวิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ (2560) เรื่อง การใช้วิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยใช้กลวิธีหลากหลายและศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีต่อแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ผลการศึกษาพบว่าการใช้กลวิธีหลากหลายทำให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.97 และความชุกของเชื้อดื้อยาลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายผลนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาแนวทางการจำหน่าย-ส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- ชมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร. (2557). *แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมเชื้อก่อโรคดื้อยา*. สำนักงานพระพุทธศาสนา.
- ประจวบ ทองเจริญ, วันชัย มั่งคั่ง, และ อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2558). ผลการใช้กลวิธีหลากหลายต่อการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน. *พยาบาลสาร*, 42(1), 61-73.
- ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และ นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2558). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *พยาบาลสาร*, 42(3), 119-134.
- ภานุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร รวีไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, และ สุกพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352-360.
- วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. (2560). การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(3), 441-456.
- วัลลภา ช่างเจรจา. (2560). *ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติต่ออัตราการติดเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ โรงพยาบาลบึงกาฬ*. <https://www.bkh.moph.go.th>
- ศรีสังวรสุโขทัย. (2561). *รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย 2558-2561*. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
- สุพัตรา อุปนิสากร, กุณทิรา ถิ่นนิคม, และ จารุวรรณ บุญรัตน์. (2561). ผลการควบคุมการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(4), 651-658.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Vancomycin resistant Enterococci (VRE) In healthcare setting*. <https://www.cdc.gov/hai/organisms/vre/vre.html>
- Lewin, K. (1948). Action research and Minority Problem. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
- Wayne, W. D. (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health science. *Biometrical Journal*, 37(6), 744. <https://doi.org/10.1002/bimj.4710370610>

คุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562
จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Quality and identity of graduates who graduated in the academic year 2019
from the faculty of nursing, Naresuan University

กรกาญจน์ ปานสุวรรณ, อินทิรา ปากันทะ*

Kornkarn Pansuwan, Intira Pakanta*

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Naresuan University

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail : intira2515@gmail.com

(Received: September 13, 2022; Revised: October 19, 2022; Accepted: January 25, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประชากรคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกันกับบัณฑิต จำนวน 93 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ (6 ด้าน) และ 3) แบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร คือเป็นคนดี คนเก่ง มีวินัย และภูมิใจในชาติ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ทำการปรับแก้ข้อคำถามที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of Item-objective congruence: IOC) ต่ำกว่า 0.50 ส่วนความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือวิจัย 2 และ 3 เท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตมีคุณภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.95, S.D. = 0.55) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Mean = 4.33, S.D. = 0.51) รองลงมาคือด้านคุณธรรม จริยธรรม (Mean = 4.29, S.D. = 0.52) ด้านความรู้ (Mean = 4.05, S.D. = 0.61) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Mean = 3.85, S.D. = 0.54) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Mean = 3.81, S.D. = 0.54) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะทางปัญญา (Mean = 3.39, S.D. = 0.56)

บัณฑิตมีอัตลักษณ์โดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, S.D. = 0.57) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านเป็นคนดี (Mean = 4.33, S.D. = 0.57) รองลงมาคือด้านมีวินัย (Mean = 4.30, S.D. = 0.58) ด้านภูมิใจในชาติ (Mean = 4.27, S.D. = 0.62) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง (Mean = 3.81, S.D. = 0.50) ดังนั้นควรพัฒนานิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพด้านทักษะทางปัญญาและมีอัตลักษณ์ด้านเป็นคนเก่งเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพบัณฑิต, อัตลักษณ์บัณฑิต, พยาบาลศาสตร์

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the quality and identity of graduates who completed their studies in the academic year 2019 at the Faculty of Nursing, Naresuan University. The population consisted of 93 head nurses or staff members who work with these graduates. The data collection tools included: 1) a general information inquiry form, 2) a questionnaire assessing the quality of graduates based on the standard qualifications' framework for higher education in nursing, which covers 6 aspects, and 3) a graduate identity questionnaire aligned with the desired identities of Naresuan University students, which emphasizes being good, talented, disciplined, and proud of the nation. The research tools underwent quality checks for content validity (making corrections to questions that had an Index of Item-Objective Congruence (IOC) below 0.50) and reliability (Cronbach's alpha coefficients for research instruments 2 and 3 were 0.92 and 0.90, respectively). Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation.

The study findings revealed that the overall quality of the graduates across 6 aspects was rated at a high level (Mean = 3.95, S.D. = 0.55). The aspect with the highest score was interpersonal skills and responsibility (Mean = 4.33, S.D. = 0.51), followed by ethics and morals (Mean = 4.29, S.D. = 0.52), knowledge (Mean = 4.05, S.D. = 0.61), professional practice skills (Mean = 3.85, S.D. = 0.54), numerical analysis, communication, and information technology skills (Mean = 3.81, S.D. = 0.54), with cognitive skills scoring the lowest (Mean = 3.39, S.D. = 0.56).

Regarding the identity of the graduates, the overall score for all 4 aspects was also at a high level (Mean = 4.18, S.D. = 0.57). The highest score was for being a good person (Mean = 4.33, S.D. = 0.57), followed by discipline (Mean = 4.30, S.D. = 0.58), pride in the nation (Mean = 4.27, S.D. = 0.62), and the lowest score was for being a talented person (Mean = 3.81, S.D. = 0.50). Therefore, it is recommended that the faculty of nursing at Naresuan University focus on developing graduates with higher cognitive skills and a stronger talent-based identity.

Keywords: Quality of graduate, Identity of graduate, Nursing

บทนำ

การพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้าท่ามกลางยุคกระแสโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาจึงมีการปฏิรูปการเรียนรู้ในหลายๆ ส่วนเพื่อให้ได้บัณฑิตระดับอุดมศึกษาตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานการอุดมศึกษา (พ.ศ. 2549) โดยเป็นผู้มีความรู้ มีคุณธรรม มีจริยธรรม มีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความสำนึกและความรับผิดชอบในฐานะพลเมืองและพลโลก (สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

นอกจากนี้ ตามประกาศคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กำหนดให้มีการประเมินหลักสูตรเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก ๆ 5 ปี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณภาพและทันสมัยอยู่เสมอ (สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) ซึ่งจากคู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557 ได้กำหนดตัวบ่งชี้ด้านบัณฑิต คือ คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยต้องมีการรายงานผลประเมินคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยผู้ใช้บัณฑิตหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (คณะกรรมการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา และคณะกรรมการพัฒนาการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา, 2560) จึงส่งผลให้หลักสูตรจำเป็นต้องกำหนดอัตลักษณ์นิสิตของหลักสูตรที่ชัดเจน อันเป็นผลที่เกิดแก่ผู้เรียน นิสิต นักศึกษา ตามปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสถานศึกษา ตามความตั้งใจของสถานศึกษา คณะกรรมการสถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2555)

การสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมผู้เรียนสู่การประกอบอาชีพในอนาคต ให้มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนนั้น มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับกระบวนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการศึกษาทั้งด้านผู้เรียน ผู้สอน วิธีการสอน หลักสูตร และผู้บริหาร รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทั้งด้านสภาพแวดล้อมและด้านระบบประกันคุณภาพการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ประสบความสำเร็จ (ฉัตรทิพย์ สุวรรณชิน และพนมพร จันทระปัญญา, 2558)

ด้วยเหตุที่การพัฒนาอัตลักษณ์พยาบาลวิชาชีพจะเกิดขึ้นตั้งแต่เป็นนิสิตพยาบาล ทั้งจากการทำกิจกรรมเสริมหลักสูตรและจากการศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่มีการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย นิสิตพยาบาลได้เกิดการเรียนรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพ ผ่านกระบวนการเรียนแบบทั้งจากจากอาจารย์พยาบาลและบุคลากรในหอผู้ป่วย (Larson et al., 2013) ดังนั้น สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลจึงพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อสนองตอบความต้องการของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ที่สอดคล้องกับวิถีโลก และสังคมแห่งยุคดิจิทัล ตลอดจนผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ และเป็นไปตามระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายในของสถาบันการศึกษา

ในส่วนของคุณพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้พัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอย่างต่อเนื่อง บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562-2564 ได้ใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) โดยปรัชญาของหลักสูตรมีความเชื่อว่า การพยาบาลเป็นบริการที่จำเป็นต่อสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เรียนรู้โดยการกระทำและประสบการณ์ เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีความรู้และทักษะ

ทางการพยาบาล พร้อมที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการอย่างมีคุณภาพ มีความเอื้ออาทร ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีจิตสาธารณะ มีภาวะผู้นำ ใฝ่รู้ สามารถคิดวิเคราะห์และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน นำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาตนเองและวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีจิตสำนึกในการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ส่งเสริมระบอบประชาธิปไตยและดำรงตนให้เป็นคนเก่งคน เก่งงาน เก่งคิด เก่งครองชีวิต และเก่งพิชิตปัญหาและดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2559)

ปรัชญาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ ปรัชญา วิสัยทัศน์ และพันธกิจของมหาวิทยาลัยนเรศวร ในการผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานสากล และมีอัตลักษณ์คือเป็นคนดี คนเก่ง มีวินัย และภูมิใจในชาติ อนึ่ง นอกจากจะมุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับ อัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ยังมุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลให้ สอดคล้องกับนโยบายการจัดการศึกษาตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 ซึ่งกำหนดกรอบคุณภาพบัณฑิตตามคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ครอบคลุมมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน คือ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ ความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะปฏิบัติวิชาชีพ (กรกาญจน์ ปานสุวรรณ, 2564)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย นเรศวร ในปีการศึกษา 2562 ซึ่งเป็นผู้ใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) เป็นรุ่นแรก ว่าบัณฑิตมีคุณภาพตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาาระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ และมีอัตลักษณ์ ตามที่มหาวิทยาลัยนเรศวรกำหนดมากน้อยเพียงใด มีอัตลักษณ์ที่โดดเด่นต่างจากบัณฑิตที่ใช้หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2554) ในรุ่นที่ผ่านมาอย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาหลักสูตร ปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนานิสิตให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และเพื่อตอบสนองต่อความ ต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์ บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ใช้บัณฑิตที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในแผนกเดียวกับบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) ที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 และมีระยะเวลาในการทำงานร่วมกันกับบัณฑิตมาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 116 คน (มีประชากรสะดวกเข้าร่วมการวิจัย 93 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยของ กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และคณะ (2563) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่ได้อั ปรับแก้ เนื่องจากประชากรอยู่ในบริบทเดียวกันคือศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาล

ศาสตร์ และแบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เครื่องมือวิจัยดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิสังกัดมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการพัฒนาบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.48-1.00 ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามที่ได้ค่า IOC ไม่ถึง 0.50 เพื่อให้ข้อคำถามมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และมีการหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ใช้บัณฑิตที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ เท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เท่ากับ 0.90 โดยมีรายละเอียดแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามประเภทเลือกตอบ คือ เพศ อายุ ตำแหน่ง และหน่วยงานที่สังกัด (ราชการ เอกชน รัฐวิสาหกิจ)

2. แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีรายการประเมินคุณภาพบัณฑิตตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 8 ข้อ เช่น มีความซื่อสัตย์สุจริต มีระเบียบวินัย ตรงต่อเวลา เป็นต้น 2) ด้านความรู้ 6 ข้อ เช่น มีความรู้ในหลักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหน้าที่การงาน เป็นต้น 3) ด้านทักษะทางปัญญา 9 ข้อ เช่น มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล แนวคิด และประเมินข้อมูลต่างๆ ได้ เป็นต้น 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 8 ข้อ เช่น มีความสามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 4 ข้อ เช่น มีทักษะในการวิเคราะห์และจัดการข้อมูลเชิงตัวเลข เป็นต้น และ 6) ด้านทักษะปฏิบัติวิชาชีพ 5 ข้อ เช่น สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล รวมทั้งใช้กระบวนการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และการสื่อสารเชิงบำบัดในการพยาบาลบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

3. แบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีรายการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเป็นคนดี 13 ข้อ เช่น มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีจิตสาธารณะ เป็นต้น 2) ด้านเป็นคนเก่ง 10 ข้อ เช่น มีความสามารถในการแก้ปัญหาการงาน เป็นต้น 3) ด้านมีวินัย 8 ข้อ เช่น ปฏิบัติตนตรงต่อเวลา เป็นต้น และ 4) ด้านภูมิใจในชาติ 9 ข้อ เช่น แสดงความเคารพด้วยการไหว้ตามแบบอย่างวัฒนธรรมไทย เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอข้อมูลจากการสำรวจภาวะการมีงานทำของบัณฑิต โดยกองแผนงานมหาวิทยาลัยนเรศวร ทำให้ทราบหน่วยงานที่บัณฑิตทำงานอยู่ในปัจจุบัน จากนั้นส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ ระบุการส่งกลับมายังผู้วิจัยภายในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 (116 ชุด) ผู้วิจัยได้เตรียมซองเปล่าติดแสตมป์ไปให้พร้อมกับเอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 93 ชุด คิดเป็นร้อยละ 80.17

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุญาตเลขที่ COA No. 529/2021 วันที่รับรอง 13 ธันวาคม 2564 หลังจากรับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งกระบวนการขอความยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย (informed consent process) ผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลทางไปรษณีย์พร้อมแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย เพื่อให้รายละเอียด

เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และการติดต่อกับผู้วิจัยอย่างละเอียด แสดงสถานภาพของผู้วิจัยอย่างเปิดเผย เปิดโอกาสให้ซักถามทางหมายเลขโทรศัพท์ หรือ e-mail เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระก่อนการเซ็นชื่อในแบบคำยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ตามแบบฟอร์มที่ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวรกำหนด ก่อนที่จะดำเนินการทำแบบสอบถามและส่งกลับมายังผู้วิจัยพร้อมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนความคิดเห็น ดังนี้ 4.51 - 5.00 ระดับมากที่สุด 3.51 - 4.50 ระดับมาก 2.51 - 3.50 ระดับปานกลาง 1.51 - 2.50 ระดับน้อย 1.00 - 1.50 ระดับน้อยที่สุด (เดมศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552)

ผลการวิจัย

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประชากร จำนวน 116 คน ตอบแบบสอบถาม จำนวน 93 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.93 เพศชาย ร้อยละ 2.07 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 55.19 อายุ 41- 50 ปี ร้อยละ 34.61 และ อายุ 51- 60 ปี ร้อยละ 10.20 ประกอบด้วยผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 41.75 และเพื่อนร่วมงานร้อยละ 58.25 ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการร้อยละ 56.37 และสังกัดหน่วยงานเอกชนร้อยละ 43.63

2. ส่วนที่ 2 คุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต (n= 93)

รายการ	ความคิดเห็น		ระดับ
	Mean	S.D.	
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.29	0.52	มาก
ด้านความรู้	4.05	0.61	มาก
ด้านทักษะทางปัญญา	3.39	0.56	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.33	0.51	มาก
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	3.81	0.54	มาก
ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	3.85	0.54	มาก
รวม 6 ด้าน	3.95	0.55	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.95, S.D. = 0.55) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Mean = 4.33, S.D. = 0.51) รองลงมาคือด้านคุณธรรม จริยธรรม (Mean = 4.29, S.D. = 0.52) ด้านความรู้ (Mean = 4.05, S.D. = 0.61) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Mean = 3.85, S.D. = 0.54) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และ

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Mean = 3.81, S.D. = 0.54) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะทางปัญญา (Mean = 3.39, S.D. = 0.56)

3. ส่วนที่ 3 อัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต (n = 93)

รายการ	ความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านเป็นคนดี	4.33	0.57	มาก
ด้านเป็นคนเก่ง	3.81	0.50	มาก
ด้านมีวินัย	4.30	0.58	มาก
ด้านภูมิใจในชาติ	4.27	0.62	มาก
รวม 4 ด้าน	4.18	0.57	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยให้คะแนนรวม (4 ด้าน) อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, S.D. = 0.57) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านเป็นคนดี (Mean = 4.33, S.D. = 0.57) รองลงมาคือด้านมีวินัย (Mean = 4.30, S.D. = 0.58) ด้านภูมิใจในชาติ (Mean = 4.27, S.D. = 0.62) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง (Mean = 3.81, S.D. = 0.50)

อภิปรายผล

คุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามมาตรฐาน คุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.95, S.D. = 0.55) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Mean = 4.33, S.D. = 0.51) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะทางปัญญา (Mean = 3.39, S.D. = 0.56)

การที่บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ในด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Mean = 4.33, S.D. = 0.51) เนื่องมาจากบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 ซึ่งในระหว่างศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2560 ได้รับการพัฒนาจนมีคะแนนอัตลักษณ์ในด้านเก่งครองชีวิตอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D. = 0.50) ซึ่งอัตลักษณ์ด้านเก่งครองชีวิตมุ่งเน้นให้เป็นคนมีทัศนคติที่ดีในการดำรงชีวิตควบคู่ไปกับด้านคุณธรรมจริยธรรม (สุภาพร แนวบุตร และสมภาพ ฌินนาค, 2562) นอกจากนี้ บัณฑิตยังได้รับการพัฒนาอัตลักษณ์ด้านทางวิชาชีพ และสังคม ที่เน้นการพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความรับผิดชอบ มีคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณในวิชาชีพ ซึ่งการมีทักษะทางสังคมได้ถูกพัฒนาผ่านการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตลอดจนการเรียนการสอนรายวิชาชีพทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ ซึ่งจะมีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม และทักษะทางอารมณ์ (soft skill) อันเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยพัฒนาอัตลักษณ์ (สุภาพร แนวบุตร และสมภาพ ฌินนาค, 2562)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรกาญจน์ ปานสุวรรณ และคณะ (2563) ที่ศึกษาคุณภาพของนิสิตตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต (บัณฑิตสำเร็จการศึกษา 2561) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม และจากการรายงานผลการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2554) ซึ่งเป็นหลักสูตรเก่าของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2557-2561 โดยให้คะแนนสูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม ในทุกปีการศึกษา (Mean = 4.17, S.D. = 0.52), (Mean = 4.31, S.D. = 0.53), (Mean = 4.38, S.D. = 0.62), (Mean = 4.38, S.D. = 0.63), (Mean = 4.31, S.D. = 0.54) ตามลำดับ (กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และคณะ, 2564) จึงอาจกล่าวได้ว่า การปรับปรุงหลักสูตรใหม่ ทำให้คุณลักษณะบัณฑิตเปลี่ยนไปจากเดิม โดยหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2554) พัฒนาศึกษาให้มีความโดดเด่นด้านคุณธรรม จริยธรรมมากที่สุด ในขณะที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) เริ่มมีความโดดเด่นในด้านอื่นมากกว่าด้านคุณธรรม จริยธรรม

ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านทักษะทางปัญญา ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.39, S.D. = 0.56) อธิบายได้ว่า เนื่องจากการพัฒนาทักษะทางปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ต้องอาศัยกระบวนการเรียนการสอนที่ให้เวลาในการคิดวิเคราะห์ และต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และอุปสรรคของการพัฒนาการคิดวิจารณญาณในแต่ละคนอาจขึ้นอยู่กับอดีตและสังคมของผู้เรียน เช่น ประสบการณ์ดั้งเดิมหรืออดีตของตนเอง ทำให้คิดว่าคุณภาพบัณฑิตดีกว่าผู้อื่น สังคมที่หล่อหลอมความคิดของผู้เรียน ในการพัฒนาการใช้เหตุผล การใช้สถานการณ์ สนับสนุนความคิดตัดสินใจที่ถ่องแท้ แนวทางการแก้ไขปัญหา จึงควรส่งเสริมให้ผู้เรียนมองปัญหาจากหลายแง่มุม โดยผ่านการเรียนรู้การทำงานเป็นทีม (สิริวัฒน์ อายุวัฒน์ และคณะ, 2562) และจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem-based learning) เพื่อพัฒนาการคิดเชิงวิพากษ์และทักษะการแก้ปัญหา (AlMekkawi & Khalil, 2020)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาภรณ์ คงขุนทด และคณะ (2563) ที่ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตของพยาบาลจบใหม่ที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2561 พบว่า ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะทางปัญญา (Mean = 4.07, S.D. = 0.55) และการศึกษาของ วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสมภารณ์ เทียนขาว (2560) ที่ศึกษาคุณภาพบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่าด้านทักษะทางปัญญามีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.50 (S.D.=0.60)

อัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยรวมทั้ง 4 ด้านคือ เป็นคนดี คนเก่ง มีวินัย และภูมิใจในชาติ อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, S.D. = 0.57) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านเป็นคนดี (Mean = 4.33, S.D. = 0.57) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง (Mean = 3.81, S.D. = 0.50)

การที่บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีอัตลักษณ์ที่โดดเด่นโดยมีคะแนนสูงสุดคือด้านเป็นคนดี เนื่องมาจากบัณฑิตได้รับการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมในการเรียน ภาควิชา ทดลอง และการปฏิบัติการพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น ในหมวดวิชาเฉพาะ (วิชาชีพ) หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 บัณฑิตได้ศึกษาในรายวิชาจิตสาธารณะเพื่อการบริการ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2559) ผ่านการทำโครงการจิตสาธารณะ ซึ่งบ่มเพาะให้บัณฑิตมีจิตสาธารณะ เป็นต้น นอกจากนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ยังได้จัดกิจกรรมพัฒนานิสิตตลอดหลักสูตร ตั้งแต่แรกเข้ามาเป็นนิสิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จนสำเร็จการศึกษา ได้แก่ กิจกรรมรับน้อง กิจกรรมเตรียมความพร้อม กิจกรรมเสริมความรู้และทักษะทางวิชาการ คุณธรรมจริยธรรม และกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

สำหรับด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง ทั้งในการเป็นคนเก่งงาน เก่งคน เก่งคิด เก่งครองชีวิต และเก่งพิชิตปัญหา ซึ่งสิ่งที่แสดงถึงความเก่งของบัณฑิตพยาบาล เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหาการทำงานหรือ

การพยาบาล การเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม เป็นต้น ความสามารถดังกล่าวต้องอาศัยการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง อาศัยระยะเวลาและรูปแบบการพัฒนา จึงจะทำให้บัณฑิตมีความสามารถและมีความเก่งในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ ปัทมาภรณ์ คงขุนทด และคณะ (2563) ได้สังเคราะห์ผลงานวิชาการของนักวิชาการต่าง ๆ สรุปว่า แม้ว่าจะมีการสอน สอนทั้งภาคทฤษฎี ทดลอง และปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่ความสามารถในการปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยกับงานและสภาพแวดล้อมใน การทำงาน ตลอดจนการสั่งสมประสบการณ์ให้เกิดความเชี่ยวชาญในงาน เกิดความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการทำงาน ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับ ประสบการณ์หรือระยะเวลาในการทำงาน พยาบาลจบใหม่ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน วิชาชีพ พยาบาลจบใหม่อาจยังไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ดีเท่าที่ควร และ ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยังไม่เพียงพอ พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการทำงานในหน้าที่ปัจจุบันมากกว่า 1 ปี มีความสามารถในการทำได้สูงเป็น 2.7 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ระยะเวลาการทำงานไม่เกิน 1 ปี ดังนั้น ระยะเวลา การปฏิบัติงาน 1 ปี อาจยังไม่สามารถปฏิบัติงานดีมากนัก

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรกาญจน์ ปานสุวรรณ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัต ลักษณ์ของนิสิตตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในปี การศึกษา 2561 พบว่า ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง (Mean = 3.89, S.D. = 0.57) เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Dlamini et al. (2014) ที่พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า บัณฑิตพยาบาลที่จบใหม่ยังไม่ พร้อมสำหรับฝึกฝนเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยมีปัจจัยสำคัญคือการเตรียมความพร้อมที่ไม่เพียงพอ

ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงควรเตรียมความพร้อมนิสิตพยาบาลอย่างเพียงพอ โดยพัฒนาและบริหารหลักสูตร ตลอดจนจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นิสิตพยาบาลมีประสบการณ์ ทางคลินิกอย่างเพียงพอ โดยให้โอกาสแก่นิสิตพยาบาลในการเรียนรู้การฝึกทักษะการพยาบาลในสถานการณ์จริง มาก ขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกับแหล่งฝึก นอกจากนี้ ควรมีการจัดอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึก (AlMekki & Khalil, 2020; Dlamini et al., 2014) เพื่อช่วยสอนและสนับสนุนนิสิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ให้มีอัตลักษณ์ด้านเป็นคนเก่งมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนคุณภาพบัณฑิตต่ำสุดคือด้านทักษะทางปัญญา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงควรการพัฒนาหลักสูตรที่มุ่งเน้นทักษะทางปัญญา บริหารหลักสูตรโดยปรับปรุงกระบวนการ จัดการเรียนการสอนโดยเน้นให้นิสิตได้ฝึกฝนการใช้ทักษะทางปัญญาให้มากขึ้น และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดการเรียนการสอนโดยเน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อให้ผู้เรียนได้มุมมองความคิดที่หลากหลาย การจัดการเรียนรู้ โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem-based learning) เป็นต้น และพิจารณาทางเลือกอย่างเหมาะสมกับปัญหา ในคลินิก โดยมีวิธีการหลากหลาย ได้แก่ การใช้สถานการณ์ปัญหา การเขียนรายงาน การนำเสนอ หรือการทดลอง ในห้องปฏิบัติการ โดยใช้วิดีโอและหุ่นจำลองเป็นสื่อในการสอน

2. จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนอัตลักษณ์บัณฑิตต่ำสุดคือ ด้านเป็นคนเก่ง ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงควรพัฒนาและบริหารหลักสูตร ตลอดจนจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นิสิต พยาบาลมีประสบการณ์ทางคลินิกอย่างเพียงพอ โดยให้โอกาสแก่นิสิตพยาบาลในการเรียนรู้การฝึกทักษะการ พยาบาลในสถานการณ์จริงมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกับแหล่งฝึก นอกจากนี้ ควรปรับปรุงกระบวนการจัดการ เรียนการสอนโดยการสอดแทรกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ของผู้เรียนไว้ในรายวิชา และจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ที่สอดคล้องกับสมรรถนะของผู้เรียนในแต่ละชั้นปีควบคู่กันไป เพื่อพัฒนาอัตลักษณ์ในด้านเป็นคนเก่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนา (research and development) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะของผู้เรียนในแต่ละชั้นปี เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรกาญจน์ ปานสุวรรณ. (2564). รายงานการประเมินตนเองระดับหลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประจำปีการศึกษา 2563. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กรกาญจน์ ปานสุวรรณ, กนกอร คล้ายจันทร์, ชนิกันต์ เสือสิงห์, และ นิตยา ศรีบัวรมย์. (2563). คุณภาพและอัตลักษณ์ของนิสิตตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 14(1), 54-65.
- กรกาญจน์ ปานสุวรรณ, อินทิรา ปากันทะ, ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์, และ จรรยา มากโสภา. (2564). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2554) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(2), 136-149.
- คณะกรรมการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา และคณะกรรมการพัฒนาการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา. (2560). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษภายใน ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาพพิมพ์.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2559). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559)*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ฉัตรทิพย์ สุวรรณชิน และ พนมพร จันทรปัญญา. (2558). การสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 7(2), 267-280.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภตมาตรประมาณค่า (Rating scale) เพื่องานวิจัย. <https://www.ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/Oct>
- ปัทมาภรณ์ คงขุนทด, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, นุชมาศ แก้วกุลพล, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, และ มยุรี พางาม. (2563). ความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์ของพยาบาลจบใหม่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2561. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1086-1094.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2555). *พจนานุกรมศัพท์ศึกษาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. อรุณการพิมพ์.
- วิภาพร สิทธิสาตร์ และ สมภารณ์ เทียนขาว. (2560). คุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พุทธศักราช. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(34), 49-61.
- สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, ชนกานต์ แสงคำกุล, และ กิรติ กิจธีระวุฒวงศ์. (2562). ผลของการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 87-97.
- สุภาพร แนวบุตร และ สมภาพร ฉิมนาค. (2562). อัตลักษณ์ 5 เก่งของนิสิตพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 17(2), 229-238.
- สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2558 และเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง*. บริษัท วงศ์สว่างพับลิชชิง แอนด์ พรินติ้ง จำกัด.

- AlMekkawi, M., & Khalil, R. E. (2020). New graduate nurses' readiness to practice: A narrative literature review. *Health Professions Education, 6*(3), 304-316.
<https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.05.008>
- Dlamini, C. P., Mtshali, N. G., Dlamini, C. H., Mahanya, S., Shabangu, T., & Tsabedze, Z. (2014). New graduates' readiness for practice in Swaziland: An exploration of stakeholders' perspectives. *Journal of Nursing Education and Practice, 4*(5), 148-158.
<https://doi.org/10.5430/JNEP.V4N5P148>
- Larson, J., Brady, M., Engelmann, L., Perkins, B. I., & Shultz, C. (2013). The formation of professional identity in nursing. *Nursing Education Perspectives, 34*(2), 138.

การพัฒนาแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ The development of a couple counseling model for blood testing Anti-HIV

เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ*

Pensri Eumkep*

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: apn.nurse@gmail.com

(Received: October 17, 2022; Revised: November 17, 2022; Accepted: January 25, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาระของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ เพื่อสร้างและตรวจสอบคุณภาพของแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ เพื่อทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ โดยศึกษาข้อมูลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ ศึกษาข้อมูลการเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ ศึกษาข้อมูลสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ และเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ ดำเนินการ 3 ระยะคือระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาอุปสรรคการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาโดยนำปัญหาอุปสรรคและองค์ความรู้จากเอกสารงานวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและนำมาทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานมากที่สุด ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือดติดเชื้อเอชไอวีและคู่จำนวน 30 คู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละและการทดสอบของพิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาแบบคู่ได้กระบวนการสำคัญคือการให้การปรึกษาแบบคู่ เน้นการให้การปรึกษาตามมาตรฐานและเพิ่มทักษะการเชื่อมโยงความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ผลลัพธ์การใช้รูปแบบพบว่ามีความสัมพันธ์กับคู่ของผู้ติดเชื้อพร้อมรับการตรวจเลือดเอชไอวี ผู้ติดเชื้อและคู่ พร้อมเข้าระบบการรักษาและสัมพันธภาพผู้ติดเชื้อและคู่มีทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะควรศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาในคู่เพศสัมพันธ์เพศเดียวกันเพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี การตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ และการเข้าสู่กระบวนการการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการให้การปรึกษาแบบคู่, การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This research and development aimed to develop a model and examine the outcomes of the counseling model for dual HIV blood testing. The research included 3 phases: phase 1: studying barriers to counseling for dual HIV blood tests; phase 2: developing a counseling model based on the barriers and knowledge from research papers. Content validity was examined and trials were carried out in the target group, modified until a model was most suitable for work performance. Phase 3: evaluating the results of using the counseling model for blood testing for HIV infection. The sample consisted of patients with HIV blood test and their partners in 30 pairs. Data were analyzed by frequency, percentage, and Fisher's Test.

The results showed that the main key process of a dual counseling model included emphasized standardized counseling and enhanced emotional connection skills for both parties to solve problems together. The results of the model also found that couples were ready to enter the treatment system, and their relationship was better.

The recommendation was that the dual HIV blood test counseling model was an important process that counseling nurses must use as a guideline to enable HIV-positive couples to get through the bad times and apply it to same-sex couples. The couples counseling model should be widely spread in HIV care units.

Keywords: couples counseling model, blood testing Anti-HIV

บทนำ

หลายสิบปีมาแล้วที่การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดเชื้อที่น่ากลัวอันดับต้น ๆ ของโลกแม้ปัจจุบันก็ยังเป็นเช่นนั้น เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ให้หายขาดได้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ยังคงน่าเป็นห่วง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีนับตั้งแต่มีการระบาด ล่าสุดจำนวน 77.3 ล้านคน และ 35.4 ล้านคน เสียชีวิตนับตั้งแต่มีการระบาด และในปี 2560 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตจำนวน 36.9 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 1 ล้านคนในเวลา 35 ปี มีผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนคน เสียชีวิตนับตั้งแต่มีการระบาด และในปี 2561 ประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 480,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 358,606 คน มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวี 18,000 คน และติดเชื้อรายใหม่ 6,400 คน เฉลี่ยวันละ 17 คน และประมาณการณ์ว่าระหว่างปี 2016 - 2020 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ราว 25,573 คน จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีต่อเนื่องและพบในเยาวชนมีอายุน้อยลง ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยระบุว่าวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปีมีการติดเชื้อสูงเป็น 2 เท่าของกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี เนื่องจากเด็กวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกด้วยอายุน้อยลงและอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่น สูงมากขึ้น โดยพบว่าเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายร้อยละ 42 คู่แต่งงานร้อยละ 31 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในปี 2560 ประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560 - 2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ “ไม่ติด-ไม่ตาย-ไม่ตีตรา” คือลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือไม่เกิน 1,000 รายต่อปี ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ 90 โดยดำเนินงานสอดคล้องกับเป้าหมายโลกให้บรรลุในปี 2573 ทั้งนี้สนับสนุนให้มีกองทุนสุขภาพให้สิทธิประโยชน์ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรดำเนินการเชิงรุกค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพื่อให้เข้าระบบการรักษาลดการแพร่เชื้อให้คู่

เพศสัมพันธ์ สันนิษฐานงบประมาณ เวชภัณฑ์ ยาต้านไวรัสเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากแนวโน้มดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ของการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวียังคงน่าเป็นห่วงและอยู่ใกล้ชีวิตทุกคนกว่าที่คิด ในระยะแรกที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมักเกิดความเครียดและพยายามปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งมักพบปฏิกิริยาในด้านจิตอารมณ์ในเชิงลบได้แก่กลัวว่าต้องเป็นภาระของผู้อื่น กลัวถูกรังเกียจและถูกทอดทิ้ง กลัวตาย และมีความละอายใจต่อผู้อื่น หวังไม่ยากดูแลตนเองเนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีอาจมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว รู้สึกไร้ค่าหมดหวังในชีวิตและบางรายพยายามฆ่าตัวตาย ในส่วนครอบครัวเมื่อทราบว่าสมาชิกติดเชื้อเอชไอวีมักมีปฏิกิริยาได้ในหลายลักษณะ เช่น รู้สึกผิด โกรธ สูญเสียความหวังและเป้าหมายของชีวิตที่กำหนดไว้ร่วมกันระหว่างสามีภรรยาส่งผลให้เกิดความแตกแยก กล่าวโทษ ตาหนี สัมพันธภาพไม่ดี เกิดความขัดแย้งส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่ และพบว่าภรรยาที่มีผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่งปิดบังผลเลือดไม่บอกสามีเนื่องจากไม่กล้าบอกขณะเดียวกันสามีที่ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนก็ไม่บอกผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีให้ภรรยาทราบเช่นกัน (รัชนิ เสนาน้อย และ เสาวคนธ์ วีระศิริ, 2562) การศึกษาของประเทศไทยพบว่า มีคู่ที่มีผลเลือดต่าง (serodiscordant) ในคู่ของผู้ติดเชื้อถึงร้อยละ 30 - 50 และพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กรมอนามัย, 2557)

การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเอชไอวีเป็นการให้การปรึกษาที่ต้องเก็บรักษาไว้เป็นความลับและให้ผู้รับการปรึกษาได้รับข้อมูลและได้พิจารณาทางเลือกต่างๆก่อนตัดสินใจว่าจะตรวจเอชไอวีหรือไม่ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกการตัดสินใจตรวจเลือดเอชไอวีเป็นสิทธิของบุคคลที่สามารถทำได้โดยไม่มีการบังคับและกำหนดหลักสำคัญก่อนตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (voluntary counselling and testing) เป็นการให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว (individual one-to-one counseling) ที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับข้อมูลมีความรู้ความเข้าใจและพิจารณาผลดีและผลกระทบที่อาจจะเกิดตามมารวมทั้งคำนึงถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ทำหน้าที่ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับมือกับผลกระทบหรือปัญหาที่อาจจะเกิดตามมาหลังการตรวจเอชไอวี จะต้องประเมินความพร้อมของผู้รับการปรึกษาในการเตรียมใจว่ามีแนวโน้มที่จะคิดฆ่าตัวตายหรือไม่หากผลเลือดเป็นบวกคือติดเชื้อเอชไอวีข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ให้การปรึกษากรณีผลการตรวจที่เป็นบวก ส่วนการให้การปรึกษาหลังการตรวจเอชไอวี (post-test counseling) เป็นกระบวนการแจ้งผลการตรวจเลือดเอชไอวีที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจความหมายและผลการตรวจซึ่งหากผลเลือดเป็นบวกผู้รับการปรึกษาควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถยอมรับและปรับเปลี่ยนชีวิตตนเองให้สามารถอยู่กับเชื้อเอชไอวีได้ การคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้ให้การปรึกษาต้องช่วยแก้ไขซึ่งผู้ติดเชื้อมักจะมีแนวโน้มคิดอยากฆ่าตัวตายในสองช่วงคือ เมื่อรู้ครั้งแรกว่าตนเองติดเชื้อ และเมื่อตนเองเริ่มมีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ ไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ รู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจะต้องทำการประเมินความเสี่ยงหรือแนวโน้มและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นตลอดระยะการดำเนินโรค ในปี 2555 องค์การอนามัยโรคได้กำหนดแนวทางการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ (couple counseling) โดยยังคงใช้หลักการการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดด้วยความสมัครใจแบบตัวต่อตัวและเพิ่มเติมในด้านผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้เอื้ออำนวยใช้ความสามารถทักษะให้ผู้รับการปรึกษาคือคู่สามีและภรรยาได้ใช้ศักยภาพในการสำรวจตนเองเข้าใจปัญหาและความต้องการของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงความรู้สึก การสื่อสาร และกำหนดเป้าหมายอนาคตร่วมกัน รวมทั้งให้ทั้งคู่ยอมรับความจริงในเรื่องของการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและคู่เพื่อนำไปสู่การป้องกันการช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจกันและแก้ไขปัญหาร่วมกัน (กรมอนามัย, 2557) ซึ่งภาพรวมการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มีความละเอียดอ่อนและซับซ้อนอย่างมากเนื่องจากมีปัจจัยด้านสังคมและจิตใจ ได้แก่ สภาพสังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความรู้สึกนึกคิด นิสัยใจคอ ความเชื่อ ทศนคติ วิธีคิด วิธีการยอมรับความจริงเป็นต้น ซึ่งข้อดีของการให้การ

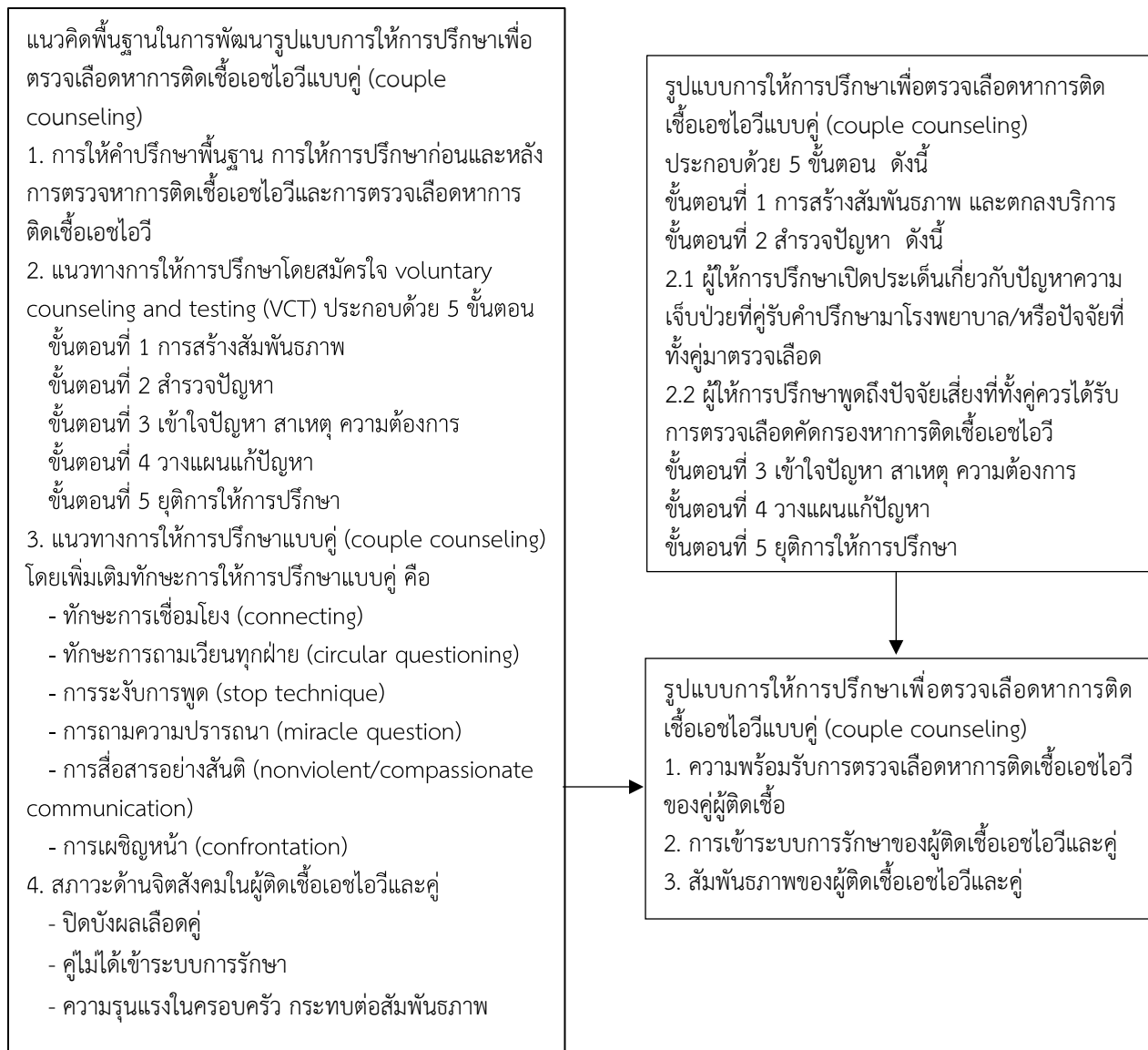
ปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่คือเปิดโอกาสให้คู่เพศสัมพันธ์ติดต่อสื่อสารกันได้ดีขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการเลิกพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีช่วยให้การเปิดเผยผลเลือดระหว่างคู่ได้มากขึ้น ในคู่ที่ติดเชื้อเพียงคนเดียวสามารถป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่ไปสู่อีกคนหนึ่งได้เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างคู่และผู้ติดเชื้อสามารถรับการรักษาได้อย่างเปิดเผยไม่ต้องปิดบังคู่ทำให้การรักษาได้ผลที่ดี (กรมอนามัย, 2557)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง 4,000 ราย มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ย 400 คนต่อปี มีสถานะเป็นคู่สามีภรรยาอยู่ 35 จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่หายไปจากระบบการรักษา 5 ปีย้อนหลัง คือ ปี 2557-2561 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหายไปจากระบบการรักษาถึง 161 ราย ในจำนวนนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยขาดการเข้าถึงและความต่อเนื่องต่อการรักษา คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างคู่และในครอบครัวถึงร้อยละ 62 เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและถูกทอดทิ้ง เมื่อทีมรักษากลับมาเฝ้าเรื่องการนำคู่มารตรวจผู้ป่วยบางคนเลือกที่จะหายไปจากระบบการรักษามากกว่าที่จะบอกคู่ให้รับทราบ และได้ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสปี 2560 - 2561 พบว่าเสียชีวิต 53 ราย มีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับเอดส์ 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 51 โดยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด คือ วัณโรค ปัจจัยสำคัญให้ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่องและเสียชีวิตคือ ปิดบังความเจ็บป่วยกับคู่หรือปิดบังครอบครัวเนื่องจากกลัวว่าคู่จะรับผลเลือดไม่ได้ กลัวปัญหาเกิดความตึงเครียดในชีวิตคู่ วิตกกังวลว่าปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวจะลดน้อยลง กลัวว่าคู่จะทอดทิ้งและมีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวกรณีที่คู่มิผลเลือดไม่ติดเชื้อคือคู่อที่มีผลเลือดต่าง เป็นต้น (หน่วยปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2561) ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลให้การปรึกษา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และองค์การอนามัยโลกได้ออกแนวทางแนะนำว่าการให้บริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่และการส่งเสริมให้มีการเปิดเผยผลเลือดให้กันและกันเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่ควรปฏิบัติ พบว่าการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ (couple counseling) ไม่สามารถเรียนรู้ได้โดยการอ่านจากตำราเท่านั้นแต่ต้องเรียนรู้โดยการปฏิบัติและการอบรมภายใต้รูปแบบของผู้ให้การปรึกษาที่มีประสบการณ์ เนื่องจากการให้การปรึกษาแบบคู่มิความละเอียดอ่อนซับซ้อนผลของการให้การปรึกษาอาจส่งผลต่อชีวิตจิตใจและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้รับบริการ พยาบาลให้การปรึกษามีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้คู่สามีภรรยาผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ได้โดยใช้กระบวนการให้การปรึกษาแบบคู่มิเป้าหมายให้คู่สามีภรรยาเข้าใจปัญหาไปพร้อมกันพร้อมตรวจเลือดและเข้าระบบการรักษาโดยสัมพันธภาพของคู่อดีเดิมครอบครัวไม่แตกแยกไม่ว่าผลเลือดจะติดเชื้อเอชไอวีทั้งคู่หรือติดเชื้อคนใดคนหนึ่ง ที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการให้การปรึกษาแบบคู่ที่เป็นรูปธรรมและยังไม่มีการศึกษาการให้การปรึกษาแบบคู่อผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่เพื่อให้รูปแบบที่สมบูรณ์ชัดเจนเป็นรูปธรรมและสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาระของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาอุปสรรคการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาจากประชากร คือ พยาบาลให้การปรึกษา 2 คนและแพทย์โรคติดต่อที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ คือ แพทย์ พยาบาลที่เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวี มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวทางสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ข้อคำถามประเด็นปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด มีข้อ 3 ข้อ เพื่อศึกษาสภาพการให้คำปรึกษา ปัญหาอุปสรรค และแนวทางให้คำปรึกษา

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแนวทางการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 คน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนมกราคม 2563 – 28 กุมภาพันธ์ 2563

1. หลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่จะเข้าร่วมโครงการ และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมและสนทนากลุ่ม โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอุปสรรคการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ในคู่เพศสัมพันธ์ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สังเคราะห์ตีความ สรุปประเด็นต่างๆ ในระยะพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับคำปรึกษาในหน่วยให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คู่ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือด Anti-HIV แล้วพบว่าผล positive คือติดเชื้อเอชไอวี 2) ผู้ป่วยสื่อสาร พูดคุยเข้าใจ และอาการทางร่างกายทั่วไปปกติ 3) สถานะมีคู่สามี หรือ ภรรยา หรือ คู่เพศสัมพันธ์อยู่ด้วยกัน 1 ปี ขึ้นไป 4) มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 60 ปี 5) ไม่มีความผิดปกติทางจิตใจ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่า 2Q เป็นศูนย์ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือด Anti-HIV แล้วพบว่าผล positive แต่มีอาการด้านร่างกายหรือปัญหาทางด้านจิตใจยังไม่คงที่จำเป็นต้องติดตามอาการต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากข้อมูลที่ได้จากการประชุมและสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 จากประสบการณ์การให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้วิจัยและค้นคว้าองค์ความรู้จากเอกสารงานวิจัยในด้านรูปแบบสภาวะด้านจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดย (ร่าง) รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แนวทางการให้การปรึกษาโดย

สมัครใจ (voluntary counseling and testing: VCT) และแนวทางการให้การปรึกษาแบบคู่ (couple counseling) โดยแนวทางการให้การปรึกษาโดยสมัครใจมี 5 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ สำหรับปัญหา เข้าใจ ปัญหาสาเหตุความต้องการ วางแผนแก้ปัญหา และยุติการให้การปรึกษา ส่วนแนวทางการให้การปรึกษาแบบคู่ คือ การให้การปรึกษาแก่คู่สามีภรรยาหรือคู่เพศสัมพันธ์พร้อมกันเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีและรับฟังผล การตรวจเลือด พร้อมกัน โดยเพิ่มเติมทักษะการให้การปรึกษาแบบคู่ คือ ได้แก่ ทักษะการเชื่อมโยง ทักษะการถามเวียนทุกฝ่าย การระงับการ พุด การถามความปรารถนา การสื่อสารอย่างสันติ และการเผชิญหน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงวันที่ 1 มีนาคม 2563 – 30 เมษายน 2563 รวมระยะเวลา 2 เดือน

1. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่จะเข้าร่วมโครงการ และเปิด โอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำ (ร่าง) รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มาทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คู่ โดยแนวทางการให้การปรึกษาโดยสมัครใจ มี 5 ขั้นตอน คือ การสร้าง สัมพันธภาพ และตกลงบริการ สำหรับปัญหา เข้าใจปัญหาสาเหตุความต้องการ วางแผนแก้ปัญหา และยุติการให้ การปรึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมตรวจเลือดทั้งคู่แล้วจะได้รับการส่งเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีและนัดให้ กลับมาฟังผลการตรวจเลือดในวันรุ่งขึ้นเป็นขั้นตอนให้การปรึกษาแจ้งผลเลือด (HIV post-test couple counseling) กรณีผลเลือดคู่ไม่ติดเชื้อ หรือผลเลือดติดเชื้อทั้งคู่

การวิเคราะห์ข้อมูล พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาที่นำ (ร่าง) รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อ เอชไอวีแบบคู่ไปใช้ ประชุมปรึกษาร่าง แนวปฏิบัติ จุดดี จุดอ่อน เพื่อนำไปพัฒนา

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการให้การปรึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับคำปรึกษาในหน่วยให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือด Anti-HIV แล้วพบว่าผล positive คือติดเชื้อเอชไอวี 2) ผู้ป่วยสื่อสาร พูดคุยเข้าใจ และอาการทางร่างกายทั่วไปปกติ 3) สถานะมีคู่ สามี หรือ ภรรยา หรือ คู่เพศสัมพันธ์อยู่ด้วยกัน 1 ปี ขึ้นไป 4) มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 60 ปี 5) ไม่มีความผิดปกติทางจิตใจ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่า 2Q เป็นศูนย์ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือด Anti-HIV แล้วพบว่าผล positive แต่มีอาการด้านร่างกายหรือปัญหาทางด้านจิตใจยังไม่คงที่จำเป็นต้องติดตามอาการต่อเนื่อง ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ก่อนการใช้รูปแบบ จำนวน 30 คู่ และกลุ่มผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 30 คู่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลา ที่ลง intervention ด้วยโปรแกรม G power (วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา, 2563) ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% และอำนาจการ ทดสอบ Power (1- β err prob) การประมาณค่าขนาดอิทธิพล = 0.5 กำหนด df = 1 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 54 ราย จึงแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 30 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะในระยะที่ 2 มาปรับปรุงรูปแบบการให้คำปรึกษา ได้แก่ รูปแบบบันทึกการให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอน ซึ่งมีเนื้อหาค่อนข้างมาก เสนอแนะว่าให้จัดทำรูปแบบบันทึกให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอน ในรูปแบบ check list 1 หน้ากระดาษเพื่อให้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษานำไปใช้เป็นแนวทางได้สะดวกและ ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ได้รูปแบบที่ปรับปรุง คือ รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี แบบคู่ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ: ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกสบายใจ ไว้วางใจ ผ่อนคลาย ผู้รับบริการพร้อมจะเปิดเผยข้อมูล ความรู้สึกที่แท้จริงของตนโดยไม่ปกปิดหรือซ่อนเร้น

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา: ขั้นตอนนี้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจปัญหาและปัจจัยที่คิดว่าเป็นความเสี่ยงให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาจะเชื่อมโยงการพูดคุยถึงการตรวจเลือด Anti-HIV ดังนี้

ขั้นตอน 2.1 ผู้ให้การปรึกษาเปิดประเด็นเกี่ยวกับปัญหา ความเจ็บป่วย ที่ผู้รับคำปรึกษามาโรงพยาบาล/หรือปัจจัยที่ทั้งคู่มาตรวจเลือด

ขั้นตอน 2.2 ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทั้งคู่ควรได้รับการตรวจเลือดคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 3 เข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ: ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา พิจารณาข้อดีข้อเสียของการตรวจเลือด HIV นั่นคือเมื่อทั้งคู่ทราบถึงปัญหาความเจ็บป่วย / ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแล้วข้อมูลที่ผู้ให้การปรึกษาควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมในหัวข้อ การขอตรวจเลือด HIV ความหมายของผลเลือด ข้อมูลเรื่องโรคและการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนแก้ปัญหา: เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ศักยภาพของตนเองหาวิธีการแก้ไขปัญหา พิจารณาวិธีแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้สนับสนุนให้ข้อมูลทางเลือก ขั้นตอนนี้จะใช้คำถามปลายเปิดเพื่อถามความรู้สึก ความต้องการของคู่เพศสัมพันธ์และเพื่อเชื่อมโยงความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายให้เข้าใจซึ่งกันและกันได้

ขั้นตอนที่ 5 ยุติการให้การปรึกษา: ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาย้ำความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างที่ให้คำปรึกษา และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงจูงใจและกำลังใจที่จะแก้ปัญหาและพัฒนาตนเอง สรุปแนวทางการรักษากรณีติดเชื้อเอชไอวี เปิดโอกาสให้ตัดสินใจจำเป็นต้องตรวจหรือไม่ ไม่เร่งรัด การเซ็นชื่อยินยอมตรวจเลือด และสุดท้ายคือการนัดทั้งคู่มาฟังผลตรวจเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน ได้แก่ เพศ อายุ วันที่เข้ารับการปรึกษาในโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และผลการตรวจ Anti-HIV positive ข้อมูลการตรวจเลือด Anti-HIV ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลการเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ ข้อมูลสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจเลือดและการเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ ข้อมูลการตรวจเลือดเอชไอวีและการเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน คำถามข้อมูลการตรวจเลือดเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถามตรวจเอชไอวี และไม่ตรวจเอชไอวี คำถามข้อมูลการเข้าระบบการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามเข้าระบบการรักษา และไม่เข้าระบบการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ ลักษณะการประเมินสัมพันธภาพเป็นการสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน กลุ่มละ 30 คน ว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่เป็นอย่างไร โดยประเมินสัมพันธภาพตามคำตอบของผู้ติดเชื้อเป็น 4 ระดับ ดังนี้

สัมพันธภาพดีขึ้น: คู่สามีภรรยา มีการสื่อสาร พูดคุยแลกเปลี่ยนปรึกษากันในด้านการรักษา การป้องกัน และแสดงออกถึงความห่วงใยกันมากขึ้น

สัมพันธภาพคงเดิม: คู่สามีภรรยา มีการสื่อสาร พูดคุยแลกเปลี่ยนกันปกติเหมือนเดิมก่อนที่จะเข้าระบบ
การให้การปรึกษาแบบคู่

สัมพันธภาพแย่งลง: คู่สามีภรรยา มีการสื่อสาร พูดคุยแลกเปลี่ยนกันน้อยลง หรือไม่พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน
หรือมีความไม่เข้าใจกัน มีปากเสียงกัน มากกว่าเดิม

แยกทางกัน : คู่สามีภรรยาเลิกรากันไป

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้การปรึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
เป็นผู้ให้การปรึกษาประกอบด้วยพยาบาลให้การปรึกษา 2 คน และแพทย์โรคติดเชื้อ 1 คน ตรวจสอบความเหมาะสมและ
ความครอบคลุมหัวข้อและความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) วัดโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละ
ขั้นตอนกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือกหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ (index of item
objective congruence : IOC) ได้ค่าดัชนี IOC = 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่จะเข้าร่วม
โครงการ และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ขอเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือกหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบปกติที่หน่วยให้คำปรึกษาปฏิบัติ
คือ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าผลตรวจเลือดติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลให้การปรึกษาแจ้งผลเลือดติดเชื้อ
เอชไอวีตามรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือกหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจและให้ข้อมูลผู้ป่วยนำคู่มือมาเพื่อตรวจ
เลือกหาการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อผู้ติดเชื้อและคู่มาร่วมกันพยาบาลให้การปรึกษาจะเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาแบบคู่
ที่เป็นรูปแบบเดิมก่อนพัฒนารูปแบบ

3. ผู้วิจัยติดตามการเข้ารับการรักษาของกลุ่มควบคุม โดยใช้ระยะเวลา 30 วันหลังจากกลุ่มควบคุมได้รับ
การตรวจเลือด ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจเลือดเอชไอวี การเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่

การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจเลือดติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจเลือดติดเชื้อเอชไอวี
โดยในขั้นตอนการแจ้งผลเลือดจะสอบถามเรื่องคู่เพศสัมพันธ์ โดยใช้หลักการให้การปรึกษามุ่งเน้นให้ข้อมูลในด้าน
ข้อดีของการนำคู่มือตรวจเลือดและให้ผู้พยานำคู่มือมารับการตรวจเลือกหาการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อผู้พยานำคู่มือตรวจเลือด
พยาบาลให้การปรึกษาจะเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาแบบคู่ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่จะเข้าร่วมโครงการ และเปิด
โอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ขอเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือกหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ 5 ขั้นตอน มาปฏิบัติใน
กลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจเลือกหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยครอบคลุมถึงระยะก่อนการตรวจเลือด การยินยอม
ตรวจเลือดและการรับฟังผลการตรวจเลือด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

3. ผู้วิจัยติดตามการเข้ารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ระยะเวลา 30 วันหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจเลือด ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจเลือด การเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และส่วนที่ 3 ข้อมูลสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) วิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลความแตกต่างก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ ใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) ดังนี้ ความพร้อมรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ การเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และตลอดการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจโดยมีสิทธิยกเลิกได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือให้ลงนามในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการวิจัยโดยเซ็นชื่อในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในส่วนของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนการพัฒนาแบบที่เก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยลงเป็นรหัสแทนกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รหัสเลขที่ IRB No. 045/63 วันที่รับรอง 16 มกราคม 2563

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสาระของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ ได้ผลดังนี้

สถานการณ์การให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ในคู่เพศสัมพันธ์ได้ข้อสรุปการปฏิบัติงานที่ผ่านมา คือแนวทางการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ที่ปฏิบัติอยู่เป็นการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบพื้นฐาน เป็นการให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว คือการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจของผู้รับบริการ ทีมให้การปรึกษาใช้องค์ความรู้ที่แต่ละคนได้รับการอบรมในด้านการให้การปรึกษามาไม่มีแนวปฏิบัติการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ที่ชัดเจน

ปัญหาอุปสรรคการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ พบว่ามีปัญหาอุปสรรค 2 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วยผู้ป่วยปิดบังผลเลือดเนื่องจากวิตกกังวลต่อสัมพันธภาพระหว่างกัน กลัวคู่ทำร้าย กลัวคู่ทอดทิ้ง กลัวความรุนแรงในครอบครัว กลัวสูญเสียความหวังและเป้าหมายของชีวิตที่กำหนดไว้ร่วมกันระหว่างสามีภรรยาที่มีผลต่อสัมพันธภาพกับคู่ จึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่กล้าบอกผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ ด้านเจ้าหน้าที่พบว่าในวันมีภาระงานมากจะไม่สามารถให้การปรึกษาแบบคู่ได้และความรู้และประสบการณ์การให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ของเจ้าหน้าที่แต่ละคนแตกต่างกัน

2. รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ พบว่าหลักการสำคัญของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มี ดังนี้

2.1 กระบวนการหลักสำคัญ ประกอบด้วย

2.1.1. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีดำเนินการโดยยึดหลัก 5C เสมอ คือ consent (การยินยอมรับการตรวจ) confidential (การรักษาความลับ) counseling (การให้การปรึกษา) correct result (การบันทึกผลตรวจที่ถูกต้อง) connection to care (การเชื่อมต่อเข้าสู่การรักษา)

2.1.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้หลักการของการให้การปรึกษา เพื่อตรวจเลือดด้วยความสมัครใจแบบตัวต่อตัว 5 ขั้นตอน โดยเน้นจุดที่สำคัญในแต่ละขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหา เข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการวางแผนแก้ปัญหา ยุติการให้การปรึกษา

2.1.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้ความสามารถ ใช้ทักษะการให้การปรึกษาแบบคู่หลักที่สำคัญ คือ ทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษาคือการฟัง การสังเกต การทวนความ การถาม การสรุปความ และทักษะการให้การปรึกษาแบบคู่ คือ ทักษะการเชื่อมโยงความรู้สึก ทักษะการสื่อสารอย่างสันติ ทักษะการถามเวียนทุกฝ่าย ทักษะการระงับการพูด ทักษะการถามความปรารถนา ทักษะการเผชิญหน้า เป็นต้น

2.1.4 เป้าหมายสำคัญในการให้การปรึกษาแบบคู่คือ สัมพันธภาพที่ดี การตัดสินใจร่วมกันของผู้รับการศึกษาและการได้รับการตรวจเลือดเพื่อรู้สถานะและการเปิดเผยผลเลือด

2.2 รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ ได้ขั้นตอนการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ (HIV pre-test couple counseling) และการแจ้งผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV post-test couple counseling) ดังนี้

2.2.1 การให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ (HIV pre-test couple counseling)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากทำให้ผู้รับการศึกษาเกิดความรู้สึกสบายใจ ไว้วางใจ ผ่อนคลาย บรรเทาความไม่เคร่งเครียด ผู้รับบริการพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูล ความรู้สึกที่แท้จริงของตนโดยไม่ปกปิดหรือซ่อนเร้น ในขั้นตอนนี้สิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาควรมี คือ หน้าที่อภัยเมตตาทางอบอุ่นเป็นมิตร มีทักษะการให้การปรึกษาพื้นฐาน

ตัวอย่างการให้คำปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษา: “สวัสดีค่ะ พี่ชื่อ ... เป็นพยาบาลให้การปรึกษา มีหน้าที่ในการให้การปรึกษาเพื่อให้ข้อมูลเพื่อตรวจเลือด : ระหว่างที่เราคุยกัน สามารถซักถามสิ่งที่สงสัยหรือต้องการความกระจ่างเพิ่มมากขึ้นได้ค่ะ”

ในขั้นตอนนี้การแจ้งผู้รับบริการเรื่องกำหนดระยะเวลาในการให้บริการการให้การปรึกษาและข้อมูลที่คุยกันจะเป็นความลับ สามารถพูดได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของ 5 ขั้นตอนของการให้การปรึกษาขึ้นกับสถานการณ์ของผู้รับบริการ เพื่อให้การให้การปรึกษาเป็นธรรมชาติมากที่สุดโดยผู้รับบริการไม่รู้สึกว่ากำลังถูกสอบสวนหรือพูดคุยเรื่องเคร่งเครียด ใช้เวลาในการพูดคุยกันประมาณ 20-30 นาที ให้ข้อมูลนี้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมขึ้นกับสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา ให้คู่ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจปัญหาและปัจจัยที่คิดว่าเป็นความเสี่ยงให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาจะเชื่อมโยงการพูดคุยถึงการตรวจเลือด Anti-HIV ดังนี้

1) ผู้ให้การปรึกษาเปิดประเด็นเกี่ยวกับ ปัญหา ความเจ็บป่วยที่คู่รับคำปรึกษามาโรงพยาบาล/หรือปัจจัยที่ทั้งคู่มาตรวจเลือด ตัวอย่างการพูดคุยให้คำปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษา: “วันนี้ คุณ...มีอาการเจ็บป่วยอะไรที่จะแจ้งให้ดิฉันทราบบ้างค่ะ ” (เปิดประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหา ความเจ็บป่วย) “อาการ ... มีระยะเวลาเป็นมาประมาณเท่าไรแล้วค่ะ”

2) ผู้ให้การปรึกษาเปิดประเด็นเกี่ยวกับ ปัญหา ความเจ็บป่วย ที่คู่รับคำปรึกษามาโรงพยาบาล/หรือ
ปัจจัยที่ทั้งคู่มาตรวจเลือด ตัวอย่าง การพูดคุยให้คำปรึกษา

ปัจจัยเสี่ยง: กรณีมาด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/อาการทั่วไปปกติแต่เคยมีความเสี่ยง

ผู้ให้การปรึกษา เช่น “วันนี้ดิฉันจะขออนุญาตถามข้อมูลของคุณ ... เพิ่มเติมค่ะ” (เปิดประเด็นเพื่อ
ถามความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี)

3) ผู้ให้การปรึกษาพูดถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทั้งคู่ควรได้รับการตรวจเลือดคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 3 เข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการ ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจปัญหา
สาเหตุของปัญหา พิจารณาข้อดีข้อเสียของการตรวจเลือด HIV นั่นคือเมื่อทั้งคู่ทราบถึงปัญหาความเจ็บป่วย/ปัจจัยเสี่ยงต่อ
การติดเชื้อเอชไอวีแล้วข้อมูลที่ผู้ให้การปรึกษาควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมในหัวข้อดังนี้

1) แจ้งขอตรวจเลือด HIV ตัวอย่าง การพูดคุยให้คำปรึกษา ดังนี้

ผู้ให้การปรึกษา: “จากอาการความเจ็บป่วย (ความเสี่ยง) ที่คุณเล่ามา ดิฉันและคุณหมอทั้งคู่เคยอยู่คิด
ว่าคุณควรได้รับการตรวจเลือดอย่างละเอียดเพื่อดูการทำงานของร่างกายเช่น การทำงานของไต ตับ ไขมันในเลือด เป็นต้น
และจะขออนุญาตตรวจหาการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยเพื่อเป็นการวินิจฉัยแยกแยะโรค”

ผู้รับการปรึกษา: ในระหว่างนี้ คู่รับการปรึกษาอาจมีคำถามหรือข้อสงสัยเพิ่มเติม “ทำไมเราต้องตรวจ
เลือดคะ/ครับ”

ความสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ ระหว่างนี้ผู้ให้การปรึกษาต้องมีสมาธิในการฟัง สังเกตภาษากาย คุปฏิกิริยา
ที่แสดงออกและปฏิสัมพันธ์ของคู่เพศสัมพันธ์ ทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูด น้ำเสียง เพื่อประเมินสถานการณ์นั้นให้เห็น
ประโยชน์ของการตรวจเลือดเชื่อมโยงกับอาการป่วยที่นำมา ผู้ให้การปรึกษาควรให้ความสำคัญกับทางออกการแก้ไขและ
ความสัมพันธ์ที่ดีมากกว่ามุ่งที่ค้นหาสาเหตุหรือขุดลึกลงไปในเรื่องละเอียดของปัญหา

2) ความหมายของผลเลือด ในกรณีที่ผลเลือดเป็นลบ “ผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบหมายความว่าตรวจ
ไม่พบเชื้อเอชไอวี” ในกรณีที่ผลเลือดเป็นบวก “ผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก หมายความว่าติดเชื้อเอชไอวี”

3) ให้ข้อมูลเรื่องโรค วิธีที่จะทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี คือการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เชื้อเอชไอวีเมื่อเข้า
สู่ร่างกายแล้วจะไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดต่ำลง ดังนั้น การทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรก ๆ มีข้อดี คือ
ผู้รับบริการจะไม่ป่วยเป็นเอดส์ จะไม่มีอาการของโรคเอดส์ เช่น ตุ่มตามลำตัว น้ำหนักลดลง ผิวดำ หรือท้องเสียเรื้อรัง
หลังจากติดเชื้อเอชไอวี ภูมิคุ้มกันของร่างกายจะค่อย ๆ ลดลง ผู้ติดเชื้อจะเกิดอาการของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องใช้เวลา
เฉลี่ยอย่างน้อย 5 ปี และในบางคนที่ร่างกายแข็งแรงอาจใช้เวลานานถึง 10 ปี การรักษาในปัจจุบันได้ผลดีมาก การรักษา
เหมือนโรคเรื้อรังทั่วไปคือรับประทานต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยรับประทานยาต้านไวรัสวันละ 1 เม็ด 1 มื้อ ปัจจุบันมี
ผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต่อเนื่อง ตรงเวลา มีสุขภาพแข็งแรงใช้ชีวิตตามปกติมา 30 ปี แล้ว นั่นคือมีชีวิตยืนยาวได้
ตามปกติ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะมีผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายสูงเท่าค่าปกติและปริมาณเชื้อ HIV แทบหมดไป
จากร่างกาย มีผลให้ร่างกายแข็งแรงไม่เข้าสู่ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่มีความเจ็บป่วยโรคฉวยโอกาสเข้าแทรก เช่น
จุด ผื่น ตามร่างกาย เป็นต้น

ความสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ แจ้งข้อมูลข้อดีของการตรวจเลือด HIV การที่คู่เพศสัมพันธ์ได้ข้อมูล
ระยะเวลาหลังได้รับเชื้อเอชไอวีใช้เวลา 5-10 ปี ถึงจะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะช่วยให้คู่ลดความโกรธ
โมโห ที่คิดว่าคู่ของตนเพิ่งไปรับเชื้อเอชไอวีมาในระหว่างที่อยู่ด้วยกัน ข้อมูลการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิต ยืนยาว เหมือน
โรคเรื้อรังทั่วไปจะทำให้ผู้รับบริการ มีกำลังใจและพร้อมที่จะเข้าระบบการรักษา ผลของการรักษามีผลให้ร่างกายแข็งแรง

เชื้อเอชไอวีแทบหมดไปจากร่างกายและไม่ทำให้มีอาการของเอดส์ สามารถใช้ชีวิตในครอบครัว ในสังคมได้ตามปกติ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการคลายความกังวลว่าจะไม่มีอาการของโรคและความลับไม่ถูกเปิดเผย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนแก้ปัญหา

เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ศักยภาพของตนหาวิธีการแก้ไขปัญหาพิจารณาวิธีแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้สนับสนุนให้ข้อมูลทางเลือก ขั้นตอนนี้จะใช้คำถามปลายเปิดเพื่อถามความรู้สึก ความต้องการของคู่เพศสัมพันธ์และเพื่อเชื่อมโยงความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายให้เข้าใจซึ่งกันและกันได้

1) ความคาดหวังต่อผลเลือด ตัวอย่างการให้คำปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษา “คุณ A คาดหวังต่อการตรวจเลือดครั้งนี้อย่างไรคะ”

คุณ A “

2) กรณีผลเลือดติดเชื้อ HIV ทั้งคู่ ตัวอย่างการให้คำปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษา “คุณ A คะ ถ้าคุณ A ติดเชื้อ คุณ A จะทำอะไรคะ”

3) กรณีผลเลือดติดเชื้อ HIV คนเดียว (ผลเลือดต่าง) ตัวอย่างการให้คำปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษา “คุณ A คะ ถ้าคุณ B ผลเลือดติดเชื้อแต่ผลเลือดคุณ A ไม่ติดเชื้อ คุณ A จะทำอะไรต่อไปคะ”

คุณ A “

ความสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ ผู้ให้การปรึกษาได้ประเมินการยอมรับผลเลือดของคู่เพศสัมพันธ์ ทั้งในกรณีผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีของ ทั้งคู่ หรือกรณีผลเลือดต่างคือคนใดคนหนึ่งติดเชื้อและอีกคนไม่ติดเชื้อ ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ความรู้สึก ให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจปัญหาที่แท้จริงระหว่างกันไปพร้อมกันและนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ใช้ทักษะในการให้การปรึกษา เช่น การฟัง การสังเกต การทวนความ การซักถามการสรุปความ การเชื่อมโยง การเชื่อมโยง การเวียนถามทุกฝ่าย การระงับการพูด การถามความปรารถนา การสื่อสารอย่างสันติผู้ให้การปรึกษาควรหยิบยกประเด็นที่คู่ยังรู้สึกค้างคาและลำบากใจ ที่จะพูดคุยกันซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์

ขั้นตอนที่ 5 ยุติการให้การปรึกษา

ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาย้ำความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างที่ให้คำปรึกษาและช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงจูงใจและกำลังใจที่จะแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองและสรุปถึงแนวทางการรักษากรณีติดเชื้อเอชไอวี เปิดโอกาสให้ตัดสินใจจำเป็นต้องตรวจหรือไม่ ไม่เร่งรัด การเซ็นชื่อยินยอมตรวจเลือดและสุดท้ายคือการนัดทั้งคู่มาฟังผลตรวจเลือด ตัวอย่างการให้คำปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษา: “วันนี้เราได้คุยเรื่องการตรวจเลือดคัดกรองเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งข้อดีของการตรวจเลือด ความหมายของผลเลือด รวมทั้งแนวทางปฏิบัติตัว” “จะนัดมาฟังผลเลือดในวันพรุ่งนี้ค่ะ”

ความสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ สัมพันธภาพของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการทั้งคู่ที่ต้องมีตลอดขั้นตอนของการให้การปรึกษา การแสดงออกของผู้ให้การปรึกษาที่ให้ผู้รับบริการทั้งคู่เชื่อมั่นและมาฟังผลการตรวจเลือดตามนัด ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยความสะดวกในการตรวจเลือดและการฟังผลการตรวจเลือด

2.2.2 การแจ้งผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (HIV post-test couple counseling)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการตรวจสอบและทบทวนประเด็นสำคัญ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนเตรียมความพร้อมในการรับฟังผลตรวจเลือดและทบทวนความเข้าใจสิ่งที่พูดคุยกันไปก่อนการตรวจเลือด จะสั้น กระชับ ไม่ยืดเยื้อ เนื่องจากผู้รับบริการต้องการรับฟังผลเลือด ตัวอย่างการให้คำปรึกษา

ผู้ให้การศึกษา: “สวัสดีค่ะ พุดคุย ทักทาย เรื่องราว การเดินทางทั่วไป...” “เมื่อวานเราได้คุยเรื่องการตรวจเลือดเอชไอวี ความคาดหวังต่อผลการตรวจเลือด”

ความสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ ผู้ให้การศึกษาแสดงให้เห็นให้ผู้รับการศึกษารับรู้ว่ามีคามยินดีที่ผู้รับการศึกษามาฟังผลการตรวจเลือด

ขั้นตอนที่ 2 การแจ้งผลเลือด แจ้งผลด้วยท่าที น้ำเสียงปกติ หลังจากนั้นให้การศึกษาตามขั้นตอนต่อไปตามผลการตรวจเลือด ตัวอย่างการให้คำปรึกษา

ผู้ให้การศึกษา: “ผลตรวจเลือด พบว่า...” “ให้การศึกษาต่อเนื่อง ตามผลการตรวจเลือดของผู้รับการปรึกษาและคู่”

ความสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ ผู้ให้การศึกษาต้องจำได้ว่าในช่วงของการให้การศึกษา (pre-test couple counseling) ผู้รับบริการและคู่มีความคาดหวังต่อผลเลือดอย่างไรและคิดอย่างไรในกรณีผลเลือดติดเชื้อทั้งคู่หรือกรณีติดเชื้อคนเดียว (ผลเลือดต่าง) โดยเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้ในช่วง pre-test ขั้นตอนนี้ผู้รับการปรึกษาและคู่ จะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจตามผลการตรวจเลือด ผู้ให้การศึกษาแจ้งผลด้วยท่าที น้ำเสียงปกติ ใช้ทักษะต่าง ๆ ของการให้การศึกษาตามสถานการณ์ กรณีผลเลือดติดเชื้อ การฟังอย่างใส่ใจมีความสำคัญมาก โดยมีการมองประสานสายตา ตั้งใจฟัง ผู้รับการปรึกษาไม่แทรกขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนเรื่อง ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์และแสดงสีหน้าท่าทางตอบสนอง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาและคู่รับรู้ว่าคุณให้การศึกษาเข้าใจ รับรู้ความรู้สึกของทั้งคู่ในขณะนั้น

3. ผลการใช้รูปแบบการให้การศึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่

3.1 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการให้การศึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ (couple counseling) โดยเปรียบเทียบความพร้อมรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ การเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ และสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
เพศ			
- ชาย	12(40.00)	12(40.00)	1.00
- หญิง	18(60.00)	18(60.00)	
อายุ			
- 15-20 ปี	1(3.33)	3(10.00)	
- 21-30 ปี	12(40.00)	13(43.33)	
- 31-40 ปี	9(30.00)	6(20.00)	
- 41-50 ปี	6(20.00)	8(26.67)	
- 51 ปีขึ้นไป	2(6.67)	0(0)	
ระดับการศึกษา			
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	17 (56.66)	14 (46.66)	
- ปริญญาตรี	13 (43.33)	15 (50.00)	
- ปริญญาโท	0 (0)	1 (3.33)	
อาชีพ			
- รับจ้าง	12 (40.00)	12 (40.00)	.25
- พนักงานบริษัท	9 (30.00)	12 (40.00)	
- รัฐวิสาหกิจ	2 (6.67)	3 (10.00)	
- เกษตรกร	3 (10.00)	2 (6.67)	
- ค้าขาย	4 (13.33)	1 (3.33)	
ปัจจัยเสี่ยงที่นำสู่การตรวจเลือด Anti-HIV			
- มีอาการผิดปกติ เช่น ไข้	16 (53.33)	14 (46.67)	.32
- น้ำหนักลด			
- เป็นโรคติดต่อทาง	2 (6.67)	0 (0)	
เพศสัมพันธ์			
- คู่ติดเชื้อมา	12 (40.00)	16 (53.33)	

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง 18 ราย ร้อยละ 60 มีอายุช่วง 21-30 ปี มากที่สุด 12 ราย ร้อยละ 40 รองลงมา มีอายุในช่วง 31-40 ปี 9 ราย ร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี 17 ราย ร้อยละ 56.66 และระดับปริญญาตรี 13 ราย ร้อยละ 43.33 อาชีพรับจ้าง 12 ราย ร้อยละ 40 และพนักงานบริษัท รองลงมา 9 ราย ร้อยละ 30 ปัจจัยเสี่ยงที่นำสู่การตรวจเลือด Anti-HIV คือมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้ น้ำหนักลด และได้รับการตรวจเลือดคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวี 16 ราย ร้อยละ 53.33 รองลงมา คืออาการปกติแต่ตรวจเอชไอวีเนื่องจากคู่ติดเชื้อมา 12 ราย ร้อยละ 40 และกลุ่มทดลองเป็น

3.1.4 สัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ ดังตาราง 4

ตาราง 4 สัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ (n=60)

สัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
สัมพันธภาพดีขึ้น	0 (0)	5 (16.66)	0.000*
สัมพันธภาพดีเหมือนเดิม	25 (83.33)	25 (83.33)	
สัมพันธภาพแย่ลง	3 (10.00)	0 (0)	
แยกทางกัน	2 (6.66)	0 (0)	

* $p < 0.05$

สัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ก่อนและหลังใช้รูปแบบในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพดีเหมือนเดิมมากที่สุดจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วน และพบว่าสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบมีสัมพันธภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ศึกษาสาระของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ อภิปรายผล ดังนี้

1. การให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ในคูเพศสัมพันธ์ได้ข้อสรุปการปฏิบัติงานที่ผ่านมา คือแนวทางการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ที่ปฏิบัติอยู่เป็นการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบพื้นฐาน เป็นการให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว คือการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจของผู้รับบริการ ทีมให้การปรึกษาใช้องค์ความรู้ที่แต่ละคนได้รับการอบรมในด้านการให้การปรึกษามาไม่มีแนวปฏิบัติการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ที่ชัดเจน ซึ่งไม่ได้นำทักษะที่สำคัญในการให้การปรึกษาแบบคู่มาใช้ในขั้นตอนการให้การปรึกษาเช่นทักษะการเชื่อมโยงความรู้สึก ทักษะการสื่อสารอย่างสันติเพื่อให้ทั้งคู่มีการแลกเปลี่ยนและเกิดมุมมองร่วมกัน มีการสื่อสารกัน ได้ค้นหาปัญหา มองไปข้างหน้าและกำหนดเป้าหมายสำหรับอนาคตร่วมกันและมีความเข้าใจกันส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเลือดการตรวจภาวะติดเชื้อเอชไอวีของสตรีไทย (ขวัญจิตร เหล่าทอง และคณะ, 2561) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเกือบร้อยละ 40 ของผู้ที่ไม่เปิดเผยผลเลือดมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ด้านเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษาพบว่าภาระงานของเจ้าหน้าที่รวมทั้งความรู้และประสบการณ์มีความแตกต่างกันเนื่องจากการให้การปรึกษาแบบคู่เป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อน การให้การปรึกษาแบบคู่ที่ผู้ให้การปรึกษาควรให้ความสำคัญกับผู้รับบริการทั้งคู่อย่างสมดุลและเท่าเทียม คำนึงถึงมุมมองของผู้เกี่ยวข้องซึ่งจำแนกได้ 4 ฝ่ายคือ มุมมองของแต่ละคนในคู่ที่ได้รับการปรึกษา ได้แก่มุมมองของภรรยา มุมมองของสามี/คูเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลทั้งสองฝ่าย มุมมองร่วมกันของคู่ที่รับบริการปรึกษา (มุมมองในฐานะคู่) และมุมมองของผู้ให้บริการปรึกษา ซึ่งแต่ละฝ่ายมีมุมมองของตนเองต่อมุมมองของแต่ละคน เพื่อสามารถปรับการให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละคู่และบรรลุเป้าหมายในการให้การปรึกษาแบบคู่ คือการเกิดวิสัยทัศน์ร่วมกันของคู่ โดยเน้นมุมมองของความเป็นคู่ทำให้ทั้งคู่มีการแลกเปลี่ยนและเกิดมุมมองร่วมกัน มีการสื่อสารกัน มองไปข้างหน้าร่วมกัน ได้ค้นหาปัญหา และกำหนดเป้าหมายสำหรับอนาคตร่วมกัน ที่ผู้ให้การปรึกษาจะต้องนำทักษะต่างๆ มาบูรณาการเพื่อให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายได้พร้อมกันและยังต้องเชื่อมโยงความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายให้เข้าใจซึ่งกันและกันได้

กรณีที่เป็นบุคลากรที่ให้การปรึกษาขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการให้การปรึกษาที่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาที่มาปรึกษารวมทั้งการจัดระบบบริการที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นความยุ่งยากและเพิ่มงานให้แก่บุคลากรมากขึ้น

2. สร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ได้ ขั้นตอนการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ และการแจ้งผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี พบว่า หลักการสำคัญของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มีกระบวนการหลักสำคัญประกอบด้วย การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีดำเนินการโดยยึดหลัก 5C เสมอ คือ consent (การยินยอมรับการตรวจ) confidential (การรักษาความลับ) counseling (การให้การปรึกษา) correct result (การบันทึกผลตรวจที่ถูกต้อง) connection to care (การเชื่อมต่อเข้าสู่การรักษา) ผู้ให้การปรึกษาใช้หลักการของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดด้วยความสมัครใจแบบตัวต่อตัว 5 ขั้นตอน โดยเน้นจุดที่สำคัญในแต่ละขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหา เข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ วางแผนแก้ปัญหา ยุติการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาใช้ความสามารถ ใช้ทักษะการให้การปรึกษาแบบคู่ หลักที่สำคัญคือ ทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษาคือการฟัง การสังเกต การทวนความ การถาม การสรุปความ ทักษะการให้การปรึกษาแบบคู่ คือทักษะการเชื่อมโยงความรู้สึก ทักษะการสื่อสารอย่างสันติ ทักษะการถามเฝ้าทุกฝ่าย ทักษะการระงับการพูด ทักษะการถามความปรารถนา ทักษะการเผชิญหน้า เป็นต้น เป้าหมายสำคัญในการให้การปรึกษาแบบคู่คือ สัมพันธภาพที่ดี การตัดสินใจร่วมกันของคู่รับการปรึกษาและการได้รับการตรวจเลือดเพื่อรู้สถานะและการเปิดเผยผลเลือด อภิปรายผลได้ว่าหลักการสำคัญของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่เป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อรับการตรวจเลือดเอชไอวีและรับฟังผลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการให้การปรึกษาที่ต้องเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ทำหน้าที่ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับมือกับผลกระทบหรือปัญหาที่อาจจะเกิดตามมาหลังการตรวจเอชไอวี ทั้งผลกระทบทางด้านจิตวิทยาสังคม ทางด้านกฎหมายและทางด้านสุขภาพ

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องประเมินความพร้อมของผู้รับการปรึกษาในการเตรียมใจที่จะยอมรับหากผลเลือดเป็นบวก รวมทั้งอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่น ผู้รับการปรึกษาต้องยินยอมเพื่อเข้ารับการตรวจเอชไอวีเป็นการรับรองว่าให้ความยินยอมด้วยตัวเองและไม่ได้ถูกบังคับ ทุกขั้นตอนของการให้การปรึกษาแบบคู่มีความสำคัญมีจุดเน้นและควรหลีกเลี่ยงขณะให้การปรึกษา รูปแบบยังคงใช้หลักการของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดด้วยความสมัครใจแบบตัวต่อตัวและเพิ่มเติมในด้านผู้ให้การปรึกษาต้องใช้ความสามารถทักษะให้ผู้รับการปรึกษาคือคู่สามีและภรรยาได้สำรวจตนเอง เข้าใจปัญหาร่วมกัน มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงความรู้สึกและกำหนดเป้าหมายอนาคตร่วมกัน รวมทั้งให้ทั้งคู่ยอมรับความจริงในเรื่องของการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและคู่เพื่อนำไปสู่การป้องกันการช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกันโดยมีเป้าหมายคือสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ข้อดีของการให้การปรึกษาแบบคู่เป็นการเปิดโอกาสให้คู่เพศสัมพันธ์ติดต่อสื่อสารกันได้ดีขึ้น ช่วยให้การเปิดเผยผลเลือดระหว่างคู่เพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น และในคู่เพศสัมพันธ์ที่ติดเชื้อเพียงคนเดียวสามารถป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่เชื้อไปสู่อีกคนหนึ่งได้ ขณะเดียวกันผลกระทบของการให้การปรึกษาแบบคู่คือกรณีที่บุคลากรที่ให้การปรึกษาขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะในการให้การปรึกษาที่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาที่มาปรึกษาและการจัดระบบบริการที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นความยุ่งยากและเพิ่มงานให้แก่บุคลากรมากขึ้น (ต๋องจิตต์ กาญจนมัย, 2557) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเลือดของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือด ผู้หญิงที่มีความเชื่อมั่นในตนเองและมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมักจะเปิดเผยผลเลือดมากกว่าผู้หญิงที่สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และงานวิจัยเสนอแนะหน่วยงานที่ดูแลรักษาและให้คำปรึกษาสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีควรใช้กระบวนการและทักษะในการให้การปรึกษาทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักถึงสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวทำให้

ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง นำสู่การยอมรับตนเองมากขึ้น รวมถึงการมีความพร้อมในการเผชิญต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ (ขวัญจิตร เหล่าทอง และคณะ, 2561)

3. ผลการใช้รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่

3.1 ความพร้อมรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มีความสัมพันธ์กับคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพร้อมรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ จะใช้กระบวนการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดและเพิ่มทักษะการให้การปรึกษาแบบคู่โดยมีเป้าหมายให้คู่เพศสัมพันธ์เข้าใจปัญหาที่แท้จริงระหว่างกันไปพร้อมกัน ให้ทั้งคู่มีการสื่อสารกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน ขณะเดียวกันเพื่อให้ทั้งคู่ยอมรับความจริงในเรื่องของการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อนำไปสู่การป้องกันและการรักษา การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้การแจ้งข่าวร้ายไม่ใช่เป็นเพียงการให้ข้อมูลเท่านั้นแต่เป็น “ศาสตร์และศิลป์” เป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาลให้การปรึกษาคือต้องอาศัยทั้งความรู้ความเข้าใจ ความสัมพันธ์ของผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วย ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ประกอบกับทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมและปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละบุคคล การแจ้งข่าวร้ายเป็นทักษะที่ยาก หากผู้ให้การปรึกษาไม่มีการเตรียมตัวหรือฝึกฝนมาก่อนอาจทำให้เกิดความไม่มั่นใจและเครียดเมื่อประสบกับสถานการณ์ดังกล่าว ปฏิบัติการคนปกติเมื่อมีการสูญเสียหรือได้รับข่าวร้ายมักจะมีปฏิกิริยาทางจิตวิทยาเกิดขึ้นไม่มากนักน้อยแล้วแต่บุคคล ปฏิบัติการต่อข่าวร้ายที่เกิดขึ้นคือ ระยะปฏิเสธ (denial) ระยะโกรธ (anger) ระยะต่อรอง (bargaining) ระยะซึมเศร้า (depression) ระยะยอมรับ (acceptance) ซึ่งเป็นสิ่งที่ซับซ้อนอาจไม่ตรงไปตรงมาบางระยะอาจจะสั้นหรือยาวนานไม่แน่นอน ระยะต่าง ๆ อาจเกิดเรียงกันตามลำดับหรืออาจมีการสลับลำดับกันได้ ในฐานะแพทย์หรือพยาบาลให้การปรึกษาคือต้องเข้าใจปฏิกิริยาที่เกิดจากความผิดหวัง ความเศร้าโศกหรือการสูญเสียเมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้รับการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งพยาบาลให้การปรึกษาจะต้องไม่ลดความสำคัญของความผิดหวังหรือความเสียใจไม่บอกคนที่กำลังรู้สึกเศร้าโศกหรือสูญเสียให้ลืมเสียจะต้องทำหน้าที่ผู้ฟังที่ดีและอยู่กับผู้ป่วยที่กำลังรู้สึกเศร้าโศกจากการได้รับข่าวร้าย (อานุภาพ เลชะกุล, 2556) บุคลากรที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษาแบบคู่จำนวนไม่น้อยจะมีความกังวลถึงผลกระทบของการให้การปรึกษาแบบคู่ โดยเฉพาะคู่ผลเลือดต่างว่าจะทำให้เกิดการแตกแยกระหว่างคู่ แต่จากการศึกษาพบว่า การเปิดเผยผลเลือดไม่ได้นำไปสู่การแตกแยกและส่วนใหญ่การให้การปรึกษาสามารถลดความตึงเครียดและการตำหนิกันเมื่อประมวลโดยภาพรวม ประโยชน์ที่ได้รับต่อผู้รับบริการจะมากกว่าข้อกังวลเหล่านี้ องค์การอนามัยโลกจึงมีข้อเสนอแนะว่าหญิงตั้งครรภ์และคู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการให้การปรึกษาแบบคู่โดยสมัครใจโดยมีการสนับสนุนการเปิดเผยผลเลือดให้กันและกัน ในกรณีที่คู่คนหนึ่งมาตรวจเลือดและทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองแล้วแต่คู่ยังไม่เคยตรวจเลือด ควรเปิดโอกาสให้คู่เพศสัมพันธ์ทั้งสองมารับบริการการให้การปรึกษาแบบคู่โดยสมัครใจร่วมกันและการสนับสนุนการเปิดเผยผลเลือดให้กันและกัน (World Health Organization, 2012) และการให้การปรึกษาแก่คู่สามีภรรยาหรือคู่เพศสัมพันธ์พร้อมกันเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีและรับฟังผลการตรวจเลือดพร้อมกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้คู่สามีภรรยาหรือคู่เพศสัมพันธ์ได้มีโอกาสแสดงทัศนะ ความคิดเห็นของแต่ละคน ได้พัฒนามุมมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสื่อสารแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเอชไอวีร่วมกัน เพื่อพัฒนาศักยภาพของทั้งคู่ในการป้องกันการติดเชื้อสร้างโอกาสให้ทั้งคู่ได้แสดงความรู้สึกสนับสนุนและความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (กรมอนามัย, 2557)

3.2 การเข้าระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การพัฒนาแบบแผนการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มีความสัมพันธ์กับคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาเข้าระบบการรักษา เนื่องจากการให้การปรึกษาแบบคู่ทำให้คู่สามีภรรยาเปิดเผยผลเลือดซึ่งกันและกันรู้สถานะของผลเลือดของตนเองและของคู่ ผู้รับการปรึกษาลดภาวะความเครียดและลดการถูกตำหนิตั้งสองคนได้รับฟังข้อมูลพร้อมกันเพิ่มโอกาสทำความเข้าใจร่วมกัน ได้พูดคุยถึงปัญหาที่ยากที่พวกเขาอาจไม่เคยได้คุยกันมาก่อนและได้ร่วมกันตัดสินใจเพื่อการป้องกันการดูแลรักษาไปด้วยกันและร่วมกันตัดสินใจในด้านต่างๆเช่นการวางแผนครอบครัว การกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การกินยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การกินยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่ การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การคัดกรองโรคที่ติดต่อจากพ่อแม่ไปสู่ลูก เมื่อคู่มารับข้อมูลพร้อมกันจะมีโอกาสได้ทำความเข้าใจข้อมูลร่วมกันและสามารถถามคำถามเพื่อความกระจ่างไปพร้อมกัน ผู้ให้การปรึกษามีโอกาสที่จะทราบปฏิกิริยาระหว่างคู่ว่ามีความเครียดตกใจหรือกลัวหาซึ่งกันและกันหรือไม่ ซึ่งเป็นโอกาสให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถให้การสนับสนุนเพื่อลดความเครียดและลดการกลัวหาหรือการไม่เข้าใจกันระหว่างคู่ได้ในขณะให้การปรึกษา การให้การปรึกษาจะช่วยให้ทั้งคู่สามารถคุยกันได้อย่างเปิดเผยมากขึ้นและร่วมกันลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริมในการสื่อสารของคู่ให้ดีขึ้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องทำให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจและลดโอกาสเกิดความเสี่ยงในครอบครัวร่วมกันตัดสินใจในการเข้าสู่บริการรักษา กินยาได้สม่ำเสมอขึ้น รับบริการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ดีขึ้นและวางแผนอนาคตร่วมกันได้ง่ายขึ้น (กรมอนามัย, 2557) ในคู่ที่มีผลเลือดต่างผู้ที่มีผลเลือดลบจะได้ทราบสถานะการไม่ติดเชื้อตนเองและคู่และได้พูดคุยถึงวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีส่วนผู้ที่มีผลเลือดบวกจะได้รับเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที นอกจากนี้มีรายงานถึงประโยชน์ของการรับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาในผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4 count สูงกว่าเกณฑ์การเริ่มยาว่าการรักษาผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้สามารถลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่ที่ยังไม่ติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 95 ทำให้องค์การอนามัยโลกมีข้อเสนอให้พิจารณาการให้ยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คู่เพศสัมพันธ์ยังไม่ติดเชื้อเป็นการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปสู่คู่ผลเลือดต่าง และพบว่าการพัฒนาแบบแผนการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาเข้าระบบการรักษามากขึ้นจากเดิมก่อนพัฒนาแบบแผนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าระบบการรักษาร้อยละ 93 และหลังจากพัฒนาแบบแผนการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่เพิ่มเป็นร้อยละ 93 อธิบายได้ว่าการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้นหลักสำคัญของการให้การปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีมีความสำคัญทุกขั้นตอน และหนึ่งในขั้นตอนเหล่านั้นมีขั้นตอนเตรียมความพร้อมด้านความรู้ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรับประทานยาต้านไวรัส และการปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการรับประทานยาต้านไวรัสจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตยืนยาวเหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปที่จำเป็นต้องรับประทานยาตลอดชีวิตและจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพราะยาจะช่วยลดปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย (viral load < 20 copy/ml) รวมทั้งเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย (CD4) การเตรียมความพร้อมข้อมูลเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญมีผลให้เมื่อให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือด (post-test counseling) คือแจ้งผลเลือดติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยจะยอมรับผลเลือดติดเชื้อและพร้อมเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและเมื่อเป็นการให้การปรึกษาแบบคู่ทั้งสามีและภรรยาจะวางแผนการดูแลป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเข้าสู่การรักษาร่วมกัน

3.3 สัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่

การพัฒนาแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่มิมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ ทั้งนี้เนื่องจากหลักการที่สำคัญของรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดแบบคู่ว่าผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมานั้นนอกจากให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเอง เข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการที่แท้จริงของทั้งสองฝ่ายแล้ว ผู้ให้การปรึกษาจะใช้ทักษะต่างๆมาบูรณาการในระหว่างให้การปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายและทำหน้าที่เปรียบเหมือนผู้เชื่อมโยงความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายให้เข้าใจซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาที่แท้จริงระหว่างกันไปพร้อมกันและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งข้อดีของการให้การปรึกษาแบบคู่นี้คือเปิดโอกาสให้ผู้เพศสัมพันธ์ติดต่อสื่อสารกันได้ดีขึ้น ช่วยให้การเปิดเผยผลเลือดระหว่างคู่มิสัมพันธ์ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความสำเร็จของการให้คำปรึกษาแบบคู่มิในสามภรรยาที่ผลการติดเชื้อเอชไอวีต่างกันโดยศึกษาในด้านความพึงพอใจในการรับการปรึกษาแบบคู่มิ ผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวเมื่อมีผลเลือดแตกต่าง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าให้การปรึกษาแบบคู่มิ (couple counseling) ทั้งคู่สามีภรรยาพึงพอใจต่อการรับการปรึกษาแบบคู่มิ สิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาวิตกกังวลในการให้การปรึกษาแบบคู่มิคือผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัวเมื่อพบว่าผลเลือดต่างกัน เช่นปฏิกิริยาการยอมรับผลเลือดของแต่ละฝ่าย การทอดทิ้ง ความรุนแรงในครอบครัวพบว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยเนื่องจาก ศักยภาพของความเป็นคู่มิช่วยให้มีการยอมรับผลเลือดซึ่งกันและกัน และในด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและครอบครัวพบว่ามี การตัดสินใจวางแผนชีวิตดูแลตนเองและครอบครัวร่วมกันได้ดีกว่าการตัดสินใจเพียงฝ่ายเดียว (พรรณฤมิตร ขาติตระกูล, 2553) บุคลากรที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษาแบบคู่มิจำนวนไม่น้อยจะมีความกังวลถึงผลกระทบของการให้การปรึกษาแบบคู่มิโดยเฉพาะคู่ผลเลือดต่างจะทำให้เกิดการแตกแยกระหว่างคู่มิ แต่จากรายงานการศึกษาพบว่าโดยทั่วไปการเปิดเผยผลเลือดไม่ได้นำไปสู่การแตกแยกของครอบครัว มีน้อยกว่าร้อยละ 13 ของคู่มิที่มีผลเลือดต่างกันเคยมีประสบการณ์ในด้านปัญหาทางด้านอารมณ์และความรู้สึก และมีน้อยกว่าร้อยละ 5 ของคู่มิที่อยู่ด้วยกันเกิดหย่าหรือแยกทางกันหลังจากเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี และส่วนใหญ่การให้การปรึกษาสามารถลดความตึงเครียดและการตำหนิกันและสามารถกลับมาคืนดีกันได้และน้อยกว่าร้อยละ 5 ของคู่มิที่อยู่ด้วยกันเกิดความรุนแรงหลังการได้รับการปรึกษาแบบคู่มิด้วยกัน เมื่อประมวลโดยภาพรวมประโยชน์ที่ได้รับต่อผู้รับบริการจะมากกว่าข้อกัังวลเหล่านี้ (World Health Organization, 2012) และการศึกษาเรื่องการเปิดเผยผลเลือดในสตรีไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในเกณฑ์ที่สูงถึงร้อยละ 77.5 โดยเลือกที่จะเปิดเผยผลเลือดแก่สามีมากที่สุด สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเลือดของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี และเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีควรใช้กระบวนการและทักษะต่างๆในการทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักถึงสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวสิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลตระหนักถึงคุณค่าในตนเองนำไปสู่การยอมรับตนเองมากขึ้นรวมถึงการมีความพร้อมในการเผชิญต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ (ขวัญจิตร เหล่าทอง และคณะ, 2561)

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ (couple counseling) สามารถนำมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ เนื่องจากเป็นกระบวนการการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีและคู่ที่ครอบคลุมในทุกด้านทั้งด้านจิตใจร่างกายและสังคมโดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ การนำรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ใช้กว้างขวางในหน่วยให้การปรึกษาที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะหอผู้ป่วยหน่วยงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีพยาบาลให้การปรึกษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำไปปรับใช้ในคู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศเดียวกัน เพื่อคงสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ต่อไป พยาบาลให้การปรึกษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในหอผู้ป่วยหน่วยงานในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ควรนำรูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ (couple counseling) ไปใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมในทุกด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ร่างกายและสังคมโดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ นอกจากนี้ควรนำไปปรับใช้ในคู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศเดียวกัน เพื่อคงสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาและพัฒนาแนวทางการให้การปรึกษาในคู่เพศสัมพันธ์ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อคงสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ และเป็นการส่งเสริมให้มีการตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่เพื่อเข้าสู่กระบวนการการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป ควรศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาในคู่เพศสัมพันธ์เพศเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ และการเข้าสู่กระบวนการการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การให้บริการปรึกษาเพื่อ ส่งเสริมการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี: คู่มือสำหรับผู้ให้บริการปรึกษา*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2557). *แนวทางการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และสามี*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญจิตร เหล่าทอง, เจนจิต ฉายะจินดา, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย, เพ็ญเพ็ญ ธัญญะตุลย์, พรรณราย หนูมา, อัมพันธ์ เณลิโชคเจริญกิจ, และ มานพชัย ธรรมคันโธ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเลือด การตรวจภาวะติดเชื้อเอชไอวี ของสตรีไทย. *เวชบันทึกศิริราช*, 11(1), 2-8.
- ต้องจิตต์ กาญจโนมัย. (2557). *คู่มือวิทยาการการอบรมหลักสูตรการปรึกษาแบบคู่*. กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- รัชนี้ เสนาน้อย และ เสาวคนธ์ วีระศิริ. (2562). ความเครียดและการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ : การวิเคราะห์กรณีตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 39(4), 121-129.
- วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. (2563). *การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power*. คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณฤมิตร ขาติตระกูล. (2553). *การให้คำปรึกษาแบบคู่ในสามีภรรยาที่ผลการติดเชื้อเอชไอวีต่างกัน*. <https://www.gotoknow.org/posts/386835>.
- หน่วยปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช. (2561). *สรุปงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณฺ์โลก*.
- อานภาพ เลขะกุล. (2556). *การแจ้งข่าวร้าย*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- World Health Organization. (2012). *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: Recommendations for a public health approach*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23700649/>

การสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น The establishing an academic network of the Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen Alumni Association

วิไลวรรณ วัฒนานนท์, ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร*, วชิรี อมรโรจน์วรฤดี
Wilaiwan Wattananon, Sakkarin Norrasan*, Wacharee Amornrojanavaravutti
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: cheer.2006@hotmail.com

(Received: November 22 , 2022; Revised: December 9, 2022; Accepted: March 28, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น 2) สร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ และ 3) ประเมินผลเชิงกลยุทธ์ของรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 297 คน โดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เตรียมการ 2) ปฏิบัติการ และ 3) ประเมินผล ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การถอดบทเรียนและศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การสร้างรูปแบบฯ 3) การทดลองใช้รูปแบบฯ (รูปแบบปรับปรุง) และ 4) การประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ ระยะที่ 3 การประเมินผลเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขการขยายเครือข่าย และ 2) ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์เพื่อขยายเครือข่าย

ผลการศึกษาพบว่า 1) ได้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ ที่เน้นการส่งเสริมศักยภาพของศิษย์เก่าที่มีผลงานเด่นในด้านต่าง ๆ มาร่วมเป็นทีมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งทำให้เกิดความเข้มแข็งในด้านวิชาการ 2) เกิดเครือข่ายวิชาการฯ ที่มีผลงานวิชาการของสมาชิกเครือข่าย และกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ของศิษย์เก่าจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในระดับมาก ทำให้เกิดความรัก ความสามัคคีของศิษย์เก่าและได้พบปะสังสรรค์กัน และ 3) ได้กลยุทธ์เพื่อขยายเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างแรงบันดาลใจให้สมาชิกขององค์กร 2) การถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานให้กับสมาชิก 3) การจัดระบบการสร้างพันธมิตรเครือข่ายร่วมกันเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4) การกำหนดกลไกการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่อง และ 5) การสนับสนุนการสร้างกระบวนการเรียนรู้และทีมแกนนำกระตุ้นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครือข่ายในหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพอื่นได้

คำสำคัญ: การสร้างเครือข่ายวิชาการ, สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

Abstract

The purpose of this research and development were: 1) to study the development of establishing an academic network of the Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen Alumni Association, 2) to use the utilization of this novel network model on establishing an academic network, and 3) to evaluate the strategies of establishing an academic network. The target group consisted of 297 members of Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen Alumni Association. The data collected with questionnaire and in-depth interview. The quantitative data were analyzed by mean, standard deviation, and qualitative data were analyzed by using content analysis. The research was divided into 3 phases: Phase 1 development of establishing an academic network, in which it was comprised 3 steps. The 3 steps were: 1) preparing, 2) doing, and 3) evaluating. Phase 2 building and using an academic networking model, in which it was comprised 4 steps. The 4 steps were: 1) analyzing research documents, lesson-learned on development of academic network 2) building the model 3) implementing a pilot study (draft) 4) implementing the model. Phase 3 strategic evaluations, which were consisted of 2 steps: 1) concluding and evaluating an academic network 2) strategic applications to expand networks.

The results of the study revealed that 1) model of establishing an academic network of the Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen Alumni Association emphasized on enhancing the abilities of outstanding alumni, which shared experiences of learning to teamwork, 2) having the academic network of the Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen Alumni Association has the academic work of the network members, and public activities for alumni. In addition, the model was appropriated at a high level by the in-depth interviews with academic network members, and 3) the strategies to expand the network were: 1) motivating the members of the organization, 2) deployment of the guidelines to the members, 3) creation of a network system to encourage the sharing of knowledge, 4) creation of a mechanisms to encourage continuity, and 5) supporting of process in leader team to encourage ongoing learning.

The results can be used as a guideline for creating networks on one or other of organizations.

Keywords: Establishing an academic network, The Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen Alumni Association

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบันเกิดขึ้นตลอดเวลา การดำเนินงานด้านสาธารณสุขจึงมีการเปิดกว้างของนโยบายด้านสุขภาพ และสิทธิผู้ป่วยที่มุ่งให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเสมอภาค (มกราพันธุ์ จุฑะรสก, 2555) เป็นผลให้บุคลากรด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (มกราพันธุ์ จุฑะรสก, 2555; ญัฐปาลิน นิลเป็ง, 2560) สามารถปรับตัวสู่กระบวนการเรียนรู้ในสังคมแห่งการเปลี่ยนแปลง มีความรู้รอบด้าน มีทักษะที่จำเป็นในการบริหารจัดการสู่ความสมดุลในชีวิตอย่างมีความสุข (ญัฐปาลิน นิลเป็ง, 2560) บุคลากรด้านสาธารณสุขในสังคมแห่งการเปลี่ยนแปลงจึงควรพัฒนาสมรรถนะทักษะการเรียนรู้ที่มุ่งต่อยอดทักษะสำคัญ (tacit skills) อันได้แก่ กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ กระบวนการสุนทรียสนทนา การสะท้อนคิดและการถอดบทเรียน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเป็นองค์รวม และสามารถก้าวไปสู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2554) การสร้างเครือข่ายนั้นเป็นกลยุทธ์ที่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้การบริหารทรัพยากรที่มีข้อจำกัด เครือข่ายจึงเป็นกลไกสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จได้เป็นอย่างดี พลังของเครือข่ายสามารถสนับสนุนและพัฒนาองค์กรให้มีขีดความสามารถและศักยภาพในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (มกราพันธุ์ จุฑะรสก และ อณิษฐา จุฑะรสก, 2559; สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2554) จึงเห็นได้ว่าการทำงานในปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ จะแสวงหาเครือข่ายความร่วมมือในการขับเคลื่อนพัฒนางานแบบมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดการทำงานเป็นทีมสู่องค์กรแห่งความสำเร็จ ซึ่งเป็นความท้าทายความสามารถในการบริหารจัดการของผู้นำการเปลี่ยนแปลง

สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นองค์กรวิชาชีพที่พัฒนามาจากชมรมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2543 และได้จดทะเบียนถูกต้องตามมาตรา 84 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2552 ทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการพิทักษ์สิทธิประโยชน์และสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ และการสาธารณสุข มุ่งชี้นำสังคมด้านสุขภาพเป็นเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาชีพกับองค์กรต่างๆ เพื่อสุขภาพของประชาชน มีพันธกิจเพื่อเป็นศูนย์รวมของสมาชิก และเสริมสร้างความสามัคคีของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ และการสาธารณสุขตลอดจนนักศึกษาพยาบาล เสริมสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ และการสาธารณสุข ให้เป็นที่ประจักษ์แก่สังคม พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกพึงได้รับในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ และการสาธารณสุข และเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นการสาธิตประโยชน์ต่อสังคม (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2557; มกราพันธุ์ จุฑะรสก และอณิษฐา จุฑะรสก, 2559) ทั้งนี้ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

การขับเคลื่อนด้านวิชาการเป็นพันธกิจหนึ่งในการขับเคลื่อนองค์กรที่มีความสำคัญ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพ เสริมสร้างความสามัคคีของสมาชิก และเป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาวิชาชีพ (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครือข่ายวิชาการ พบข้อเสนอแนะไว้ว่าการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งจำเป็นต้องมีทีมที่มีอุดมการณ์ร่วมกันอย่างชัดเจน อันจะนำมาซึ่งการขับเคลื่อนเครือข่ายที่เกิดประสิทธิผลและความยั่งยืนตามมา (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2557; มกราพันธุ์ จุฑะรสก และอณิษฐา จุฑะรสก, 2559) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ได้มีความพยายามหลายครั้งในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อขับเคลื่อนผลงานและความร่วมมือทางด้านวิชาการ แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ อันเนื่องมาจากกระบวนการจัดการยังไม่เอื้ออำนวย อีกทั้งยังขาดปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคลในการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2557; มกราพันธุ์ จุฑะรสก และคณะ, 2551) ดังนั้นสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จึงได้ออกแบบการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าฯ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและยั่งยืนในอนาคต จากการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างเครือข่าย พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคล กระบวนการจัดการ เครื่องมือในการดำเนินงาน และทีมงานวิชาการจากภาคีเครือข่ายสามารถสนับสนุนให้เกิดความ

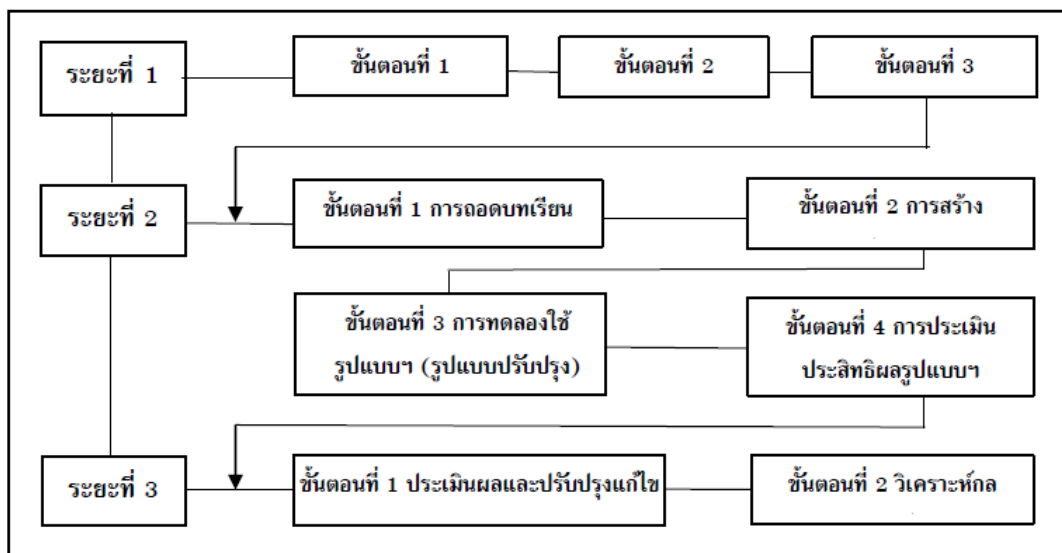
เข้มแข็งของเครือข่ายได้ (มกราพันธ์ จุฑะรสก และคณะ, 2551; มกราพันธ์ จุฑะรสก และอณิษฐา จุฑะรสก, 2559; ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2554) สมาคมศิษย์เก่าฯ จึงได้ออกแบบเพื่อสร้างเครือข่ายวิชาการ โดยใช้รูปแบบในการดำเนินการ 2 วัน (มกราพันธ์ จุฑะรสก และคณะ, 2551) ทั้งนี้ได้ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 เป็นต้นมา เพื่อการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าฯ ให้เป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม และร่วมตัดสินใจในการริเริ่มที่จะดำเนินการจากคณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าฯ (ลิลลี่ ศิริพร และคณะ, 2557) ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นส่วนสำคัญในการสะท้อนผลการดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพที่เกิดขึ้น ภายใต้กลุ่มคนที่มีอุดมการณ์ร่วมกัน ซึ่งสามารถขับเคลื่อนและพัฒนาการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
2. เพื่อสร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลเชิงกลยุทธ์ของรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) และการถอดบทเรียน (lesson-learned) ของคณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย มีกระบวนการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 กระบวนการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ข้อมูลนำเข้า (input)	กระบวนการ (process)	ผลลัพธ์ (output)
ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ	ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการ ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล เน้นการถอดบทเรียนที่สะท้อนผลลัพธ์	1. การพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ภายใต้แนวคิดการประชุมวิชาการสัญจร
ระยะที่ 2 สร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ	ขั้นตอนที่ 4 การถอดบทเรียน ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และความเป็นไปได้ของรูปแบบ จากขั้นตอนที่ 1-3 ขั้นตอนที่ 5 การสร้างรูปแบบฯ ขั้นตอนที่ 6 การทดลองใช้รูปแบบฯ (รูปแบบปรับปรุง) ขั้นตอนที่ 7 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ	1. รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นที่มีประสิทธิผล
ระยะที่ 3 ประเมินผลเชิงกลยุทธ์ของรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ	ขั้นตอนที่ 8 ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขการขยายเครือข่าย ขั้นตอนที่ 9 วิเคราะห์กลยุทธ์เพื่อขยายเครือข่าย	1. กลยุทธ์เพื่อขยายเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติเกณฑ์ที่กำหนด คือ คณะกรรมการและหรือสมาชิกของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น อย่างน้อย 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบรวบรวมประเด็นสาระสำคัญของการทบทวนเอกสารถอดบทเรียนโครงการประชุมวิชาการ (มกราพันธุ์ จุฑะรสก และอนิษฐา จุฑะรสก, 2559) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi-structure interview) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) คำถามทั่วไป 2) คำถามเฉพาะ 3) คำถามทวนซ้ำ และ 4) คำถามสิ้นสุดการสนทนา (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2554; ลิลลี่ ศิริพร และคณะ, 2557)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์สมาคมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น นายกสมาคมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 2 คน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการ ประชุมคณะกรรมการสร้างความเข้าใจร่วมกันขึ้นพื้นฐาน กำหนดแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการ โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนากับการสะท้อนคิด กำหนดกรอบการพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการ ถอดบทเรียนจากผู้มีประสบการณ์ จากคณะทำงาน วางแผนการดำเนินงานโดยเน้นการมีส่วนร่วม และร่วมตัดสินใจในการริเริ่มที่จะดำเนินการ (ลิลลี่ ศิริพร และคณะ, 2557)

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ ดำเนินการตามองค์ประกอบหลักของการพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการ โดยมีส่วนร่วมในการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการและสมาชิก ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการสุนทรียสนทนา การคิดอย่างเป็นระบบ การถอดบทเรียน การสะท้อนคิด และการเรียนรู้การทำงานเป็นทีม (มกราพันธุ์ จุฑารส และอณิษฐา จุฑารส, 2559)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล เน้นการถอดบทเรียนที่สะท้อนผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากประสบการณ์จริงของคณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปรูปแบบฯ ที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนา

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการ จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 398 สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 คน ทดลองใช้รูปแบบ (รูปแบบปรับปรุง) คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น อย่างน้อย 6 เดือน ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 297 คน ซึ่งไม่ซ้ำกลุ่มเดิม สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น อย่างน้อย 6 เดือน ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินผลการเข้าร่วมเครือข่ายวิชาการฯ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาก่อนหน้าและได้มีการพัฒนาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ มี 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน และสถานที่ปฏิบัติงาน และ 2) ประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ มีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพต่อรูปแบบฯ จำนวน 6 ข้อ 2) หลักการพัฒนาองค์กรและแนวทางการสร้างเครือข่าย จำนวน 6 ข้อ และ 3) กระบวนการสร้างเครือข่ายวิชาการและองค์ประกอบสำคัญของเครือข่ายวิชาการ จำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 18 ข้อ ซึ่งเป็นมาตรวัดอันดับคุณภาพ (rating scale) ซึ่งมี 5 ระดับ

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi-structure interview) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) คำถามทั่วไป 2) คำถามเฉพาะ 3) คำถามทวนซ้ำ และ 4) คำถามสิ้นสุดการสนทนา (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2554; ลิลลี่ ศิริพร และคณะ, 2557)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ ความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (construct and content validity) (Polit & Beck, 2017) โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 5 คน คือ ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการสอน ด้านการวัดและประเมินผล ด้านการเสริมสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ ด้านพัฒนาศิษย์เก่าสัมพันธ์ และด้านองค์การวิชาชีพ ซึ่งพบว่า ยกร่างรูปแบบการสร้าง เครือข่ายวิชาการฯ ทุกรายการมีความสอดคล้อง ผลการตรวจสอบยกร่างรูปแบบฯ มีความเหมาะสมระดับมาก-มากที่สุด และมีความสอดคล้องทุกองค์ประกอบ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.8 – 1.0 ส่วนแบบประเมินผลการเข้าร่วมเครือข่ายวิชาการฯ พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การถอดบทเรียน และศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการจากการถอดบทเรียนจากผู้มีประสบการณ์ในคณะทำงาน โดยผสมผสานกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการ ศึกษาวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการ (มกราพันธุ์ จุฑารส และอนิษฐา จุฑารส, 2559; ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2554) แล้วนำไปกำหนดกรอบแนวคิดในรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (ลิลลี่ ศิริพร และคณะ, 2557)

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างรูปแบบฯ มีกระบวนการดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) การยกร่างรูปแบบฯ โดยมีการสังเคราะห์กรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบ และยกร่างรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น 2) การตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ มีการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบโดยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน คือ ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการสอน ด้านการวัดและประเมินผล ด้านการเสริมสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ ด้านพัฒนาศิษย์เก่าสัมพันธ์และด้านองค์การวิชาชีพ 3) การทดลองใช้นำร่องรูปแบบฯ ได้ทดลองใช้นำร่องรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และ 4) การปรับปรุงรูปแบบ โดยการถอดบทเรียนผลการทดลองใช้นำร่องรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และแก้ไขปรับปรุงรูปแบบฯ ให้มีความถูกต้องและพร้อมนำไปใช้ (ลิลลี่ ศิริพร, 2557) ดังนั้นในขั้นตอนนี้จะได้ผลลัพธ์คือ รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ (รูปแบบปรับปรุง)

ขั้นตอนที่ 6 การทดลองใช้รูปแบบฯ (รูปแบบปรับปรุง) ทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1) ดำเนินการใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ปรับปรุงรูปแบบ ครั้งที่ 1 และ 2) ดำเนินการใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ปรับปรุงรูปแบบ ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ มีการประเมิน 2 ส่วน คือ 1) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยมีเกณฑ์ประสิทธิผลของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) มีเครือข่ายวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าเกิดขึ้น 2) มีผลงานวิชาการของสมาชิกเครือข่ายปีละ 1 เรื่อง และ 3) มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสถานศึกษาปีละ 1 ครั้ง และ 2) ปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบที่มีความสมบูรณ์ โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (เพลินดา พรหมบัวศรี และคณะ, 2560)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปรูปแบบฯ ที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนา

ระยะที่ 3 การประเมินผลเชิงกลยุทธ์ของรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น อย่างน้อย 6 เดือน ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกหลังการเรียนรู้ และการถอดบทเรียนการประเมินเชิงกลยุทธ์ในสร้างเครือข่ายวิชาการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ ความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (construct and content validity) (Polit & Beck, 2017) โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 5 คน คือ ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการสอน, ด้านการวัดและประเมินผล, ด้านการเสริมสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ, ด้านพัฒนาศิษย์เก่าสัมพันธ์, และด้านองค์กรวิชาชีพ

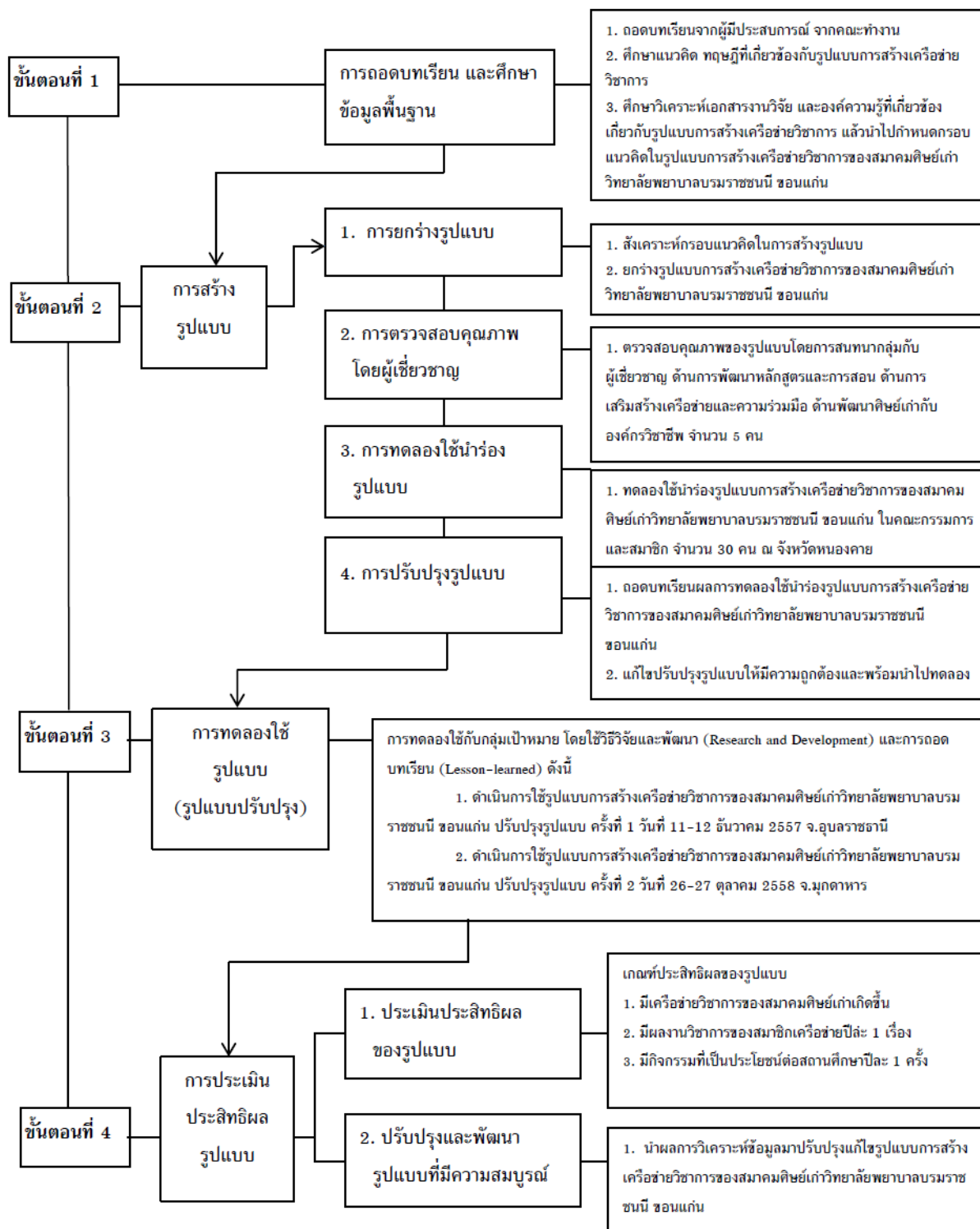
การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากคณะกรรมการและสมาชิก การดำเนินการมี 2 ขั้นตอน (ขั้นตอนที่ 8-9) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 8 ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข การขยายเครือข่ายวิชาการ โดยการประชุมคณะกรรมการและถอดบทเรียน เพื่อสะท้อนผลลัพธ์เชิงกลยุทธ์ที่ได้จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ของคณะกรรมการและสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ขั้นตอนที่ 9 วิเคราะห์กลยุทธ์เพื่อขยายเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยการประชุมคณะกรรมการและถอดบทเรียน เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการ โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนากับการสะท้อนคิด วางแผนการดำเนินงานโดยเน้นการมีส่วนร่วม และร่วมตัดสินใจในการขยายเครือข่ายต่อไป (ลิลลี่ ศิริพร และคณะ, 2557)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปรูปแบบฯ ที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนา



ภาพ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัย ความสมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการให้รายละเอียดของข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งลงนามเข้าร่วม ทั้งนี้ ผลการศึกษาจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมใดๆทั้งสิ้น จะมีเพียงการรายงานผลการศึกษาเป็นเอกสารทางวิชาการในการเผยแพร่เพื่อเป็นความรู้แก่สาธารณชนต่อไป สำหรับการจัดเก็บเอกสารต่างๆ ผู้วิจัยได้จัดเก็บเอกสารไว้ในตู้เอกสารลับในห้องสมาคมศิษย์เก่าฯ ซึ่งมีผู้เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้น สำหรับข้อมูลนำเข้าในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ทางสถิตินั้น ผู้วิจัยได้นำเข้าในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นของห้องสมาคมศิษย์เก่าฯ โดยมีการตั้งรหัสการเข้าใช้งานได้เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้น ทั้งนี้ได้มีการทำลายเอกสารทุกอย่างที่เกี่ยวข้องหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลงในระยะเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

ผลการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น แต่ละระยะที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ จากกระบวนการถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ในแต่ละขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนที่ 1 มีการขับเคลื่อนผลงานด้านวิชาการผ่านกิจกรรมที่สร้างสรรค์ขึ้นจากสมาชิกศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยมีกิจกรรม 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมด้านวิชาการ วิชาชีพ และ 2) กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนรวม ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จึงได้กำหนดกรอบแนวคิด การพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการ และวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ขั้นตอนที่ 2 มีการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยใช้แนวคิดและเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการ ทั้งนี้คณะกรรมการและสมาชิกแกนนำทุกคน ได้รับการพัฒนาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จนเกิดศักยภาพสามารถนำใช้ได้อย่างถูกต้อง เป็นผลให้เกิดความชัดเจน และเป็นรูปธรรมในการพัฒนารูปแบบที่สนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งทางวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ขั้นตอนที่ 3 มีกระบวนการการดำเนินงานด้านวิชาการ วิชาชีพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนศิษย์เก่าให้มีความสามารถด้านวิชาการวิชาชีพ บนพื้นฐานกระบวนการคุณภาพในการปฏิบัติงาน เป็นผลให้เกิดแนวคิดในการพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ภายใต้แนวคิดการประชุมวิชาการสัญจร โดยมีแนวคิดในการดำเนินการ และเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการ 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) กระบวนการสุนทรียะสนทนา 2) การคิดอย่างเป็นระบบ 3) การถอดบทเรียน 4) การสะท้อนคิด และ 5) การเรียนรู้การทำงานเป็นทีม

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ แต่ละขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนที่ 4 เกิดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความเป็นไปได้ของการสร้างรูปแบบการสร้างเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นจากฐานคิดในระยะที่ 1 และพัฒนาเป็นรูปแบบฯ ขั้นตอนที่ 5 เกิดการกร่างรูปแบบฯ ที่มีกิจกรรมการเรียนรู้ 5 หน่วย รวมระยะเวลา 2 วัน (15 ชั่วโมง) ประกอบด้วย 1) บทบาทวิชาการกับทิศทางสุขภาพในปัจจุบัน จำนวน 3 ชั่วโมง 2) เวทีเรื่องเล่าความดีจากประสบการณ์จริง จำนวน 3 ชั่วโมง 3) เสวนาภาควิชาไตรศรครอบครัวเดียวกัน จำนวน 3 ชั่วโมง 4) เสวนาแรงบันดาลใจกับการสร้างสรรค์ผลงาน จำนวน 3 ชั่วโมง และ 5) สะท้อนความในใจดวงครรภอนามัย-พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 3 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 6 การทดลองใช้รูปแบบฯ (ปรับปรุงรูปแบบ) ครั้งที่ 1 มีจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้นจำนวน 398 คน สมาชิกมีความเห็นว่รูปแบบฯ นี้ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.75, S.D. = 0.73), ความรู้ในเนื้อหาที่มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, S.D. = 0.61), และเกิดเครือข่ายด้านศิษย์เก่าฯ และ

วิชาชีพ ด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59, S.D. = 0.58) ตามลำดับ เป็นผลให้ได้รูปแบบฯ ที่มีความสมบูรณ์พร้อมที่จะนำไปใช้ขยายผลในปีต่อไป โดยมีการทดลองใช้รูปแบบฯ (ปรับปรุงรูปแบบ) ครั้งที่ 2 มีผู้เข้าร่วมประชุมโดยแบ่งเป็นศิษย์เก่าจากทุกรุ่น จำนวน 297 คน สมาชิกมีความเห็นว่ารูปแบบฯ นี้ทำให้เกิดเครือข่ายด้านศิษย์เก่าฯ และวิชาชีพด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.88, S.D. = 0.83), ท่านมีความสุขในการเข้าเรียนรู้ในครั้งนี้ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.63) และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, S.D. = 0.57) ตามลำดับ ขั้นตอนที่ 7 เกิดผลของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) มีเครือข่ายวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าฯ 2) มีผลงานวิชาการของสมาชิกเครือข่ายปีละ 1 เรื่อง และ 3) มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสถานศึกษาปีละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้สะท้อนการรับรู้ถึงรูปแบบฯ ซึ่งสามารถจำแนกตามสาระสำคัญต่าง ๆ จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่

1. เกิดเครือข่ายในวิชาชีพ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสะท้อนไว้ว่า “...รู้สึกประทับใจพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ในวิชาชีพ รู้สึกโชคดีมากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ก่อนหน้านี้เคยทำงานกับน้องๆ มาก่อน แต่ไม่รู้ว่าน้องเขาจบจากสถาบันเดียวกันกับเรา ซึ่งเราที่ไม่มีโอกาสได้ถามด้วยแหละ เพราะต่างคนต่างมุ่งแต่งงานดีใจที่มีกิจกรรมนี้ เพราะทำให้เราได้เครือข่ายกับรุ่นน้องลูกแม่เดียวกัน...และมากไปกว่านั้นรู้สึกส่วนตัวเองได้กลับมาบ้านที่ให้ความรู้ให้วิชาอาชีพเรา ตอนนี้นั่นเองถือว่ามีความพร้อมในหลายๆด้านแล้ว จึงอยากอาสาช่วยน้อง ๆ เท่าที่ตนเองจะสามารถทำประโยชน์ให้กับบ้านของเราได้...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

2. มีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสะท้อนไว้ว่า “...เป็นเวทีที่ดีมากทำให้ตนเองมีโอกาสดำเนินกิจกรรมดี ๆ จากรุ่นพี่ที่มีผลงานในเวทีระดับชาติมาแบ่งปันประสบการณ์ ทำให้ตัวเองรู้สึกอยากจะทำตามพี่เขาบ้าง...คิดว่าสิ่งที่ได้จากการประชุมสามารถเอาไปใช้กับตัวเองและการทำงานได้จริง มากไปกว่านั้นรู้สึกดีใจและภูมิใจมากที่พี่ ๆ ที่มาเล่าเรื่องดี ๆ เป็นพี่ของเรา เป็นลูกหมอมดุงครรภ์อนามัย...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

3. มีความสุขในการร่วมกิจกรรม โดยมีผู้ให้ข้อมูลสะท้อนไว้ว่า “...รู้สึกมีความสุขมาก สนุกกับการกิจกรรมตั้งแต่จบมาก็ไม่มีโอกาสได้เจอกับครูบาอาจารย์ รวมทั้งพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ที่อยู่ต่างจังหวัดด้วย ครั้งนี้ถือเป็นโอกาสที่ดีที่สุดในชีวิตการทำงานเลยก็ว่าได้ ถ้ามีกิจกรรมอีกปีหน้าจะไปเข้าร่วมอย่างแน่นอน เพราะอยากเจอพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ดีใจมากที่ได้มาร่วมกิจกรรม...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

ระยะที่ 3 การประเมินผลเชิงกลยุทธ์ของรูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการฯ แต่ละขั้นตอน พบว่าขั้นตอนที่ 8 ผลการถอดบทเรียนในกลุ่มคณะกรรมการและสมาชิก เป็นดังนี้ 1) เสริมสร้างความสำเร็จของเครือข่าย รวมถึงการขยายผล เกิดจากการวางแผนและบริหารจัดการที่ดี มีความชัดเจนในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ มีการกำกับติดตาม รวมถึงการถอดบทเรียนการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ เพื่อเรียนรู้การบริหารจัดการปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน อีกทั้งยังมีการดำเนินงานในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยบรรยากาศแบบเป็นกันเองมิตรด้วย 2) ปัจจัยที่เอื้อต่อการขยายเครือข่ายวิชาการ ประกอบด้วย การมีนโยบายที่ชัดเจนขององค์กร การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีจิตสาธารณะ การร่วมแรงร่วมใจ รวมถึงความรักความศรัทธาในองค์กรและผู้นำ

ขั้นตอนที่ 9 ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ ได้แก่ เสริมสร้างให้สมาชิกขององค์กรมีความตระหนักและแรงบันดาลใจ ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานให้กับสมาชิก จัดระบบการสร้างพันธมิตรสัญญาเครือข่ายร่วมกันเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดกลไกการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่อง นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้สะท้อนการรับรู้ถึงรูปแบบฯ ซึ่งสามารถจำแนกตามสาระสำคัญต่าง ๆ จำนวน 5 ประเด็น ได้แก่

- 1) การเสริมสร้างแรงบันดาลใจให้สมาชิกขององค์กร
- 2) การถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานให้กับสมาชิก
- 3) การจัดระบบการสร้างพันธมิตรสัญญาเครือข่ายร่วมกันเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 4) การกำหนดกลไกการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่อง และ
- 5) การสนับสนุนการสร้างกระบวนการเรียนรู้และทีมแกนนำกระตุ้นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ให้ข้อมูลสะท้อนไว้ว่า

“...รู้สึกภูมิใจที่สมาคมฯ ของเราเดินมาถูกทาง จากเดิมที่กลัววิชาการ พอได้ยินคำว่าวิชาการก็รู้สึกหนักใจ เพราะพวกเราส่วนมากทำแต่งงาน เรื่องทำงานถึงไหนถึงกันไม่เคยกลัว แต่ถ้าให้ขึ้นเวทีพูดที่ไรก็จะสั่นทุกที...แต่ตอนนี้ รู้สึกมั่นใจว่าเราทำได้ เพราะได้เรียนรู้กระบวนการไปพร้อมกันกับทุกคน เรียนรู้เท่าทันตนเองไม่ต้องไปแข่งกับใคร แข่งกับตัวเอง ขณะตัวเองด้วยแรงบันดาลใจจากตัวเอง...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“...เป็นโอกาสที่ดีมากที่ได้มาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสมาคมฯ เห็นความมุ่งมั่นของพวกเราทุกคนที่ตั้งใจจะ สร้างเครือข่ายศิษย์เก่าให้มีความเข้มแข็งทั้งด้านวิชาการและวิชาชีพ ตนเองสัญญาว่าจะมาร่วมกิจกรรมและเป็นส่วน หนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของสมาคมฯ ไปพร้อม ๆ กัน แม้อยู่ไกลแค่ไหนก็จะมาร่วมให้ได้...” (ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 5)

“...รู้สึกเหมือนกับว่าเราเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน รู้สึกผูกพันกับสมาคมฯ ทุกครั้งที่มีการกิจกรรมอยาก จะมาร่วมทุกครั้ง แม้ว่าจะมีงานอื่นมาแทรกก็ตาม จะมาร่วมกิจกรรมของสมาคมก่อนเสมอ...มาด้วยใจจริง ๆ ไกลแค่ไหน ก็ต้องมาเพื่อสมาคมฯ ที่สำคัญเชื่อเสมอว่าทุกครั้งที่มา ตัวเองจะได้ความรู้ใหม่ ๆ ไปใช้ที่ทำงานเสมอ...” (ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 6)

อภิปรายผล

การพัฒนาการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ภายใต้ แนวคิดการประชุมวิชาการสัญจร เป็นหนึ่งในแนวคิดที่สามารถสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในองค์กร วิชาชีพนำมาซึ่งการขับเคลื่อนองค์กรที่มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเริ่มต้นดำเนินการของ สมาชิก ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเครือข่ายภาคีเพื่อให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง(จิรภัทร มหาวงศ์ และคณะ, 2559; สมควร หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2557) การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีการกระบวนการที่เป็นขั้นตอนในการดำเนินการ อย่างเป็นระบบ สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิรภัทร มหาวงศ์ และคณะ, 2559) โดยมีเครือข่ายเป็นกลไกสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จได้เป็นอย่างดี พลังของเครือข่ายสามารถ สนับสนุนและพัฒนาองค์กรให้มีขีดความสามารถและศักยภาพในด้านต่าง ๆ เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการ ขับเคลื่อน การทำงานเป็นทีม และการพัฒนางานอย่างมีส่วนร่วมสู่องค์กรแห่งความสำเร็จ (Nicholson et al, 2015) นำมาซึ่งความภาคภูมิใจเสมือนการเป็นเจ้าของความสำเร็จ รวมถึงการได้รับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นร่วมกันของสมาชิก

การใช้แนวคิดและเครื่องมือที่สำคัญในขับเคลื่อนกระบวนการครั้งนี้ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิด รูปแบบการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นอย่างมีประสิทธิภาพ (มกราพันธุ์ จุฑารส และคณะ, 2559; ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนา รูปแบบเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่งศรี กิตติรักษ์ ตระกูล, 2554) ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีการเรียนรู้ด้วยตัวเอง กระบวนการกลุ่ม และเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (มกราพันธุ์ จุฑารส และคณะ, 2551; ลิลลี่ ศิริพร และคณะ, 2557) ทั้งนี้รูปแบบการสร้างเครือข่ายฯ สามารถสะท้อนกระบวนการ ดำเนินงานที่สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายวิชาการของสมาชิกองค์กร การขยายผลไปยังศิษย์เก่าในพื้นที่นำมาซึ่งการ ขับเคลื่อนผลงานด้านวิชาการในรูปแบบของเครือข่ายกัลยาณมิตร เชิงสร้างสรรค์และสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน (เพลินตา พรหมบัวศรี และคณะ, 2560) ทำให้ทุกคนเรียนรู้การทำงานเป็นทีมอย่างมีความสุข เสมือนกับคนใน ครอบครัวเดียวกัน (สมควร หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2557)

กลยุทธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบเครือข่ายวิชาการฯ คือการส่งเสริมโอกาส เปิดโอกาสและให้โอกาสกับ สมาชิกศิษย์เก่าที่มีความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาระบบการคิดอย่างเป็นระบบ เชิงสร้างสรรค์ (มกราพันธุ์ จุฑารส และคณะ, 2551; มกราพันธุ์ จุฑารส, 2555; มกราพันธุ์ จุฑารส และคณะ, 2559) เพื่อขยายเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สัมพันธ์กับการมีต้นทุน

จากความเข้มแข็งของสมาชิกองค์กร (Nicholson et al., 2015) ซึ่งได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ความสามารถจากสถาบันการศึกษา และผู้เชี่ยวชาญ เป็นผลให้เกิดการตกผลึกองค์ความรู้ นำสู่การประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาองค์กรกับการสร้างเครือข่าย (เสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนแก่น้อย, 2558) เกิดความร่วมมือด้านวิชาการในการขับเคลื่อนผลงานของสมาชิกผ่านการลงมือปฏิบัติจริงเรียนรู้จากข้อผิดพลาด เกิดสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ มีความรับผิดชอบต่อนตนเองและผู้อื่น (เยาวดี สุวรรณาคะ และคณะ, 2558; ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร และวิไลวรรณ วัฒนานนท์, 2560) ทั้งนี้ควรพัฒนาต่อยอดและขยายผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ตลอดชีพแบบยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครือข่ายในหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะและความสามารถของสมาชิกที่สอดคล้องตามความต้องการที่แท้จริงอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติในการสร้างเครือข่ายวิชาการสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยบาลบรมราชชนนีขอนแก่น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานหรือขยายผลไปยังหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ
3. ศึกษากลยุทธ์เพื่อขยายเครือข่ายวิชาการต่อความเข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเครือข่ายวิชาการฯ

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. (2557). องค์กรวิชาชีพทางการพยาบาลในประเทศไทย. *วารสารพยาบาล*, 63(4), 66-68.
- จิรภัทร มหาวงค์, วิทยา จันทร์ศิลา, และ ทำรงลักษณ์ เอื้อนครินทร์. (2559). การพัฒนารูปแบบการบริหารเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการของโรงเรียนในถิ่นฐานทุรกันดารบนเขตพื้นที่สูง. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 18(4), 114-127.
- ณัฐปาลิน นิลเป็ง. (2560). ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 16-19.
- เพลินตา พรหมบัวศรี, อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, จิราภรณ์ อนุชา, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์, และ รัศมี ศรีนนท์. (2560). รูปแบบการศึกษาบูรณาการชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ การโค้ช การสะท้อนคิด และการใช้พลังคำถาม วิทยาลัยพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 60-72.
- มกราพันธ์ จุฑารส. (2555). *การสร้างเครือข่ายระบบสาธารณสุขในวิชาชีพพยาบาลภายใต้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาสู่สถานบริการเพื่อชุมชนเข้มแข็ง*. คลังน่านวิทยา.
- มกราพันธ์ จุฑารส, วชิรี อมรโรจน์วรวุฒิ, และ ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร. (2551). รายงานการวิจัย: การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับอาจารย์พยาบาล. (ม.ป.ท.)
- มกราพันธ์ จุฑารส และ อนิษฐา จุฑารส. (2559). *การสะท้อนคิด: กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ*. โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
- เยาวดี สุวรรณาคะ, บุญสืบ โสโสม, และ กนกกร ชาวเวียง. (2558). สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 186-197.
- ลิลลี่ ศิริพร, มกราพันธ์ จุฑารส, ศุภกิจ เจริญสุข, เพ็ญฟ้า นรพลผล, และ นิชดา สารถวัลย์แพศย์. (2557). รูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในสังคมพหุวัฒนธรรม สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(1), 39-54.

- ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร และ วิไลวรรณ วัฒนานนท์. (2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(2), 138-145.
- สงศรี กิตติรักษัตระกูล. (2554). การพัฒนารูปแบบเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(1), 16-30.
- สมควร หาญพัฒนชัยกูร, มกราพันธ์ จุฑะรสก, และ ลิลลี่ ศิริพร. (2557). การพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน(หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งชุมชน). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(1), 67-79.
- เสาวนีย์ ไกรอ่อน และ สารีณี วอนแก่น้อย. (2558). การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 21(1), 41-53.
- Nicholson, K., Randhawa, J., & Steele, M. (2015). Establishing the South Western Academic Health Network (SWAHN): A survey exploring the needs of academic and community networks in South Western Ontario. *Journal of Community Health*, 40(5), 927-939.
<https://doi.org/10.1007/s10900-015-0015-3>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10thed). Wolters Kluwer.

รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล: ถอดบทเรียนโรงพยาบาลตติยภูมิ Quality assurances development model of nursing services: Lessons learned in a tertiary hospital

ศิริพร ศิริวัฒนไพศาล, นาทยา คำสว่าง*, รุ่งทิพย์ โตอิน, ชื่นมนัส จาดยางโทน, เยาวรัตน์ ดุสิตกุล
Siriporn Siritwatanaphysan, Nataya Kamsawang*, Rungtip Toin, Cheunmanus Jadyangtone,
Yaowarat Dusitkul

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
Nursing Organization, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail address: natayaa@gmail.com

(Received: November 15, 2022; Revised: December 20, 2022; Accepted: January 25, 2023)

บทคัดย่อ

การบริการพยาบาล เป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลายมิติ การบริการพยาบาลจึงต้องปรับตัวและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับปัญหาสุขภาพของประชาชนและความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีโดยเฉพาะการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งเป็นศูนย์ความเป็นเลิศและให้บริการผู้ป่วยที่ซับซ้อน การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลรวมทั้งการประกันคุณภาพจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ บทความได้นำเสนอข้อคิด/ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการ การศึกษาที่ผ่านมาและบทเรียนการดำเนินงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อแบ่งปันบทเรียนในการพัฒนาการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลอันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้ใช้บริการ

คำสำคัญ: การพัฒนา, การประกันคุณภาพบริการพยาบาล, โรงพยาบาลตติยภูมิ

Abstract

Nursing Service is an important service of public health service system in multidimensional social change situations. Nursing services must continuously adapt and improve their quality to keep up with public health problems and medical and technology advancement, especially nursing services in tertiary care hospitals, which are excellence centers and provide services to complex patients. Developing the quality of nursing services is therefore extremely important to ensure the safety of both patients and nursing staff. In addition, quality assurance will create confidence of clients. This article presents idea/opinions on concept and principle, previous studies and lessons on operations in a tertiary care hospital in order to share lessons in the development of nursing services this will result in optimal benefit to people who use the service.

Keywords: Development, Quality assurance of nursing service, Tertiary care hospital

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นระบบบริการที่ต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประชาชน อันเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกหลายประการ ในขณะเดียวกันก็ต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนภายใต้หลักพื้นฐานของวิชาชีพที่ผดุงไว้ซึ่งคุณภาพและมาตรฐานบริการของแต่ละวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) การบริการพยาบาลเป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีทฤษฎี หลักการ และองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นอกจากนี้จะดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมองค์รวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณแล้วยังจำเป็นต้องพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอีกด้วย (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง, 2562) ส่งผลให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องมีการดำเนินการพัฒนาการบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละองค์กรจากการทบทวนพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วยกลยุทธ์ 3 ส่วน คือ 1) การสร้างระบบงานและทีมงาน 2) การปฏิบัติภารกิจตามโครงสร้างกระทรวง และ 3) การสร้างงานวิจัยและวิชาการ (มะลิวรรณ อังคณิตย์ และคณะ, 2563) นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักจังหวัดสกลนครที่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ระบบการเคลื่อนย้าย ส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง การมอบหมายงาน การทบทวนการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์การแพทย์ (เกษร สังขกฤษ และคณะ, 2558) เป็นต้น

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นองค์กรวิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรตามเข็มมุ่งยกระดับคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลระดับ 3 ในปี พ.ศ.2560 และผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ประเภท 1 Nursing Quality Assessment Award (NQA Award) ในปี พ.ศ.2565 ซึ่งกองการพยาบาลได้กำหนดให้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่ได้รับรางวัลเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพและบุคคลทั่วไป บทความนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดและหลักการ ทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา และถอดบทเรียนการพัฒนาและประกันคุณภาพการบริการพยาบาลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานเกิดประโยชน์ในวงกว้างต่อไป

หลักการและแนวคิดของการพัฒนาและประกันคุณภาพการบริการพยาบาล

การประกันคุณภาพ (quality assurance: QA) เป็นกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานซึ่งแนวคิดดั้งเดิมจากต่างประเทศไม่ได้หมายรวมถึงการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนจากแนวคิดการประกันคุณภาพเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI) สำหรับประเทศไทยสำนักงานการพยาบาลได้ประยุกต์แนวคิดการประกันคุณภาพให้หมายรวมถึงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นความหมายของ QA จึงหมายถึง CQI ด้วย (สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์, 2554) โดยความหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาล หมายถึง กระบวนการดำเนินงานอย่างมีแบบแผนและมีกิจกรรมที่เป็นขั้นตอนต่อเนื่องเป็นระบบในการวัดและประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโดยบุคลากรที่อยู่ภายในหน่วยงาน/สถานบริการสาธารณสุขนั้น ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์เพื่อให้เป็นหลักประกันว่าหน่วยงานบริการพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาลมีการปฏิบัติหรือจัดบริการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ มีการแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามที่วิชาชีพ/องค์กรหรือหน่วยงานคาดหวัง (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง, 2562)

การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลมีขั้นตอนการดำเนินการเริ่มต้นจากการมีระบบการประกันคุณภาพภายในองค์กรพยาบาลดำเนินการตามเครื่องมือการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล และวางแผนพัฒนาบริการพยาบาล ปรับปรุงผลการดำเนินการ วิเคราะห์ระบบงานเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาหรือออกแบบระบบการปฏิบัติงานให้สอดคล้องตามโครงสร้างของมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานการบริหาร การพยาบาล มาตรฐานการบริการพยาบาล และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันและสร้างความน่าเชื่อถือต่อสาธารณชนว่าองค์กรพยาบาลมีกระบวนการที่เป็นระบบในการบริหารจัดการและการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ตามมาตรฐานหรือเหนือกว่ามาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและเหนือกว่าองค์กรเทียบเคียงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลสอดคล้องกับลักษณะงานตามโครงสร้างใหม่ของกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในมิติ service excellence แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมการดำเนินการในมิติ governance excellence แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ 2 พัฒนาศักยภาพ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง, 2562)

จากแนวคิดและหลักการดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและประกันคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลสอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยประยุกต์กรอบแนวคิดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand quality award: TOA) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี (hospital accreditation: HA) มาเป็นกรอบในการกำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลซึ่งต้องมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ไม่เกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติการพยาบาล และตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

การศึกษาการพัฒนาและประกันคุณภาพการบริการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพ (quality improvement: QI) และการประกันคุณภาพ (QA) การบริการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศมุ่งเป้าประสงค์ที่จะให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยเริ่มตั้งแต่ระบบการศึกษาด้วยการให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้การประกันคุณภาพจากผู้มีประสบการณ์พบว่าทำให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น (Sheeran et al., 2022) รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในการลดความเสี่ยงของผู้ป่วย อาทิ การป้องกันการตกเตียงและการบาดเจ็บจากการตกเตียงโดยใช้เทคโนโลยีกล้องวงจรปิดเฝ้าระวังต่อเนื่อง (continuous video monitoring: CVM) โรงพยาบาลขนาด 244 เตียง ในแอนแลนติกตอนกลาง พบว่าอัตราการตกเตียงลดลงร้อยละ 14 และอัตราการบาดเจ็บจากการตกเตียงลดลง ร้อยละ 6 รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายได้ด้วย (Hogan et al., 2022) ซึ่งการพัฒนาคุณภาพจำเป็นต้องมีการประกันคุณภาพเพื่อสร้างความมั่นใจในระบบบริการพยาบาลและมีการประเมินซ้ำเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของการประกันคุณภาพ ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินซ้ำหลังจากการประกันคุณภาพช่วยให้หน่วยงานมีการยกระดับคุณภาพให้สูงมากขึ้นได้ (Underwood et al., 2022) แม้ในสถานการณ์โควิด-19 ที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการบริการพยาบาล แต่การประกันคุณภาพยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบออนไลน์ (online) แทนการพบหน้ากัน (face to face) (Hafeez et al., 2022) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศเลบานอน พบว่าตัวชี้วัดการพัฒนาและประกันคุณภาพมีความแตกต่างกันในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรต่างกัน (Halmin et al., 2022) ส่วนปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล คือ เรื่องวัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ โครงสร้างบริหาร วัฒนธรรมการไม่ออกเสียง ไม่มีคุณค่าในบทบาทพยาบาล การขาดความรับผิดชอบในการพัฒนา และมีแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง แรงกดดันด้านเวลา ข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งการขาดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและการขาดผู้เชี่ยวชาญ (Alexander et al., (2022)

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยและวิชาการเพื่อพัฒนาการพยาบาล

ภายใต้การจัดการโครงการของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงนักวิจัยสำหรับพยาบาลพบว่า เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล (มะลิวรรณ อังคณิตย และคณะ, 2563) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสังกัดที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการและห้องเอกซเรย์ และกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ปัจจัยการสื่อสาร และปัจจัยด้านบรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กร (สยาม ชื่นพงศ์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, 2559) ส่วนปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ โครงสร้างสถานที่แออัด พยาบาลวิชาชีพมีอัตราากำลังและศักยภาพไม่เพียงพอ ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องมือ แนวทางการจัดระบบบริการและการประเมินผลลัพธ์ไม่ชัดเจน (เกษร สังขกฤษ และคณะ, 2558) ภาระงานประจำมีมาก ขาดความเข้าใจในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และสวัสดิการไม่เท่าเทียมกัน (สยาม ชื่นพงศ์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, 2559)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย เช่น การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มทำให้ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มลดลงและไม่เกิดซ้ำอีก (เยาวเรศ ก้านมะลิ, 2564) และเกิดประโยชน์ต่อองค์กรถึงแม้ว่าจะมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงของโควิด-19 แต่การพัฒนาและประกันคุณภาพยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพตามมาตรฐาน โดยมี การปรับวิธีการให้เหมาะสมกับบริบท สำหรับรูปแบบหรือวิธีการพัฒนาอาจมีความแตกต่างกันแต่อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของมาตรฐานการพยาบาลเดียวกัน สำหรับปัญหาอุปสรรคทั้งในและต่างประเทศมีทั้งภาระงานขาดความเข้าใจในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ การมีส่วนร่วม ทรัพยากร รวมทั้งแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแต่ละองค์กรพยาบาลควรนำผลการศึกษาที่ผ่านมาไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทต่อไปเนื่องจากแต่ละองค์กรมีความแตกต่างกันทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร และทรัพยากร

บทเรียนจากการพัฒนาและการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิและศูนย์ความเลิศ (excellence center) ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในเขตบริการสุขภาพที่ 2 รวมทั้งนอกเขตบริการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ภายใต้วิสัยทัศน์องค์กรคุณธรรมที่เป็นเลิศด้านบริการพยาบาล เชื่อมมุงคือการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล จึงได้กำหนดแผนกลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพระบบบริการ และแผนกลยุทธ์ที่ 3 การกำกับนิเทศ เพื่อดำเนินงานพัฒนาและประกันคุณภาพการบริการพยาบาลให้สอดคล้องตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าคือทุกหน่วยงานต้องผ่านการประเมินคุณภาพภายในระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 100 และผ่านการประเมินคุณภาพภายนอกที่ระดับ NQA award ได้คะแนนมากกว่า 700 คะแนน โดยการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลดำเนินการอย่างต่อเนื่องหลังจากผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลระดับ 3 ในปี พ.ศ.2560 จึงขอรับการประเมินซ้ำและผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ประเภท 1 Nursing Quality Assessment A ward (NQA award) ในปี พ.ศ.2565 เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จากการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จได้รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล เรียกว่า CACEEDS model โดยมี 7 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดเป้าหมายชัดเจนและท้าทาย (clarity and challenge goal) ที่มโนองค์กรพยาบาลเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาได้กำหนดเป้าหมายการขอรับการประเมินในปี 2565 คือ NQA award เพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานตามเชื่อมมุงขององค์กรซึ่งเป็นเป้าหมายที่ชัดเจนและท้าทายจากปี 2560 ที่ผ่านระดับ 3 การกำหนดเป้าหมายดังกล่าวเป็นผลจากมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารที่ผ่านการแสดงความคิดเห็นประเมินทิศทางและความเป็นไปได้ร่วมกัน จากนั้นประกาศให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับทราบอย่างทั่วถึง พร้อมแจ้งให้ทราบกำหนดวันที่ประเมินเพื่อให้ทุกคนรับทราบระยะเวลา (timeline) ในการเตรียมรับการประเมินไปพร้อมกัน

2. วางแผนกลยุทธ์จากการวิเคราะห์รอบด้าน (all around analysis strategic plan) โดยวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรพยาบาล ศึกษาทิศทางนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับกองการพยาบาล และระดับโรงพยาบาล เพื่อนำมาวางแผนระยะยาวและแผนปฏิบัติการ (action plan) พร้อมทั้งกำหนดการติดตามแผนกลางปีทุก 6 เดือน จัดทำแบบฟอร์มแผนและติดตามแผนประกอบด้วยเป้าประสงค์ และระยะเวลาดำเนินงานตามแผนเพื่อติดตามการดำเนินงานและจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ นอกจากนี้แผนกลยุทธ์ยังได้กำหนดให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานการประกันคุณภาพและกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจนในแต่ละโครงการเพื่อเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

3. โครงสร้างบริหารองค์กรถูกต้อง (correct executive structure) โดยแบ่งเป็น 16 กลุ่มงาน ดำเนินการจัดตั้งกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาเป็นกลุ่มงานที่ 16 เพื่อดำเนินงานพัฒนาด้านวิชาการสู่การปฏิบัติที่สนับสนุนคุณภาพบริการพยาบาล นอกจากนี้โครงสร้างบริหารยังมีผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลทั้งหมด 14 ด้าน รวมผู้ช่วยด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (QA) ซึ่งผู้ช่วยแต่ละด้านมีบทบาทและความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพบริการครอบคลุมทั้ง 7 หมวดตามมาตรฐานส่งผลให้การดำเนินงาน QA มีผู้รับผิดชอบและติดตามงานในแต่ละหมวดอย่างชัดเจน นอกจากนี้ผู้ช่วยทั้ง 14 ด้าน ยังรับผิดชอบงานร่วมกับผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลทำงานประสานกัน จึงมีความเข้มแข็งในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโรงพยาบาลที่สำคัญอีกด้วย

4. ทำความเข้าใจมาตรฐานอย่างท่องแท้ (enlighten quality assurance) การทำความเข้าใจมาตรฐานถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อกำหนดทิศทางและนำสู่การปฏิบัติในแต่ละหน่วยงานให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ลดความไม่ชัดเจนในการปฏิบัติซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น ซึ่งการทำความเข้าใจมาตรฐานดำเนินการในหลายรูปแบบ เช่น การจัดประชุมวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) การตั้งทีมพี่เลี้ยง การให้คำแนะนำในขณะปฏิบัติงาน (onsite consultation) การประเมินภายในโรงพยาบาลและการประเมินไขว้ระหว่างโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มความเข้าใจและสร้างความมั่นใจในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม นอกจากนี้การทำความเข้าใจมาตรฐานดำเนินการต้องครอบคลุมผู้บริหารทุกระดับและผู้ปฏิบัติทุกหน่วยงานและควรทำซ้ำหลาย ๆ รอบ เนื่องจากมาตรฐานไม่สามารถทำความเข้าใจในคราวเดียวจึงต้องจัดเวลาให้เอื้อต่อการเข้าร่วมด้วย โดยเฉพาะระดับผู้ปฏิบัติที่เป็นตัวแทนหน่วยงาน

5. การสื่อสารและกำกับนิเทศที่มีประสิทธิภาพ (effective communication and supervision) การสื่อสารการพัฒนาและประกันคุณภาพที่มีคุณภาพ ควรใช้การสื่อสารทั้งสองวิธีการ ได้แก่ การสื่อสารแบบบนลงล่าง (top down communication) และการสื่อสารแบบล่างขึ้นบน (bottom up communication) ซึ่งสอดคล้องตามโครงสร้างบริหารจึงทำให้เกิดการสื่อสารทั่วทั้งองค์กร สำหรับการกำกับนิเทศการปฏิบัติบริการพยาบาลด้วยการมอบหมายให้พยาบาลผู้ตรวจการนอกเวลา เรียกว่า chief nurse ซึ่งกำหนดคุณสมบัติและการมอบหมายงาน (job description) ที่ชัดเจนและกำหนดให้มีการรายงานข้อมูลคุณภาพบริการพยาบาลตามลำดับขั้นทุกเวอร์ ทำให้องค์กรพยาบาลสามารถติดตามกำกับบริการพยาบาลตามมาตรฐานในหมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ (development of information technology) การพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการแต่งตั้งทีมสารสนเทศทุกระดับชั้น พัฒนาโปรแกรมช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ เช่น การมอบหมายงานที่เหมาะสมกับภาระงานโดยใช้ CAP program (classify assignment program) การบันทึกการพยาบาลโดยใช้ ENN (electronic nurse note) โปรแกรมการจัดตารางเวรและโปรแกรมการเบิกจ่ายค่าตอบแทน เป็นต้น ซึ่งเป็นการพัฒนาร่วมกันระหว่างองค์กรพยาบาลและศูนย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลทำให้

สารสนเทศมีความสอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติงาน ช่วยลดระยะเวลาในการทำข้อมูล และช่วยเพิ่มความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการเข้าถึงข้อมูลเป็นสำคัญ

7. วัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง (strengthen organizational culture) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กำหนดวัฒนธรรมคือให้บริการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการประกันคุณภาพบริการพยาบาล ด้วยปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานการพัฒนาบรรลุเป้าหมายคือความมุ่งมั่น ท่วมเท เป็นหนึ่งเดียวของทุกคนในองค์กรพยาบาล ภายใต้แรงกดดันด้านเวลาและภาระงานแต่ทุกคนยังมุ่งมั่น ท่วมเทในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดแม้ว่าจะผ่านการประเมิน NQA award แต่ยังคงพัฒนาตามข้อเสนอแนะที่ได้รับเพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานคุณภาพบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป



ภาพ 1 รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล CACEEDS model

จากการถอดบทเรียนจะเห็นได้ว่าการพัฒนาการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ นั้น ปัจจัยที่สำคัญลำดับแรกคือการนำองค์กรด้วยเป้าหมายที่ชัดเจนและท้าทาย เนื่องจากเป็นองค์กรขนาดใหญ่มีหน่วยบริการและบุคลากรทางการพยาบาลจำนวนมากทำให้การดำเนินงานการประกันคุณภาพบริการพยาบาลจำเป็นต้องมี ทีมนำกำหนดทิศทางและเป้าหมายขององค์กรที่ชัดเจนรวมทั้งมีการประเมินซ้ำเนื่องจากการนำองค์กรที่ดีเป็น องค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลรวมทั้งการประเมินซ้ำจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ ที่ดีขึ้นได้ (Underwood et al., 2022) นอกจากนี้โครงสร้างบริหารก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้การดำเนินพัฒนา เป็นไปอย่างต่อเนื่อง (Alexander et al., 2022) ดังนั้นองค์กรพยาบาลควรเริ่มการพัฒนาและการประกันคุณภาพ บริการพยาบาลจากการกำหนดทิศทางและเป้าหมายองค์กรให้ชัดเจนโดยทีมหน้าที่เข้มแข็ง การวางแผนกลยุทธ์ สอดคล้องตามมาตรฐานภายใต้โครงสร้างที่ถูกต้องบนพื้นฐานความเข้าใจมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานไปสู่ ความสำเร็จได้

สรุป

พยาบาลคือบุคลากรที่เป็นฐานรากของโรงพยาบาลและกำลังหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการบริการพยาบาลที่เป็นบริการสุขภาพสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศการบริการพยาบาลจึงต้องมีคุณภาพได้มาตรฐาน (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ดังนั้น การพัฒนาการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นพันธกิจที่สำคัญขององค์กรพยาบาลทุกสถานบริการพยาบาลในการยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาลสอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและขององค์กร การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาการประกันคุณภาพการพยาบาลล้วนส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ บทเรียนจากการดำเนินงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ เรียกว่า CACEEDS model มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายชัดเจน 2) การวางแผนกลยุทธ์ 3) โครงสร้างบริการ 4) การทำความเข้าใจมาตรฐาน 5) การสื่อสารและการกำกับนิเทศ 6) พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ 7) วัฒนธรรมองค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำองค์ประกอบที่ 1 ไปกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนว่าการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลต้องการให้ผลการประเมินอยู่ในระดับใดและสื่อสารให้ทั่วถึงทั้งองค์กร จากนั้นนำมาวางแผนกลยุทธ์ทั้งแผนระยะยาวและแผนปฏิบัติการตามองค์ประกอบที่ 2 และนำองค์ประกอบที่ 3 ไปกำหนดโครงสร้างบริหารครอบคลุม 16 กลุ่มงานตามบริบทและมีผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 7 หมวด นอกจากนี้ควรนำองค์ประกอบที่ 7 ไปเป็นแนวทางในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งมั่นและทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านบริการ ควรศึกษาทำความเข้าใจมาตรฐานให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ในทุกข้อกำหนดของแต่ละหมวด โดยเฉพาะหมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 4 เพื่อให้การพัฒนาการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และนำองค์ประกอบที่ 5 ไปใช้ในการสื่อสารและกำกับนิเทศในขณะปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งแนวโน้มและเปรียบเทียบ นอกจากนี้ควรรวบรวมผลลัพธ์ให้เป็นหมวดหมู่สอดคล้องกับพันธกิจวิสัยทัศน์ เติบโตการพัฒนาในข้อกำหนดที่ยังขาดควบคู่กับการพัฒนาสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เน้นการบริการตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (infection control: IC)

3. ด้านวิชาการ ควรนำองค์ประกอบที่ 6 การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศไปใช้ในการสนับสนุนการบริการพยาบาลด้วยการพัฒนางานด้านวิชาการควบคู่กับงานบริการแม้ว่าบางโรงพยาบาลอาจจะยังไม่มีกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาตามโครงสร้างแต่สามารถพัฒนางานวิจัยได้ตามความเหมาะสมของบริบทที่เป็นอยู่ เน้นการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งนวัตกรรมที่สนับสนุนผลลัพธ์การบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เกษร สังข์ฤกษ์, ไพลิน นัตสันเทียะ, วิภา แก้วเคน, และ ปิยนุช บุญทอง. (2558). การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จังหวัดสกลนคร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 30(2), 110-121.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์, และ บุษบา วงศ์พิมล. (2563). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 107-116.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก*. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

- สยาม ชื่นพงศ์ และ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการ ตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 3(2), 23-38.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ. (2564). การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล. *มหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(2), 76-88.
- Alexander, C., Tschannen, D., Argetsinger, D., Hakim, H., & Milner, K. A. (2022). A qualitative study on barriers and facilitators of quality improvement engagement by frontline nurses and leaders. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 694-701.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13537>
- Hafeez, M., Naureen, S., & Sultan, S. (2022). Quality Indicators and Models for Online Learning Quality Assurance in Higher Education. *Electronic Journal of e-Learning*, 20(4), 374-385.
<https://doi.org/10.34190/ejel.20.4.2553>
- Halmin, M., Abou Mourad, G., Ghneim, A., Rady, A., Baker, T., & Von Schreeb, J. (2022). Development of a quality assurance tool for intensive care units in Lebanon during the COVID-19 pandemic. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(2),
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac034>
- Hogan, Q. B., Renz, S. M., & Bradway, C. (2022). Fall prevention and injury reduction utilizing continuous video monitoring: A quality improvement initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, 37(2), 123-129. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000582>
- Sheeran, L., Ridgway, L., Buchanan, K., & Wilson, D. (2022). Consultation to review clinical placement processes: A quality assurance project. *Nurse Education in Practice*, 61, 103331.
<https://doi.org/103331>
- Underwood, F., Dickinson, L., O'Keeffe, K., & George, B. (2022). Strengthening quality assurance by implementing an evidence-based revision of a ward accreditation programme. *Nursing Management*, 27(5), 35-40. <https://doi.org/10.7748/nm.2020.e1957>