

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre test-post test design) เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรงพยาบาลแบบมุ่งเป้าของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความไวการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

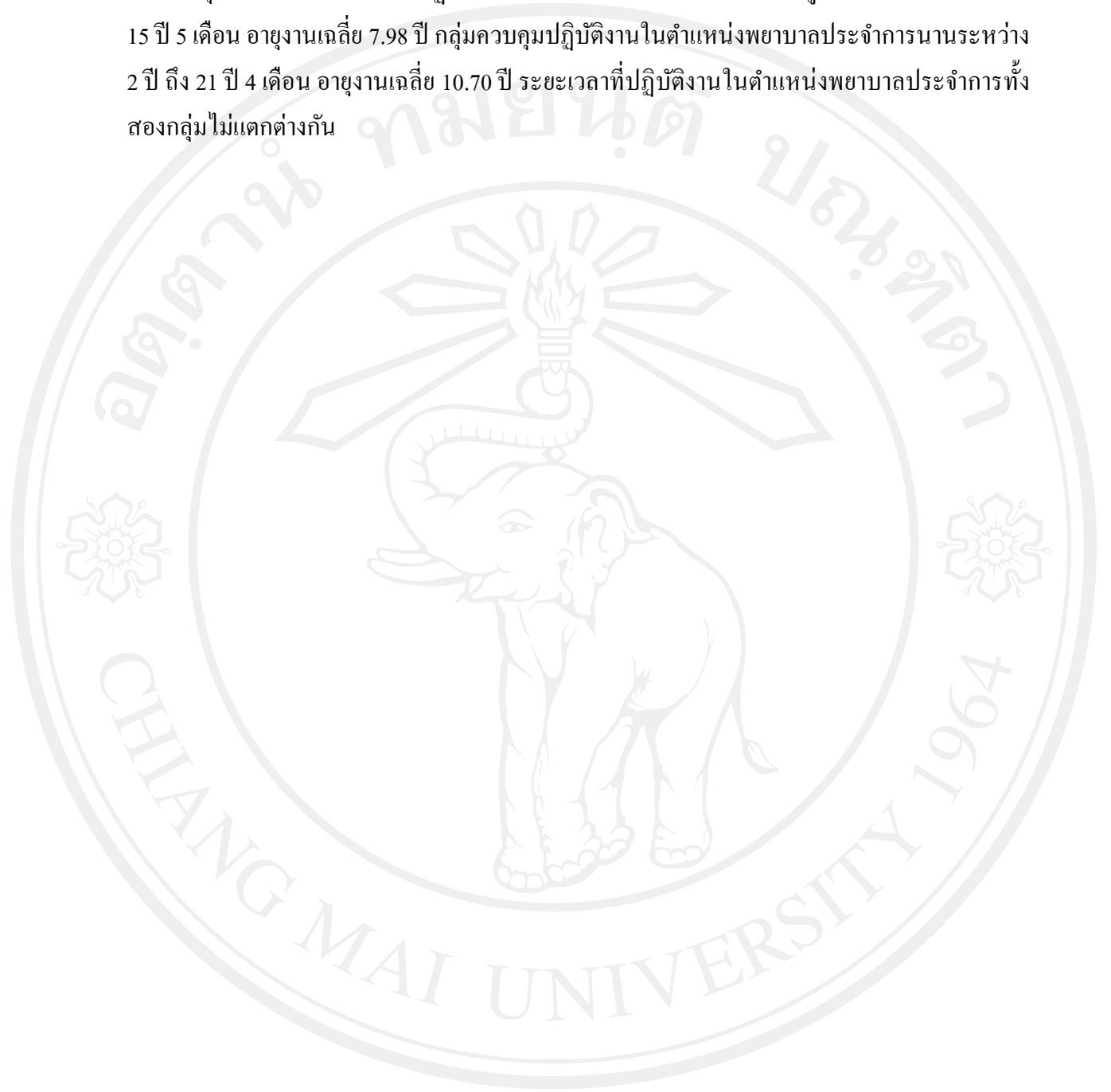
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ ระยะเวลาที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อ การได้รับการอบรม จำนวนครั้งในการอบรมการอ่านคู่มือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล แหล่งอ้างอิงคำจำกัดความในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล อุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การได้รับการอบรม และจำนวนครั้งในการอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ดังแสดงในตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา แผนกผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=10)	กลุ่มควบคุม (n=10)	X ²	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)				
21-30	3(30.00)	3(30.00)	1.08	0.29
31-40	7(70.00)	6(60.00)		
41-50	0	1(10.00)		
พิสัย	25-39	26-44		
ค่าเฉลี่ย	33.20	34.10		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.35	5.85		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	10(100.00)	9(90.00)	0.00	0.50
ปริญญาโท	0	1(10.00)		
แผนกผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน				
แผนกอายุรกรรม	3(30.00)	3(30.00)	1.17	0.38
แผนกศัลยกรรม	4(40.00)	4(40.00)		
แผนกกุมารเวชกรรม	2(20.00)	2(20.00)		
แผนกสูติกรรม	1(10.00)	1(10.00)		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ (ปี)				
1-5	3(30.00)	3(30.00)	2.80	0.21
6-10	4(40.00)	1(10.00)		
> 10	3(30.00)	6(60.00)		
พิสัย	2.4-15.5	2.0-21.4		
ค่าเฉลี่ย	7.98	10.70		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.20	6.10		

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 25-39 ปี อายุเฉลี่ย 33.20 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 26-44 ปี อายุเฉลี่ย 34.10 ปี อายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 และ 90 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการอยู่ระหว่าง 2 ปี 4 เดือน ถึง 15 ปี 5 เดือน อายุงานเฉลี่ย 7.98 ปี กลุ่มควบคุมปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการนานระหว่าง 2 ปี ถึง 21 ปี 4 เดือน อายุงานเฉลี่ย 10.70 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วยการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การอ่านคู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแหล่งอ้างอิงคำจำกัดความในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=10)	กลุ่มควบคุม (n=10)	X ²	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (ปี)				
<1	1(10.00)	0(0.00)	3.00	0.20
1-5	5(50.00)	7(70.00)		
> 6	4(40.00)	3(30.00)		
พิสัย	0.1-10.0	1.0-11.0		
ค่าเฉลี่ย	4.39	4.46		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.96	3.76		
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล				
ไม่เคย	1(10.00)	4(40.00)	1.07	0.15
เคย	9(90.00)	6(60.00)		
1 ครั้ง	8(88.89)	3(50.00)		
2 ครั้ง	1(11.11)	3(50.00)		
การอ่านคู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล				
ไม่เคย	2(20.00)	1(10.00)	0.00	0.50
เคย	8(80.00)	9(90.00)		
แหล่งอ้างอิงคำจำกัดความการวินิจฉัยการติดเชื้อ				
โรงพยาบาลมหาสารคาม	10(100.00)	10(100.00)	-	-

จากตารางที่ 2 กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อนานระหว่าง 5 เดือน ถึง 10 ปี อายุงานเฉลี่ย 4.39 ปี กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อนานระหว่าง 1-11 ปี อายุงานเฉลี่ย 4.46 ปี ระยะเวลาที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90 และ 60 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งในการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 และ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88.89 และ 11.11 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งในการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 และ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เคยอ่านคู่มือเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80 และ 90 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มทุกคนใช้คำจำกัดความในการวินิจฉัยการติดเชื้อของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำแนกตามการได้รับความรู้เกี่ยวกับการ
 เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อการได้รับการอบรมและจำนวน
 ครั้งในการอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=10)	กลุ่มควบคุม (n=10)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ*		
คู่มือของโรงพยาบาล	7(70.00)	9(90.00)
เอกสารการอบรม	7(70.00)	9(90.00)
อินทราเน็ตของโรงพยาบาล	5(50.00)	8(80.00)
อินเทอร์เน็ต	5(50.00)	4(40.00)
อุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ		
ไม่มี	2(20.00)	3(30.00)
มี *	8(80.00)	7(70.00)
- ไม่มีเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล	6(75.00)	5(71.43)
- วินิจฉัยการติดเชื้อไม่ได้	4(50.00)	5(71.43)
- เก็บข้อมูลย้อนหลัง	3(37.50)	4(2.863)
- ผู้ป่วยมีจำนวนมาก	2(25.00)	0
- บุคลากรที่เฝ้าระวังมีจำนวนน้อย	1(12.50)	0
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์		
ไม่เคย	10(100.00)	10(100.00)

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 กลุ่มทดลองได้รับแหล่งความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 จากคู่มือของโรงพยาบาล และเอกสารการอบรม เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 70 จากอินทราเน็ตของ
 โรงพยาบาล และจากอินเทอร์เน็ต เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับแหล่ง
 ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากคู่มือของโรงพยาบาล และเอกสารการอบรม
 เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 90 จากอินทราเน็ตของโรงพยาบาล และจากอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 80 และ
 40 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอุปสรรคเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็น
 ร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอุปสรรคในเรื่อง ไม่มีเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา คือ วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ได้ เก็บข้อมูลย้อนหลัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก และบุคลากรที่เฝ้าระวังการติดเชื้อมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 50, 37.5, 25 และ 12.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอุปสรรคในเรื่อง ไม่มีเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ เก็บข้อมูลย้อนหลัง คิดเป็นร้อยละ 42.86

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคนไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการเรียนรู้จากประสบการณ์

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความไวในการวินิจฉัย	ก่อน	หลัง	X^2	p-value
	ร้อยละ	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	58.57	82.14	3.92	0.048
กลุ่มควบคุม	52.17	46.15	0.00	1.000
X^2	0.09	3.95		
p-value	0.768	0.047		

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากร้อยละ 58.57 เป็นร้อยละ 82.14 ค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 58.57 มากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 52.17 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 82.14 มากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 46.15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความจำเพาะในการวินิจฉัย	ก่อน	หลัง	X^2	p-value
	ร้อยละ	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	80.69	90.07	4.51	0.034
กลุ่มควบคุม	80.88	80.73	0.03	0.864
X^2	0.02	3.87		
p-value	0.878	0.049		

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.69 เป็นร้อยละ 90.07 มากกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 80.69 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 80.88 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 90.07 มากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 80.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 การอภิปรายผล

ผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบมุ่งเป้าของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ซึ่งใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยที่ก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มทดลอง มีค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 58.57 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่สำนักการพยาบาล (2551) ได้กำหนดให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยการติดเชื้อใน

โรงพยาบาลของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ต่ำกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลจริงและก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์กลุ่มทดลองมีอุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในเรื่องไม่มีเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ ไม่สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ เก็บข้อมูลย้อนหลัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก และบุคลากรที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 50, 37.5, 25 และ 12.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) อุปสรรคต่างๆ เหล่านี้ อาจส่งผลการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำกว่าความเป็นจริง

การศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศเบลเยียม พบว่า ค่าความไว และความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 65 และ 99 ตามลำดับ สาเหตุที่มีความไวต่ำเนื่องมาจากผู้รวบรวมข้อมูลขาดความชำนาญ และขาดความรู้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Morales & Suetens, 2004) และการศึกษาความตรง (validation) ของระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย 20 แห่งในประเทศเยอรมัน โดยการทบทวนบันทึกการรักษของแพทย์ พบความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อร้อยละ 66 และ 99 ตามลำดับ จากการศึกษาพบปัญหาในการรายงานการติดเชื้อ เนื่องจากผู้เฝ้าระวังไม่แน่ใจในการวินิจฉัยทำให้วินิจฉัยการติดเชื้อผิดพลาดผู้รวบรวมข้อมูลไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลา ทำให้การรวบรวมข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และมีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนในการประเมินความไวของการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ไม่แม่นยำในเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ โดยรายงานการเกิดปอดอักเสบ 2 ครั้ง ในผู้ป่วยรายเดียวกันจากการที่ตรวจ พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนเชื้อใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนเชื้อตัวใหม่ไม่ใช่ข้อบ่งชี้เพียงอย่างเดียวของการเกิดปอดอักเสบครั้งใหม่ ต้องพิจารณาร่วมกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ร่วมกับผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ ร่วมด้วย (Zuschneid, Geffers, Sohr, Kohlhasse, Schumacher, Ruden, & Gastmeier, 2007)

ค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์เพิ่มขึ้น อาจเกิดจากผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบในการส่งเสริมการเรียนรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในการเล่าประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลข้อมูลที่ได้ในขณะนี้ พบว่าวิธีการเฝ้าระวังที่ผ่านมาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2 แบบ คือ เฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แสดงให้เห็นว่าวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อมีความแตกต่างกัน ทำให้ไม่มีมาตรฐานเดียวกัน คือ ใช้นิยามการ

วินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ และแนวทางในการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ไม่เหมือนกันทุก หอผู้ป่วย เพราะก่อนที่จะดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจ ความตกลงกันในกลุ่มผู้ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อว่าจะใช้เกณฑ์ใดในการวินิจฉัย วิธีการเฝ้าระวัง การติดเชื้อแบบใด และระบุให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังจะต้องเข้าใจเกณฑ์ การวินิจฉัยการติดเชื้อให้ถูกต้องตรงกัน เพื่อให้ข้อมูลการติดเชื้อมีความเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐาน เดียวกัน (อะเคื่อ อุณหเลขกะ,2554)

ในแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการเฝ้าระวังไม่เหมือนกัน ดังคำกล่าว ของกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า “...บางหอผู้ป่วยมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยหลาย คนจะแบ่งหน้าที่รับผิดชอบคนละ 2 เดือน และดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า “...บาง หอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมาก จะแบ่งหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยรับผิดชอบคน ละทีม...”การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบก็มีข้อดี คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีผู้ช่วยรวบรวมข้อมูล ช่วยให้การประสานงานการติดเชื้อในทุกหอผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล แต่ข้อเสีย ทำให้ข้อมูลอาจมีความ แตกต่างกันในเรื่องของความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเหตุการณ์ เนื่องจากผู้รวบรวมข้อมูลมีหลายคน คุณภาพของข้อมูลขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ความตั้งใจ และความสนใจของพยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (อะเคื่อ อุณหเลขกะ,2554)

การวินิจฉัยการติดเชื้อของแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีแตกต่างกัน ได้แก่ บางหอผู้ป่วยพยาบาลควบคุม การติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยวินิจฉัยการติดเชื้อร่วมกับแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย บางหอผู้ป่วยแพทย์จะวินิจฉัยการติดเชื้อไปก่อนพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยบางหอ ผู้ป่วยพยาบาลทุกคนจะแจ้งการวินิจฉัยการติดเชื้อให้แพทย์รับทราบ บางหอผู้ป่วยพยาบาลควบคุม การติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยวินิจฉัยการติดเชื้อร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และบางหอผู้ป่วย วินิจฉัยการติดเชื้อจากการดูแลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการถ่ายภาพรังสี ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการวินิจฉัยการติดเชื้อในทางปฏิบัติที่หลากหลาย

การรวบรวม เรียบเรียง การวิเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ที่คล้ายกัน ได้แก่ รวบรวมข้อมูลการติดเชื้อจาก Kardex บันทึกทางการพยาบาลฟอร์มปรอท ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ผลการถ่ายภาพรังสี เวชระเบียน อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งจากแพทย์ หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เรียบเรียงข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นหมวดหมู่ใน ใบสรุปการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล นำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อไปใช้ประโยชน์ โดยการแจ้งในที่ประชุมประจำเดือนในหอผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ และวิเคราะห์ร่วมกัน

นำข้อมูลไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ
รายงานให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้รับทราบ

ปัญหาในการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ผ่านมา ได้แก่ ไม่มีเวลาในการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่าง
ต่อเนื่อง สมาชิกทีมไม่ได้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วยมีปริมาณมาก มีการลง
ข้อมูลการติดเชื้อไม่ครบ ข้อมูลในการลงบันทึกการติดเชื้อของผู้ป่วยมีหลายแผ่น มีความหลากหลาย
ในการวินิจฉัยการติดเชื้อยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การวินิจฉัยการติดเชื้อล่าช้า ไม่ใส่ใจในการ
วินิจฉัย ข้อมูลของผู้ป่วยไม่เพียงพอในการสรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อ และบางหอผู้ป่วยบุคลากรที่ทำ
หน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย

จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแต่ละคนมีวิธีการเฝ้าระวัง การวินิจฉัย
การติดเชื้อ การรวบรวม เรียบเรียง การวิเคราะห์ข้อมูล การนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อไปใช้
ประโยชน์และปัญหาในการเฝ้าระวังที่เหมือนกันและแตกต่างกันออกไปซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 โค้ดลับ ได้กล่าวไว้ว่าเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากความรู้สึกร่วมกันของบุคคลเมื่อได้ทำ
กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งทำให้เกิดประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้นสามารถนำมาถ่ายทอด และ
เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาให้บุคคลอื่นได้รับรู้

ขั้นตอนที่ 2 การคิดสะท้อนกลับ ทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างคิดอย่างไรต่อสิ่งที่ได้
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมสมองร่วมกัน ภายหลังที่ได้รับฟังแต่ละคนเล่าประสบการณ์ ซึ่งวิธีการเฝ้าระวัง
ที่มี 2 แบบ ในขั้นตอนที่ 1 นั้น ข้อมูลจากการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ควรเลือกใช้วิธีที่ 2
ดังกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า “...วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อควรเฝ้าระวังและใส่แบบเฝ้าระวังเฉพาะ
ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกาย หรือมีแผลผ่าตัดเท่านั้น
เพราะช่วยลดระยะเวลาในการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และ
ได้ข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีความชัดเจนและละเอียดยิ่งขึ้น พร้อมทั้งมีแนวทางที่มุ่งเป้าใน
การป้องกันการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ...”การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า
“...ควรมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในหอผู้ป่วยที่มีจำนวนพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอ
ผู้ป่วยเพียงพอเพื่อป้องกัน การลงข้อมูล ไม่ครบถ้วน ทันเหตุการณ์เมื่อพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
ประจำหอผู้ป่วยอีกคนลาพัก ลาป่วย หรือมีภารกิจอื่นๆ...”กลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า “...ปัญหาใน
การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ผ่านมา ได้แก่ ไม่มีเวลาในการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ไม่เห็นด้วย
กับปัญหานี้เพราะไม่มีเวลาอย่างไรก็ควรรู้จักแบ่งเวลาให้ถูก สมาชิกทีมไม่ได้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง
การติดเชื้อ...” กลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า “...ปัญหานี้ทำให้มองเห็นว่าบุคลากรขาดความตระหนัก
และไม่เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ...” ความคิดเห็นดังกล่าวเป็นการคิดสะท้อนกลับ

ในสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันว่าคิดอย่างไรเป็นการฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกลุ่มซึ่งการเรียนรู้ที่ดีที่สุดโดยการให้ผู้เรียนได้มีการสะท้อนกลับ มีการไตร่ตรองประสบการณ์ที่ได้รับ เพื่อนำไปใช้ในการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ หรือไม่เป็นประโยชน์ (Kolb, 1984)

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดรวบยอดเป็นการรวบรวมประสบการณ์ในขั้นตอนที่ 1 และการคิดสะท้อนกลับในขั้นตอนที่ 2 มาสรุปเป็นความคิดรวบยอดของกลุ่ม เช่นปัญหาในการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ผ่านมาได้แก่ ไม่มีเวลาในการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง และสมาชิกทีมไม่ได้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ดังกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า “...ควรแก้ไขปัญหานี้ด้วยการเพิ่มแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อมีขวัญและกำลังใจในการทำงานนี้และจะได้เพิ่มความตระหนักเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังการติดเชื้อมากขึ้นด้วยการให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน หรือของรางวัล...” หรือมีปัญหาเรื่องการลงข้อมูลการติดเชื้อไม่ครบถ้วนกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายกล่าวว่า “...ควรแก้ปัญหานี้ด้วยการขอความร่วมมือจากบุคลากรในทีม...” ซึ่งแต่ละคนได้เสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาร่วมกันวิเคราะห์ และภายในกลุ่มเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสม สรุปแนวทางในการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการรวบรวมความรู้เพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอื่นๆที่ได้จากประสบการณ์ในอดีตและความรู้ที่ได้จากกระทำ หรือได้รับมาหรือการได้รับความรู้จากข้อมูล การสนทนาพูดคุย แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติอย่างแข็งขันผู้วิจัยให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยนำข้อตกลงร่วมกันที่ได้ ไปปฏิบัติจริงในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นสิ่งที่ท้าทายที่สุด คือการฝึกปฏิบัติจริง เป็นการทดลอง ฝึกปฏิบัติ และตรวจสอบ เพื่อการลงมือทดลองถูกเป็นการตรวจสอบแนวคิด หากความจริงในสถานที่แตกต่างกัน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

การเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ การเล่าประสบการณ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จึงเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างแก้ปัญหา หรือต้องการพัฒนาในหอผู้ป่วย เป็นกระบวนการเรียนรู้ในแบบของกลุ่มตัวอย่างเอง ซึ่งเกิดขึ้นจากการได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปรายร่วมกัน และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งการเรียนรู้ร่วมกันนี้ทำให้เกิดพลังทางสติปัญญาที่ได้จากการระดมสมองนำไปสู่การลงมือปฏิบัติจริง และมีการสรุปบทเรียนร่วมกัน มีกระบวนการคิด ปฏิบัติ ทบทวน วิเคราะห์ นำไปสู่การปฏิบัติต่อไป หมุนเวียนเป็นวงจร ก่อให้เกิดการสะสมความรู้ และประสบการณ์ กลายเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่า ซึ่งจะส่งผลทำให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยได้รับเรียนรู้จากประสบการณ์ เกิดทักษะ ประสบการณ์ และความมั่นใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Dewey (1938) ได้เสนอแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ว่าเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจาก

การกระทำจริง ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ใหม่ หรือผู้เรียนปรับเปลี่ยนตนเองในการปฏิบัติตามบทบาทใหม่ การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นวงจรของการลงกระทำ โดยเริ่มจากการรับรู้ปัญหาแล้วเริ่มหาทางแก้ปัญหาจากนั้นลงกระทำ จนเกิดประสบการณ์จากผลของการกระทำและในที่สุดผู้เรียนจะสร้างความรู้ด้วยตนเองโดยการยืนยันในความรู้เดิมหรือเกิดการปรับเปลี่ยนความรู้เดิมเป็นความรู้ใหม่ และสอดคล้องกับทฤษฎีของแฮมมิง (2550) ได้ให้ความหมายของการจัดเรียนการสอนแบบเน้นประสบการณ์ว่าเป็นการดำเนินการอันจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามเป้าหมายโดยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ในเรื่องที่ต้องการจัดให้เรียนรู้ก่อนและให้ผู้เรียนสังเกต ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และนำสิ่งที่เกิดขึ้นมาคิดพิจารณาไตร่ตรอง ร่วมกันจนกระทั่งผู้เรียนสามารถสร้างความคิดรวบยอดในเรื่องที่เรียนรู้ แล้วจึงนำความคิดนั้นไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆต่อไปและการนำเอาเทคนิคการสอนโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์มาใช้ในชั้นเรียนช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นกลุ่ม และยังส่งเสริมการคิดแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนและทำให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพ (Hamer, 2000) ประกอบกับกลุ่มทดลองเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 90 (ตารางที่ 2) ยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะและประสบการณ์ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มทดลองในขั้นตอนที่ 1 กลุ่มทดลองได้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาว่าไม่แน่ใจในการวินิจฉัยนั้น เพราะไม่ได้สอบถามพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยคนอื่น หรือไม่ได้ปรึกษาพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เป็นการคิดสะท้อนกลับในขั้นตอนที่ 2 ว่ากลุ่มทดลองยังไม่แน่ใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อ ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มทดลองหนึ่งรายกล่าวว่า “...ควรสอบถามพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยคนอื่น หรือปรึกษาแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย หรือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และอยากให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อพบปะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาเพื่อจะได้ช่วยวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนความรู้ สร้างความเข้าใจมากขึ้น และอบรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อรายบุคคลที่หอผู้ป่วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยคนใหม่...”

ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหากลุ่มตัวอย่างโดยเป็นไปตามแนวคิดของโคลบ (1984) ขั้นตอนที่ 3 ว่าเป็นการรวบรวมการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม และนำความคิดที่ได้ มาสรุปเป็นความคิดรวบยอด หาทางแก้ไขปัญหา และขั้นตอนที่ 4 ลงมือปฏิบัติอย่างแข็งขัน เมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยที่มีกลุ่มตัวอย่างทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อคนใหม่ปฏิบัติงานอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายนั้น รายงานผลว่าผู้ป่วยทุกรายที่ใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจ

ติดเชื่อหมด ผู้วิจัยได้อธิบายการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยติดเชื่อ หรือ ไม่ติดเชื่อนั้นวินิจฉัยอย่างไรบ้างให้กลุ่มตัวอย่างรายนั้นทราบ และเมื่อตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื่อจำนวนหนึ่ง และ ไม่ติดเชื่อจำนวนหนึ่ง ซึ่ง ไม่ใช่ติดเชื่อทั้งหมดแบบที่กลุ่มตัวอย่างรายนั้นรายงานครั้งแรก และควรส่งเสริมให้มี ประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื่อในโรงพยาบาลทุก 3 หรือ 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ทราบความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื่อของผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื่อ และควรมี การทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื่อ ให้ พยาบาลควบคุมการติดเชื่อประจำหอผู้ป่วย เพื่อเป็น แนวทางเดียวกัน

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ก็สามารถวินิจฉัยว่าผู้ป่วยติดเชื่อ หรือ ไม่ติด เชื่อได้ ดังผลการศึกษารั้งนี้ที่พบว่าความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื่อหลังได้รับการเรียนรู้จาก ประสบการณ์มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง กับ Jaques (1993) ซึ่งได้เสนอแนวคิดและหลักการของการเรียนรู้จากประสบการณ์ว่าเป็นการเรียนรู้ที่ เกิดขึ้นจากการพิจารณาทบทวนไตร่ตรองบนพื้นฐานจากประสบการณ์ แล้วนำไปสู่เป้าหมายในการ ปฏิบัติ เพื่อดำเนินการทดสอบสมมติฐานของตนเอง การปฏิบัติจะนำไปสู่การเพิ่มประสบการณ์ใหม่ และในโอกาสข้างหน้า การเรียนรู้จากประสบการณ์จึงเป็นวงจรการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเหมือนเกลียว สว่าน การเรียนรู้จึงสามารถได้รับการสนับสนุนจากประสบการณ์เดิมในอดีตหรือการพิจารณา ทบทวนไตร่ตรองจากประสบการณ์ที่จัดขึ้น เช่นเดียวกันกับที่ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองเล่า ประสบการณ์ในการเฝ้าระวังการติดเชื่อในโรงพยาบาลที่ผ่านมาในประเด็นของวิธีการเฝ้าระวัง การ วินิจฉัยการติดเชื่อ การรวบรวม เรียบเรียง การวิเคราะห์ข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และ ปัญหาในการเฝ้าระวังว่ามีอะไรบ้างในการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งจะช่วยให้วินิจฉัยการติดเชื่อได้ จำเพาะมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการวิจัย และกลุ่มทดลองเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการ ติดเชื่อในโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 90 (ตารางที่ 2)

2. ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื่อในโรงพยาบาลหลังได้รับการเรียนรู้ จากประสบการณ์ของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่ความไวในการวินิจฉัยการติดเชื่อใน โรงพยาบาลของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มทดลองเคยได้รับการอบรม เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื่อในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 90 (ตารางที่ 2) ซึ่ง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการวินิจฉัยการติดเชื่อในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุม ตั้งแต่ก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์เมื่อได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ยิ่งทำให้มีทักษะ ประสบการณ์ และความแม่นยำเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Conner (1997) ซึ่งได้เสนอว่าการเรียนรู้จาก ประสบการณ์จำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องข้อมูลข่าวสาร เป็นการเน้นการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเริ่มต้น

ด้วยการดู การฟัง แล้วพยายามปฏิบัติด้วยตนเอง สร้างความสนใจ และการปฏิบัติด้วยแรงจูงใจของตนเอง เราจะต้องเน้นการปฏิบัติ จากความถี่ของการปฏิบัติ และเลือกที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง หรือกระทำในลักษณะที่แตกต่างจากเดิม เราจะได้รับทักษะใหม่โดยการสนับสนุนจากครู และจากการปฏิบัติของตัวเอง จากประสบการณ์ จากการได้ตอบมากกว่าจะได้รับจากการเอกสารหรือการฟังบรรยาย นอกจากนี้กลุ่มควบคุมไม่มีเวลารวบรวมข้อมูล และไม่สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 71.43 เท่ากัน (ตารางที่ 3) ประกอบกับกลุ่มควบคุมมีความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มทดลอง แสดงว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ ไม่ได้รับการรักษาการติดเชื้อนั้น อาจส่งผลให้การติดเชื้อมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ หรือแพร่กระจายไปยังตำแหน่งอื่นหรือไม่มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการระบาดของติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ (Gordis, 2004) ดังนั้น การจัดการเรียนรู้การสอนจากประสบการณ์ช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยความไว้วางใจเชื่อใจ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อน การสื่อสารระหว่างบุคคล การทำงานร่วมกับผู้อื่น มีทักษะทางสังคมและเสริมสร้างสมรรถภาพทางร่างกาย (Sottile, 2000)

ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหลังจากได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์พบว่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากปัญหาในการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลายด้านได้รับการแก้ไข โดยระหว่างดำเนินการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ ชักถามข้อสงสัยในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลและทำความเข้าใจในนิยามการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้วิจัยดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วยนั้นๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ ประสบการณ์ ความเข้าใจ และมั่นใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากขึ้น จึงทำให้ค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงขึ้นในกลุ่มตัวอย่างและอีกประการหนึ่งก็คือ กลุ่มทดลองเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 90 มากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ดังการศึกษาของเอิร์ทคราซ และคณะ (Ehrenkranz et al., 1995) การประเมินความสามารถของ ICN ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลพบว่า ICN ที่มีประสบการณ์มากกว่า 4 ปีวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้แม่นยำกว่า ICN ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 4 ปี ดังนั้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จึงเป็นรูปแบบการสอนที่สำคัญ ซึ่งช่วยพัฒนาการทำงานเป็นทีม การสร้างทีมงาน การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะการรับฟัง รวมทั้งการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา (Ewert & McAvoy, 2000)

การศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 27 แห่งในประเทศสก็อตแลนด์โดยการทบทวนบันทึกการรักษาผู้ป่วย (case note) พบว่าความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 96.7 และ 99 ตามลำดับความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อสูงเนื่องจากใช้เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อและแนวทางการเฝ้าระวังมีความชัดเจน (McCoubery, Reilly, Mullings, Pollock, & Johnston, 2005)

วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ กับวิธีการอื่นๆ ในการส่งเสริมการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของการศึกษาอื่นพบว่ามีความแตกต่างกัน ดังการศึกษาของนันทิยา สุขพันธ์ (2553) เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วยวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย โดยเลือกประเด็นที่จะพัฒนา เชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการพัฒนา รับสมัครหน่วยงานที่ต้องการร่วมพัฒนาและจัดตั้งทีม จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการพัฒนา ประเมินการเปลี่ยนแปลง วัดและการประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่การศึกษา ดังกล่าวนี้นำมาคิดให้แพทย์ที่รับผิดชอบงานป้องกันการติดเชื้อเข้าร่วมประชุม แต่แพทย์ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้เนื่องจากต้องรับผิดชอบงานตรวจรักษาผู้ป่วย และการประชุมแต่ละครั้งพบว่าบางโรงพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ เนื่องจากติดภารกิจที่โรงพยาบาล ซึ่งวิธีการนี้ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลได้ โดยพบว่า ภายหลังการพัฒนาความไวของการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 50 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความจำเพาะของการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยรวมเท่ากันทั้งก่อนและหลังการพัฒนา คือ ร้อยละ 99.9 แต่การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาข้างต้น คือเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้เกิดทักษะ ประสบการณ์ และความมั่นใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม

แนวทางการเรียนรู้จากประสบการณ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานต่างๆ ได้ เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งที่มาของการเรียนรู้และเป็นพื้นฐานสำคัญของการเกิดความคิด ความรู้ และการกระทำต่างๆ (Kolb, Boyatzis, & Mainemelis, 1999) ดังการศึกษาของพรรณพิไล ศรีอาภรณ์, ปิยะนุช ชูโต, บังอร สุภวิทิตพัฒนา และกัลยาณี ดันตรานนท์ (2556) เรื่อง การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในระยะหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเชิงจริยธรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างคุณธรรมและจริยธรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษา

ดังกล่าวสรุปได้ว่าการนำแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนากิจกรรมมีการจัดให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลหลังคลอดและครอบครัวแบบองค์รวมนำประสบการณ์ สถานการณ์ ปัญหาทางจริยธรรมในการพยาบาลหลังคลอดและครอบครัว สะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน การมอบหมายงานให้นักศึกษารับผิดชอบงานตามหน้าที่

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกรอบในการวิจัย ซึ่งพบว่า สามารถนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นในการศึกษาการเรียนรู้จากประสบการณ์ได้ชัดเจน เนื่องจากทุกๆ ขั้นตอนของการเรียนรู้จากประสบการณ์ และมีวิธีการเรียนรู้ตามแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เกิดขึ้นตลอดเวลาโดยมีกิจกรรมการเรียนรู้เป็นส่วนส่งเสริม สนับสนุน และมีปัจจัยอื่นๆ ส่งผลให้การเรียนรู้จากประสบการณ์บรรลุตามเป้าหมาย และนำไปสู่การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กล่าวคือเมื่อเกิดปัญหาใหม่จะมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ใหม่ และเกิดองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ จนเกิดการระดมองค์ความรู้ และประสบการณ์ที่สามารถถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ