

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องผลของการให้ข้อมูลย้อนกลับและความรู้ต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันของพยาบาลในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การใช้อุปกรณ์ป้องกันตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 วัตถุประสงค์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ
 - 2.3 ประเภทของการให้ข้อมูลย้อนกลับ
 - 2.4 ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการยอมรับข้อมูลย้อนกลับ
 - 2.5 แนวทางการปฏิบัติในการให้ข้อมูลย้อนกลับ
3. การให้ความรู้
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ขั้นตอนการให้ความรู้
 - 3.3 วิธีการให้ความรู้
 - 3.4 คุณสมบัติของผู้ให้ความรู้

1. การใช้อุปกรณ์ป้องกันตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การใช้อุปกรณ์ป้องกันตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หมายถึง การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากผู้ป่วยมาสู่บุคลากรและจากบุคลากรไปสู่ผู้ป่วย บุคลากรอื่น หรือสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ป้องกันประกอบด้วย ถุงมือ เสื้อคลุม ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตา และรองเท้าบูท โดยมีหลักการใช้ดังนี้ (สมหวัง ด้านชัยวิชิต และ ทิพวรรณ ตั้งตระกูล, 2539, หน้า 128-129)

1) ใช้เมื่อจำเป็น ควรใช้อุปกรณ์ป้องกันเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้ใช้เท่านั้น และถอดออกเมื่อปฏิบัติกิจกรรมนั้นเรียบร้อยแล้ว การใช้อุปกรณ์ป้องกันน้อยเกินไปจะทำให้บุคลากรมีโอกาสสัมผัสเชื้อหรือสารคัดหลั่งได้สูง หรือถ้าใช้มากเกินไปจะทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เสียเวลา ทำงานไม่ถนัด และอาจแพร่กระจายเชื้อโรคได้ เช่น การตรวจร่างกายผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ไม่จำเป็นต้องสวมถุงมือ แต่ถ้าสวมถุงมือคู่เดียวดูแลผู้ป่วยหลาย ๆ คน เชื้อโรคจากผู้ป่วยรายแรกจะติดถุงมือแล้วแพร่ไปยังผู้ป่วยรายต่อ ๆ ไป

2) เลือกอุปกรณ์ป้องกันให้เหมาะกับงาน ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ว่าจะปฏิบัติกิจกรรมที่จะปฏิบัติมีความเสี่ยงของเชื้อหรือสารคัดหลั่งที่สามารถสัมผัสกับอวัยวะส่วนใดของผู้ปฏิบัติ ให้เลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันอวัยวะนั้น ๆ

3) เลือกขนาดให้พอดี เพื่อสะดวกต่อการปฏิบัติงานและเป็นผลดีต่อการป้องกัน

4) เลือกให้เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจของแต่ละโรงพยาบาล ถ้าอุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวมีราคาแพงควรเลือกใช้อุปกรณ์ที่สามารถใช้ได้หลายครั้ง (reusable items) โดยมีการควบคุมคุณภาพของกระบวนการนำกลับมาใช้ใหม่ (recycle) ให้ดี

5) การหมั่นเวียนและการกำจัดอย่างเหมาะสม ภายหลังจากใช้อุปกรณ์ป้องกันแล้วต้องถอดล้างทำความสะอาด ทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องสำหรับอุปกรณ์ที่ใช้หลายครั้ง และถอดทิ้งเพื่อกำจัดอย่างเหมาะสมสำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียว

การใช้อุปกรณ์ป้องกัน ควรใช้เฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้ใช้เท่านั้น โดยคณะทำงานทบทวนคู่มือการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (2538) ได้จัดทำแนวทางเผยแพร่ให้บุคลากรทางสุขภาพได้ยึดเป็นแนวทางปฏิบัติ เช่น การวัดความดันโลหิต การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนการให้เลือด การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด หรือการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ให้สวมถุงมือสะอาดในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรม และในกิจกรรมการดูแลให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันได้แก่ ถุงมือปราศจากเชื้อ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตา

ส่วนผ้ากันเปื้อนจะใช้ในกรณีที่คาดว่าจะมีเลือดหรือสารคัดหลั่งพุ่งกระเด็นสู่ร่างกายบุคลากร เป็นต้น การใช้อุปกรณ์ป้องกันน้อยเกินไป คือไม่สวมใส่ในกิจกรรมที่ควรใส่ เช่น การศึกษาของบาราฟฟ์และทาลาน (Baraff & Talan, 1989) ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยในลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา โดยการสังเกตพบว่าขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตบุคลากรมีการใช้ถุงมือในการปฏิบัติกิจกรรมที่ควรใช้ร้อยละ 75.0 ใช้เสื้อคลุมร้อยละ 27.0 ใช้แว่นตาร้อยละ 19.0 และใช้ผ้าปิดปาก-จมูกร้อยละ 2.0 ส่วนการให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตพบบุคลากรใช้ถุงมือในการปฏิบัติกิจกรรมที่ควรใช้ร้อยละ 70.0 เสื้อคลุมร้อยละ 30.0 แว่นตาร้อยละ 15.0 และไม่พบการใช้ผ้าปิดปาก-จมูกในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในทำนองเดียวกันกับการสังเกตในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในมินนิอาโพลิส (Minneapolis) สหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรใช้อุปกรณ์ป้องกันในการปฏิบัติกิจกรรมที่ควรใช้ เช่น ถุงมือใช้ร้อยละ 67.2 แว่นตาใช้ร้อยละ 50.7 ผ้าปิดปาก-จมูกใช้ร้อยละ 16.0 และเสื้อคลุมใช้ร้อยละ 15.3 (Henry, Campbell, Collier, & Williams, 1994) ซึ่งการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่น้อยเกินไปจะทำให้บุคลากรมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคได้สูง ดังการศึกษาที่โรงพยาบาลแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts hospital) พบบุคลากรมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 11.0 แต่ประชากรทั่วไปติดเชื้อเพียงร้อยละ 6.0 โดยพบว่าติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง รวมถึงระยะเวลาที่บุคลากรปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (Gibas, Blewett, Schoenfeld, & Dienstag, 1992) นอกจากนี้จากการศึกษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในศูนย์การแพทย์เวเทอแรนส์ (Veterans Affairs Medical Center) และโรงพยาบาลเวอร์จิเนีย (Virginia Hospital) สหรัฐอเมริกา พบบุคลากรพยาบาลมีการสัมผัสเลือดถึงร้อยละ 60.0 โดยพบว่าพยาบาลสัมผัสเลือดขณะให้สารละลายทางหลอดเลือดดำร้อยละ 66.4 และเจาะเลือดที่ปลายนิ้วร้อยละ 9.4 ส่วนผู้ช่วยพยาบาลสัมผัสเลือดขณะทำแผลหรือทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และพบว่าพยาบาลไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันขณะสัมผัสเลือดร้อยละ 75.5 ส่วนผู้ช่วยพยาบาลไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันขณะสัมผัสเลือดร้อยละ 30.4 (Stotka, Wong, Williams, Stuart, & Markowitz, 1991)

การที่จะสามารถลดการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งได้นั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาโดยให้บุคลากรทางสุขภาพในสหรัฐอเมริกาตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการฝึกให้บุคลากรทางสุขภาพใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ พบว่าภายหลังการฝึกอบรมค่าเฉลี่ยของการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของบุคลากรทางสุขภาพลดลงจาก 77.8 ครั้งต่อปี เหลือ 40.0 ครั้งต่อปี (Fahey, Koziol, Banks, & Henderson, 1991) ดังนั้นโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเลือดหรือสารคัดหลั่งของบุคลากรจะลดลงตามไปด้วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ไม่ถูกต้องไม่เพียงแต่จะพบว่ามีการใช้ที่น้อยเกินไป แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าบุคลากรมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันบางอย่างมากเกินไปจนความจำเป็น เช่น การศึกษาของสมหวัง ด้านชัยวิจิตร และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2536 ใน

โรงพยาบาลของรัฐ 24 แห่งในประเทศไทย พบการใช้อุปกรณ์ป้องกันมากเกินไปจนได้แก่ ถุงมือปราศจากเชื้อร้อยละ 34.0 เสื้อคลุมร้อยละ 24.8 และถุงมือสะอาดร้อยละ 11.5 (Danchaivijitr et al., 1997) และการศึกษาของสิริวรรณ ปิยะกุลดำรง (2538) โดยวิธีการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการใช้ อุปกรณ์ป้องกันตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางการแพทย์ในหอคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในหอคลอดมีการใช้ อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ เสื้อคลุม ผ้าปิดปาก-จมูก และถุงมือปราศจากเชื้อชนิดสั้นมากเกินไปจนความจำเป็น

การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร พยาบาลจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ ถุงมือ แวนดา ผ้าปิดปาก-จมูก ผ้ากันเปื้อน สำหรับรายละเอียดของการใช้อุปกรณ์ป้องกันแต่ละชนิดมีดังนี้

ถุงมือ สามารถช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ โดยการ์เนอร์ (Garner, 1996) ได้อธิบายเหตุผลเพิ่มเติม คือ

- 1) ช่วยป้องกันมือของบุคลากรจากการสัมผัสกับเลือด สารน้ำในร่างกาย สารคัดหลั่ง สิ่งขับถ่าย เชื้อรา และผิวหนังที่มีบาดแผลของผู้ป่วย
- 2) ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อจากมือของบุคลากรไปสู่ผู้ป่วย ขณะให้การดูแลผู้ป่วย ในการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกาย หรือการจับต้องสัมผัสกับเยื่อ และผิวหนังที่มีบาดแผลของผู้ป่วย

การลดการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยคนหนึ่งไปสู่ผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง จำเป็นต้องเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายและต้องล้างมือทุกครั้งภายหลังการถอดถุงมือทันที จากการศึกษาที่มหาวิทยาลัยไอโอวา สหรัฐอเมริกา พบว่าภายหลังการถอดถุงมือพบเชื้อโรคปนเปื้อนอยู่บนมือได้ร้อยละ 5.0-50.0 (Doebbeling, Pfaller, Houston, & Wenzel, 1988) การสวมถุงมือไม่สามารถทดแทนการล้างมือได้ เพราะถุงมืออาจมีรูรั่วเล็ก ๆ หรือฉีกขาดขณะปฏิบัติกิจกรรม โดยจากการศึกษาในศูนย์การแพทย์ฮาร์เบอร์วิว (Harborview Medical Center) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าถุงมือรั่วภายหลังการปฏิบัติงานสูงถึงร้อยละ 9.0-43.0 (Olsen et al., 1993) อีกทั้งมือของบุคลากรอาจสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนขณะถอดถุงมือได้ และการไม่เปลี่ยนถุงมือในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ ดังการศึกษาของแพทเทอร์สันและคณะ (Patterson et al., 1991) พบการระบาดของเชื้อ *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratus* จากร้อยละ 0.03 เป็น 0.5 ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มหาวิทยาลัยเยล (Yale University) เกิดจากการใส่ถุงมือแล้วไม่เปลี่ยนถุงมือในขณะที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

ถุงมือที่ใช้ในสถานบริการทางการแพทย์มี 3 ประเภทได้แก่ ถุงมือปราศจากเชื้อซึ่งมีทั้งชนิดสั้นและชนิดยาว ถุงมือสะอาด และถุงมือยางหนา การใช้ถุงมือแต่ละประเภทควรใช้ให้ถูกต้องเหมาะสมกับกิจกรรมการพยาบาลและหลักการใช้อุปกรณ์ป้องกัน จึงจะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น สวมถุงมือเมื่อปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง โดยเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย และต้องล้างมือก่อนสวมถุงมือและภายหลังการถอดถุงมือ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบบุคลากรมีการใช้ถุงมือไม่ถูกต้อง ดังการศึกษาของเฮร์เซย์และมาร์ติน (Hersey & Martin, 1994) โดยวิธีการสำรวจบุคลากรทางสุขภาพจาก 34 โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกพยาธิวิทยา สวมถุงมือขณะเจาะเลือดร้อยละ 43.0 สวมถุงมือขณะให้สารละลายทางหลอดเลือดดำร้อยละ 32.0 และเปลี่ยนถุงมือขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายร้อยละ 88.0 แต่พบการล้างมือภายหลังการถอดถุงมือร้อยละ 61.0 และเลวิน (Levin, 1995) ได้รวบรวมรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ถุงมือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989-1994 พบบุคลากรทางสุขภาพมีการใช้ถุงมือเมื่อสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งตั้งแต่ร้อยละ 1.0-90.0

การใช้ถุงมือที่ไม่เหมาะสมกับกิจกรรมการพยาบาลทำให้มีผลเสียตามมาได้ เช่น ใช้น้อยเกินไป อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากร ผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม หรือถ้าใช้มากเกินไปจะทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ถุงมือให้ถูกต้องตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ผ้าปิดปาก-จมูก ใช้สวมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากจมูกและปากของผู้สวมไปสู่คนที่อยู่ใกล้เคียง เช่น ผู้ป่วยหรือทารก (สมหวัง ค่านชัยวิจิตร และทิพวรรณ ตั้งตระกูล, 2539) และเชื้อโรคจากผู้ป่วยมาสู่บุคลากรผู้สวมทางฝอยละอองขนาดใหญ่ (droplet precautions) ในระยะที่ห่างไม่เกิน 3 ฟุต เช่น เชื้อที่ทำให้เกิดโรคคอตีบ ไอกรน ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบจากเชื้อบางชนิด เป็นต้น หรือใช้สวมเมื่อคาดว่าจะการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอาจมีเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นหรือพุ่งสู่ใบหน้าของบุคลากร เช่น การดูดเสมหะ เป็นต้น ถ้าบุคลากรไม่สวมผ้าปิดปาก-จมูกในขณะที่ดูดเสมหะ อาจทำให้บุคลากรได้รับเชื้อจากเลือดหรือสารคัดหลั่งพุ่งกระเด็นเข้าสู่ปากและจมูกได้ โดยพบความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งทางจมูกและปากร้อยละ 0.1 (Center for Disease Control and Prevention, 1999) ส่วนการป้องกันเชื้อที่แพร่กระจายทางฝอยละอองขนาดเล็ก (airborne precautions) เช่น วัณโรค ต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันชนิดพิเศษที่มีประสิทธิภาพในการกรองเชื้อโรคได้สูง (Garner, 1996) ผ้าปิดปาก-จมูกอาจทำมาจากผ้าใยสังเคราะห์ที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งหรือเป็นผ้าเย็บที่สามารถนำไปซักแล้วใช้ใหม่ได้อีก โดยทั่วไปแล้วมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน การ

เลือกใช้จึงมีข้อบ่งชี้ทางเศรษฐกิจและตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล (สมหวัง คำนชัยวิจิตร และทิพวรรณ ตั้งตระกูล, 2539)

การใช้ผ้าปิดปาก-จมูกที่ถูกต้องคือการใช้ครั้งเดียวแล้วต้องทิ้งหรือส่งซัก และเปลี่ยนเมื่อผ้าเปียกชื้นเพราะประสิทธิภาพของผ้าปิดปาก-จมูกจะลดลงเมื่อเปียกชื้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536; Lynch, 1995) จากการศึกษาในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลฟรีแมน (Freeman) นิวคาสเทิล (Newcastle) พบว่าผ้าปิดปาก-จมูกที่บุคลากรในห้องผ่าตัดใช้เกิดการเปื้อนของเลือดเป็นจุด ๆ โดยพบในศัลยแพทย์สูงสุดร้อยละ 42.0 รองลงมาคือผู้ช่วยศัลยแพทย์พบร้อยละ 13.0 และพบต่ำสุดในพยาบาลที่ช่วยผ่าตัดร้อยละ 4.0 และยังพบว่าการใช้ระยะเวลาานกว่า 2 ชั่วโมง จะมีการปนเปื้อนของผ้าปิดปาก-จมูกมากกว่าการใช้ระยะเวลาที่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง (Berridge, Lees, Chamberlain, & Jones, 1993) การไม่ใช้ผ้าปิดปาก-จมูกในกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้ เช่น การศึกษาของเฮนรีและคณะ (Henry et al., 1994) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าบุคลากรทางสุขภาพใช้ผ้าปิดปาก-จมูกร้อยละ 16.0 อาจทำให้บุคลากรได้รับเชื้อโรคจากผู้ป่วยหรือแพร่กระจายเชื้อจากบุคลากรไปสู่ผู้ป่วยได้

แว่นตา ใช้สวมเมื่อคาดว่าจะการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอาจมีเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นหรือพุ่งเข้าสู่ตาของบุคลากร เช่น การดูดเสมหะ เป็นต้น เพื่อป้องกันเชื้อโรคที่ปนเปื้อนมากับสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดกระเด็นหรือพุ่งเข้าสู่ตาบุคลากร ถ้าบุคลากรไม่สวมแว่นตาในขณะที่ดูดเสมหะ อาจทำให้บุคลากรได้รับเชื้อจากเลือดหรือสารคัดหลั่งพุ่งกระเด็นเข้าสู่ตาได้ โดยพบว่าภายหลังการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งทางตา จะมีความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.1 (Center for Disease Control and Prevention, 1999) และนอกจากนี้ยังมีเชื้ออื่นอีก เช่น ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี เป็นต้น ดังมีผู้เขียนจดหมายถึงบรรณาธิการวารสาร Scandinavian Journal of Infectious Diseases พบพยาบาลได้รับอุบัติเหตุจากเลือดของผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบซีกระเด็นเข้าตา และเมื่อติดตามผลในระยะเวลา 5 เดือนต่อมา พบว่าพยาบาลท่านนั้นป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบซี (Satori et al., 1993) และนอกจากนี้ยังมีผู้เขียนจดหมายถึงบรรณาธิการวารสาร The Journal of the American Medical Association บรรยายว่าบุคลากรในห้องพยาธิวิทยาได้รับอุบัติเหตุจากเลือดของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา ซึ่งเมื่อติดตามผลในเวลาต่อมาพบว่าบุคลากรท่านนั้นเกิดการติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบซี (Ippolito et al., 1998) แว่นตาที่ใช้กันส่วนมากจะมีลักษณะเป็นแผงด้านข้างและด้านล่างช่วยให้กระชับกับใบหน้า ทำให้สามารถป้องกันสารน้ำและละอองได้อย่างดี (สมหวัง คำนชัยวิจิตร และทิพวรรณ ตั้งตระกูล, 2539)

ผ้ากันเปื้อน ใช้ในกรณีที่คาดว่าจะการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอาจมีเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นหรือพุ่งสู่ร่างกายบุคลากร เช่น การผ่าตัด การทำคลอด การดูดเสมหะที่มีเลือดพุ่งออกมามาก

เป็นต้น ผ้ากันเปื้อนควรใช้ชนิดเต็มตัวที่สามารถป้องกันเลือดหรือสารคัดหลั่งพุ่งกระเด็นใส่บริเวณลำตัวของผู้สวม โดยถอดทิ้งหรือส่งซักภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เรียบร้อยแล้ว จากการศึกษาการใช้อุปกรณ์ป้องกันในทีมช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉินของมหาวิทยาลัยไมอามี (Miami) และศูนย์การแพทย์แจคสันเมมโมเรียล (Jackson Memorial Medical Center) ประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีการใช้ผ้ากันเปื้อนร้อยละ 82.0 (Hammond, Eckes, Gomez, & Cunningham, 1990) แต่ในประเทศไทย จากการศึกษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะมีการพุ่งกระเด็นของเลือดหรือสารคัดหลั่งสู่ลำตัวบุคลากร พบการใช้ผ้ากันเปื้อนเพียงร้อยละ 14.3 โดยใส่เฉพาะเมื่อทำคลอดเท่านั้น แต่ไม่ใส่เมื่อทำความสะอาดเครื่องมือที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งเนื่องจากในห้องคลอดจะนำเครื่องมือที่ใช้แล้วลงแช่ในน้ำยาเพื่อทำลายเชื้อเบื้องต้นก่อนการล้างทำความสะอาด ทำให้บุคลากรเข้าใจผิดคิดว่ามีความปลอดภัยขณะล้างเครื่องมือจึงไม่สวมผ้ากันเปื้อน (สิริวรรณ ปิยะกุลดำรง, 2538)

การใช้อุปกรณ์ป้องกันเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคลากรมีหลายวิธี เช่น การให้ความรู้ การกำหนดนโยบาย การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็นต้น ซึ่งในบางครั้งอาจต้องใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกันดังการศึกษาของวันทนี ทิพย์ถาวรนุกูล (2539) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่านโยบาย ความตระหนักถึงการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และสิ่งเอื้ออำนวย เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ เป็นต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการศึกษาถึงการกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉินของมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ (Johns Hopkins) สหรัฐอเมริกา ให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติตามหลักการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.0 เป็นร้อยละ 72.5 (Kelen et al., 1991) และการศึกษาของซาจฮาฟี, ราเซลลี, ฟรานซิลลอน, และฟรานซิโอลิ (Saghafi, Raselli, Francillon, & Francioli, 1992) ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยขนาด 1000 เตียง ที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ พบว่าภายหลังการให้ความรู้และจัดหาสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงานให้พยาบาลเป็นเวลา 1 ปี 7 เดือน พยาบาลมีการใช้ถุงมือตามกิจกรรมที่ควรใช้เพียงร้อยละ 29 โดยมีพยาบาลร้อยละ 58 ของพยาบาลที่ไม่สวมถุงมือให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยง

การที่จะทำให้นักุลากรตระหนักถึงการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งเดวิตโต (DeVito, 1994) กล่าวว่า การที่จะทำให้นักุลากรเกิดความตระหนักในตนเองได้จะต้องมีการให้

ข้อมูลย้อนกลับ เนื่องจากความตระหนักในตนเองจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมความคิดและพฤติกรรมในการแสดงออก ถ้าพยาบาลมีความตระหนักในตนเองจะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจในตนเองและผู้ป่วย พยาบาลจึงรับรู้ต่อพฤติกรรมและความรู้สึกของตนในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยพยาบาลจะประเมินพฤติกรรมของตนที่อาจกระทบต่อผู้ป่วย จากการศึกษาของสุภาพร คาวดี (2537) ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ คามิลเลียน เซนต์เมรี่ และซานคามิลโล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนความตระหนักในตนเองค่อนข้างสูงจะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างสูง และความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าพยาบาลที่มีคะแนนความตระหนักในตนเองสูงจะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงด้วย นอกจากนี้เบอร์นาร์ด (Burnard, 1995) ยังได้กล่าวสนับสนุนความกึกของเควิตโตว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาความตระหนักในตนเองเพิ่มขึ้น การศึกษาของวองและคณะ (Wong et al., 1991) พบว่าผลของการให้การศึกษา การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่ศูนย์การแพทย์เวเทอร์เรนส์ (Veterans Affairs Medical Center) และโรงพยาบาลเวอร์จิเนีย (Virginia Hospital) สหรัฐอเมริกา สามารถเพิ่มการใช้อุปกรณ์ป้องกันจากร้อยละ 54.0 เป็นร้อยละ 73.0 และยังช่วยลดค่าเฉลี่ยของการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจาก 5.1 ครั้งเหลือ 2.7 ครั้งต่อแพทย์ 1 คนที่ดูแลผู้ป่วย 1 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของเคลลีแกนและคณะ (Kelleghan et al., 1993) ที่ได้ให้ความรู้ ให้ข้อมูลย้อนกลับ กำหนดนโยบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เช่น การล้างมือ การเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ การใช้อุปกรณ์ป้องกันในการดูแลเสมหะ เป็นต้น โดยศึกษาเป็นระยะเวลา 2 ปี ที่หอผู้ป่วยหนักของศูนย์การแพทย์ไคเซอร์เปอร์มานนท์ (Kaiser Permanente Medical Center) ในแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นศูนย์การแพทย์ขนาด 460 เตียง พบว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อลงได้ร้อยละ 57.0

2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ

การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นสิ่งช่วยควบคุม ตรวจสอบ เพื่อแก้ไขการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร โดยมีผู้ให้ความหมายของการให้ข้อมูลย้อนกลับไว้ดังนี้

2.1 ความหมาย

รัสเซล (Russell, 1994) กล่าวว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการรายงานให้บุคคลทราบถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติว่ามีมาตรฐานหรือไม่ เพื่อที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของเขาให้ถูกต้อง ขณะที่แทปปิน (Tappen, 1989) ได้กล่าวถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับว่าเป็นการช่วยเพิ่มความตระหนักในตนเอง (self awareness) ให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และวิเชียร ทวีลาภ (2534) ได้พูดถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับว่าเป็นการย้อนกลับของความคิดเห็น การรับรู้เหตุการณ์ กระบวนการหรือพฤติกรรมตามที่สังเกตได้จริงในขณะนั้น ดังนั้นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันจึงเป็นการแจ้งให้บุคคลทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันว่าถูกต้องตามมาตรฐานหรือไม่ เพื่อให้บุคคลากรเกิดความตระหนักในตนเอง ซึ่งเดวิตโต (DeVito, 1996) กล่าวว่าความตระหนักในตนเองจะช่วยให้บุคคลสามารถแยกจุดด้อย จุดเด่นของตนเอง และสามารถนำจุดเด่นให้เกิดประโยชน์รวมทั้งพัฒนาจุดด้อยให้ถูกต้องอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับจึงนับว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาทักษะ เพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาทัศนคติ

2.2 วัตถุประสงค์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ

การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการรายงานให้บุคคลทราบถึงพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ให้บุคคลได้รู้จักกับงานหรือกิจกรรมที่ทำอยู่ โดยได้รู้ถึงผลของการปฏิบัติงานของตนเองว่าปฏิบัติถูกหรือผิด มีผลทำให้เพิ่มการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมของบุคคล (Ickes, 1992) ดังการศึกษาของกิบบ์, ฮิลล์, โครเรล, และบรานท์ (Gibb, Hill, Choresl, & Brant, 1997) ที่ได้ศึกษาถึงการปนเปื้อนของเลือดที่ส่งมาตรวจที่ห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลฟูทฮิลล์ (Foothill Hospital) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 800 เตียง ในประเทศแคนาดา พบว่าเลือดที่ส่งมาตรวจมีการปนเปื้อนของเชื้ออื่นร้อยละ 2.6 ภายหลังการให้ข้อมูลย้อนกลับพบว่าการปฏิบัติถูกต้องมากขึ้น ทำให้อัตราการปนเปื้อนของเชื้ออื่นลดลงเหลือร้อยละ 1.4

- 2) ทำให้เกิดความเจริญก้าวหน้าและการพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Ickes, 1992) ดังที่รัสเซล และคอร์ดิงเลย์ (Russell & Cordingley, 1996) ได้นำวิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการศึกษาของพยาบาลโดยให้นักเรียน ครู และผู้ตรวจการพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับ

- 3) ให้พฤติกรรมเป็นไปตามที่คาดหวัง ขจัดพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจออกไป (Russell, 1994)

2.3 ประเภทของการให้ข้อมูลย้อนกลับ

นักการศึกษาและนักจิตวิทยาได้จัดแบ่งประเภทการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ง่ายต่อการศึกษาเข้าใจ โดยชูและชู (Chu & Chu , 1991) ได้แบ่งประเภทของการให้ข้อมูลย้อนกลับออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) การให้ข้อมูลย้อนกลับด้านข้อมูล (informational feedback) เป็นการบอกข้อมูลเพื่อให้ผู้รับทราบเกิดความตระหนักในตนเองโดยไม่มี การตัดสิน ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาบุคคล โดยบุคคลจะทราบถึงผลที่ตามมาในการปฏิบัติของบุคคลนั้นและตระหนักถึงจุดเด่นและจุดด้อย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยในการฝึกฝนและพัฒนาคน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามต้องการ

2) การให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผล (evaluative feedback) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลแล้วบอกเกณฑ์การตัดสินที่กำหนดไปยังผู้รับ ซึ่งอาจมีผลในทางอง การให้รางวัลหรือการติเตียน อันจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในอนาคต เป็นการกระตุ้นและ จัดสถานการณ์ที่เหมาะสมอันจะส่งผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพของพยาบาล

3) การให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกและทางลบ (positive and negative feedback) การให้ข้อมูลทางบวก เช่น การให้คำชมเชย รางวัล เป็นสิ่งสำคัญในการให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน การให้ข้อมูลทางลบ เช่น การติเตียน การลงโทษ เพื่อให้ผู้รับสามารถตั้งข้อสังเกตที่ทำให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงการทำงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับทางลบจะทำให้ผู้รับเกิดการยอมรับน้อยกว่าการให้ ข้อมูลทางบวก เนื่องจากจะเป็นการคุกคามการสำนึกในคุณค่าของตนเอง (self esteem) ของผู้รับ

4) การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างไม่เป็นทางการ (informal feedback) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการใช้คำพูด ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลที่ให้อาจได้รับการตัดสินหรือไม่ได้รับการ ตัดสินตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แต่จะไม่มีผลในการให้รางวัลหรือลงโทษ

5) การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นทางการ (formal feedback) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผลหรือเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านข้อมูล ถ้าเป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะสามารถให้รางวัลหรือลงโทษได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผลเกี่ยวกับการ ใช้อุปกรณ์ป้องกันของบุคลากรอย่างไม่เป็นทางการ โดยการบอกข้อมูลที่ได้รับการตัดสินตามเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนดไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขปี พ.ศ. 2538 และให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ปฏิบัติ ทราบพร้อมชี้แจงเหตุผลเพื่อให้ บุคคลเกิดความตระหนักในตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งวีรัช ลภีรัตนกุล (2529) ได้กล่าวถึงการติดต่อสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการว่าจะทำให้เกิดความสัมพันธ์และคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี และร่วมกันแก้ไขความเข้าใจผิดในหมู่ผู้ปฏิบัติงานได้

การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ต่อการศึกษาตนเองมาก เพราะโดยธรรมชาติมนุษย์มักมองไม่ค่อยเห็นปัญหาของตนเองและไม่พยายามที่จะมองตนเอง ดังนั้นการให้ข้อมูลย้อนกลับจึงเป็นกระจุกเงาคอยส่องให้บุคคลเห็นพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งบุคคลจะยอมรับข้อมูลย้อนกลับนั้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

2.4 ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการยอมรับข้อมูลย้อนกลับ

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการยอมรับข้อมูลย้อนกลับได้แก่ ข่าวสาร ผู้ให้ข้อมูล และ ตัวผู้รับ (ถวิล ธาราโกชน, 2532)

1) ข่าวสาร รัสเซล (Russell, 1994) ได้พูดถึงข่าวสารหรือข้อมูลว่าต้องมีความถูกต้อง ชัดเจน คงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงไปกลับมา ประภาพีณ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าข่าวสารที่เข้มแข็งและสร้างความกลัวไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อหรือพฤติกรรมได้ และบางครั้งอาจลดโอกาสที่จะทำให้ผู้รับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนการให้ข่าวสารซ้ำ ๆ จะทำให้ผู้รับข่าวสารเกิดการจำข่าวสารนั้นได้

2) ผู้ให้ข้อมูล ต้องมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้ความชำนาญ และความน่าไว้วางใจ ซึ่งประภาพีณ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) ได้กล่าวว่าผู้ให้ข้อมูลจะต้องให้ข้อมูลที่ไม่นัดแย้งกันในตัวเอง ถ้าตลอดช่วงเวลาที่ให้ข้อมูล ข้อมูลไม่คงที่ เปลี่ยนไปมาตลอดเวลา จะทำให้ผู้รับข้อมูลขาดความรู้สึกมั่นใจในตัวผู้ให้ข้อมูลและขาดความเชื่อถือนในที่สุด รวมถึงผู้ให้ข้อมูลต้องมีทักษะในการสื่อความหมาย สามารถอธิบายให้ผู้รับข้อมูลเข้าใจและเกิดความเชื่อถือน (วีรัช ลภีรัตนกุล, 2529) โดยเดวิตโต (DeVito, 1995, pp. 106-112) ได้เสนอรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพตามแนวมานุษยนิยม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 อย่างที่สำคัญคือ

2.1) การติดต่อสื่อสารในทางบวก (positiveness) หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น และมีความชื่นชมยินดีต่อผู้อื่นอย่างจริงใจ โดยปฏิบัติได้ดังนี้

2.1.1) การมีทัศนคติในทางบวก (attitude positiveness) คือการมีความรู้สึกในทางบวกในเหตุการณ์ที่สนทนา ปราศจากการประหม่นหรือการคัดสิน เป็นการแสดงความคิดในทางบวกของผู้พูด ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือซึ่งกันและกัน ทำให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพ

2.1.2) การแสดงความชื่นชมต่อผู้อื่น (compliment) อย่างจริงจัง การยกย่องชมเชยเป็นสิ่งที่มีอำนาจและมีพลังที่จะกระตุ้นให้คนอยู่อย่างมีความหมาย มีความหวัง ค่ายกย่องชมเชย

เป็นรางวัลทางสังคมและเป็นแรงทางบวกที่จะทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่าการตำหนิ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลทางลบ ดังนั้นการยกย่องชมเชยบุคคลอื่นจึงเป็นการให้ความสำคัญในความเป็นบุคคลของเขาทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญมีคุณค่าต่อบุคคลอื่น อันจะเป็นผลต่อสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล

2.2) ความเสมอภาคในการติดต่อสื่อสาร (equality) หมายถึงการใช้คำพูดและกริยาท่าทางที่ไม่แสดงความเหนือกว่าหรือด้อยกว่าอีกฝ่าย แม้ว่าในสถานการณ์ทั่วไปบุคคล 2 คน จะมีความแตกต่างกัน เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพทางสังคม เป็นต้น การให้ความเท่าเทียมกันในการสนทนา จะทำให้การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการทำงานร่วมกัน แม้จะมีความขัดแย้งหรือความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน แต่สิ่งเหล่านี้จะเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหามากกว่าเป็นการหาทางเอาชนะซึ่งกันและกัน

2.3) การเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่ผู้อื่นรับรู้ (empathy) หมายถึงการเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ที่เราสื่อสารด้วย เรียนรู้ความต้องการ ความสามารถ ประสบการณ์ และอารมณ์ของผู้อื่นให้มากที่สุด พยายามศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ และเข้าใจในความรู้สึกและเหตุผลในการกระทำของมนุษย์

2.4) การสนับสนุนต่อคู่สนทนา (supportiveness) หมายถึงการยอมรับผู้อื่นทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก มีความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น เป็นการบรรยายสถานการณ์ที่แท้จริงในลักษณะสนับสนุน ช่วยเหลือ มากกว่าการตัดสินใจ ในขณะที่สื่อสารระหว่างกัน ถ้าลักษณะการสื่อสารเป็นการให้ข้อมูล หรือบรรยายเหตุการณ์บางอย่างจะทำให้ผู้รับไม่รู้สึกถูกคุกคามจนต้องใช้กลไกในการป้องกันตนเอง จึงทำให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพ

2.5) การเปิดเผยตนเอง (openness) หมายถึงความสามารถที่จะพูดอย่างตรงความเป็นจริงในเรื่องของตนเองอย่างเต็มใจ กล่าวถึงความผิดพลาด ความกลัว ความคับข้องใจของตนเอง มีความรับผิดชอบในความคิดและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งการเปิดเผยตนเองนี้เป็นการแสดงออกของความซื่อสัตย์ขั้นพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์อย่างแท้จริงต่อผู้อื่น

3) ตัวผู้รับ การให้ข้อมูลย้อนกลับจะมีความหมายมากเมื่อผู้รับมีความพร้อมและตั้งใจที่จะรับฟัง (Chiaromonte & Adria, 1994) แต่ถ้าผู้รับอยู่ในสภาพอารมณ์ที่มีความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ การรับข่าวสารจะดำเนินไปได้ไม่ดี อีกทั้งอายุและประสบการณ์เดิมของผู้รับข้อมูลอาจมีผลต่อการรับข้อมูลย้อนกลับดังที่เชิรศรี วิวิธสิริ (2535, หน้า 88) ได้อธิบายไว้ว่า “ผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์นั้นมักมีลักษณะฝังแน่นกับความเคยชิน หรือประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา จะทำให้เกิดการยอมรับข้อมูลย้อนกลับน้อย และผู้ใหญ่มักจะเปลี่ยนแปลงอะไรได้ยาก ชอบทำตามความเคยชินที่ปฏิบัติมา”

2.5 แนวทางการปฏิบัติในการให้ข้อมูลย้อนกลับ

จากปัจจัยดังกล่าว ได้มีผู้รวบรวมและเสนอแนวทางการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลย้อนกลับไว้ดังนี้

1) สถานที่ในการให้ข้อมูลย้อนกลับควรเป็นสถานที่ที่เป็นส่วนตัวระหว่างผู้ให้และผู้รับ (Russell, 1994; Chiamonte & Adria, 1994) ซึ่งรจิดลัทธิ แสงอุไร (2530) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล 2 คน จะเป็นรูปแบบของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และความเป็นส่วนตัว จะทำให้ความคิดและอารมณ์ได้รับการแสดงออกอย่างเปิดเผย อีกทั้งยังป้องกันความเข้าใจผิดและสรุปความผิดพลาดของบุคคลอื่น

2) ความถี่ของการให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรให้บ่อย ๆ จะทำให้เกิดแรงจูงใจภายในที่จะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติ (Ilgen, Fisher, & Taylor, 1979) แต่โกลด์สเทน (Goldstein, 1993) ได้ให้ความเห็นว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีความถี่มากเกินไป จะทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่ายและนำไปสู่การไม่เชื่อถือข้อมูลย้อนกลับอีกทั้งไม่พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจของบุคคล โดยมีการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ไม่มีความแตกต่างจากการให้สัปดาห์ละครั้ง ดังนั้น การให้ข้อมูลย้อนกลับ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง จะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายลงได้ (Chhokar & Wallin, 1984) และลดความไม่เชื่อถือข้อมูลย้อนกลับด้วย จากการศึกษาของคอรินตัน, แพทเทอร์สัน, และโฮเวิร์ด (Courington, Patterson, & Howard, 1991) ที่ได้ให้โปรแกรมการศึกษาซึ่งประกอบไปด้วยการบรรยายเป็นกลุ่มและการให้ข้อมูลย้อนกลับ 1 ครั้ง เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันโดยวิธีการสังเกตในบุคลากรที่ปฏิบัติงานสัปดาห์ละครั้งของมหาวิทยาลัยฟลอริดา พบว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันในระยะก่อนและหลังการให้โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล โดยทันทีทุก ๆ 2 สัปดาห์ แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ในรัฐมิชิแกน สหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการสวมถุงมือเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่าภายหลังการให้ข้อมูลย้อนกลับ พยาบาลมีการสวมถุงมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.0 เป็นร้อยละ 49.0 (DeVries, Burnette, & Redmon, 1991)

3) รูปแบบหรือวิธีการให้ข้อมูลนั้นควรให้ข้อมูลย้อนกลับในทันที (Oates, 1993) การให้ข้อมูลย้อนกลับควรให้เร็วที่สุดภายหลังการเกิดพฤติกรรม เพราะทั้งผู้รับและผู้ให้ยังจำเหตุการณ์ได้ดีจึงสามารถให้ได้อย่างรวดเร็วและมีความถูกต้องแม่นยำ ซึ่งรัสเซล (Russell, 1994) ได้ให้คำแนะนำว่าควรใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในช่วงเวลาที่ว่างจากการปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้ผู้ร่วมงานรู้สึกว่ามีเวลาดังกล่าวของเขา โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับต้องมีความเหมาะสมไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องทิ้งไปเพราะถ้าข้อมูลมีรายละเอียดมากเกินไป จะเป็นการยากต่อผู้รับที่จะนำไปปฏิบัติและ

จะทำให้ข้อมูลนั้นไม่น่าสนใจหรือเกิดความสับสนขึ้นได้ รวมทั้งใช้ภาษาที่ทำให้ผู้รับสามารถเข้าใจได้ง่าย อีกทั้งไม่ควรใช้เวลาในขณะรีบเร่งกลับบ้านเพราะจะทำให้ผู้รับไม่มีสมาธิในการรับข้อมูลย้อนกลับ อาจทำให้ไม่สนใจข้อมูลหรือแปลความของข้อมูลผิดไป นอกจากนี้วีเชียร ทวีลาภ (2534) ยังได้ให้แนวทางของการให้ข้อมูลย้อนกลับว่าควรระบุพฤติกรรมที่สังเกตได้ให้ชัดเจนเฉพาะเจาะจง เช่นวิธีการอะไร พฤติกรรมอะไร ลำดับขั้นตอนไหนของการทำงาน ไม่ใช่บอกกล่าวอย่างกว้าง ๆ จนผู้รับข้อมูลไม่ทราบว่าจุดใดเป็นข้อบกพร่องที่ตนควรแก้ไข และมุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติงานไม่ใช่การวิเคราะห์หรือวิพากษ์ วิเคราะห์บุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ เช่น ความสูง ความพิการ เป็นต้น

4) การให้ข้อมูลย้อนกลับจะต้องเป็นไปในลักษณะชักชวน เชื้อเชิญ ให้ความช่วยเหลือมากกว่าการบังคับ และต้องไม่ทำให้ผู้รับเกิดความกลัวหรือรู้สึกว่ามีอันตรายเกิดขึ้นกับตนเอง (นิพนธ์ ไทยพานิช, 2535) โดยกระทำในลักษณะที่ผู้ให้และผู้รับมีส่วนร่วมกันอย่างเสมอภาค มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเกี่ยวกับข้อมูลย้อนกลับที่ให้ไป เพื่อให้ทั้งผู้รับและผู้ให้เข้าใจในสิ่งที่บอกกล่าวได้ถูกต้องตรงกัน

ดังนั้นการให้ข้อมูลย้อนกลับจึงควรให้โดยทันทีภายหลังเกิดพฤติกรรมในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวระหว่างผู้ให้และผู้รับ เว้นระยะห่างของการให้ข้อมูลย้อนกลับซ้ำ 1-2 สัปดาห์ต่อครั้งเพื่อไม่ให้ผู้รับข้อมูลเกิดความเบื่อหน่าย ข้อมูลที่ให้ต้องเข้าใจง่าย เป็นการบรรยายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงที่สามารถแก้ไขปฏิบัติได้ เนื้อหาไม่มากเกินไป โดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในช่วงที่ผู้รับว่างจากการปฏิบัติงาน จึงจะทำให้ผลของการให้ข้อมูลย้อนกลับบรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมของศูนย์ดูแลสุขภาพ ในวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการล้างมือได้แก่ การสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อแก้ไขปัญหา การจัดหาอ่างล้างมืออัตโนมัติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ พบว่าทำให้สัดส่วนการล้างมือก่อนเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยและสัดส่วนของการล้างมือภายหลังการถอดถุงมือของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีการล้างมือก่อนเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยร้อยละ 69.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการล้างมือร้อยละ 59.0 และภายหลังการถอดถุงมือพบว่ากลุ่มทดลองมีการล้างมือร้อยละ 77.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการล้างมือร้อยละ 69.0 แต่สัดส่วนของการล้างมือในระหว่างการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และก่อนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลพบที่ไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้เมื่อติดตามผล 2 เดือน พบว่าสัดส่วนของการล้างมือกลับสู่สภาพเดิมก่อนทดลองโดยผู้วิจัยได้ให้เหตุผลว่าอาจเนื่องมาจากความยุ่งยากของระบบการใช้อ่างล้างมืออัตโนมัติ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการล้างมือของบุคลากรจึงทำให้บุคลากรมีการล้างมือลดลง (Larson, Bryan, Adler, & Blane, 1997) และการศึกษาผลของการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับต่อการล้างมือของบุคลากรในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร์ พบว่าภายหลังการให้ความรู้และข้อมูลย้อน

3.2 ขั้นตอนการให้ความรู้

ขั้นตอนการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 7 ขั้นตอน (Goldrick & Turner, 1995, pp. 184-189) ดังนี้

1) การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ จะเป็นการกระตุ้นความต้องการในการเรียนและส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน การเรียนรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ รูปแบบของสังคมที่บุคคลอยู่อาศัย วัฒนธรรม ค่านิยม และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะช่วยส่งเสริมหรือยับยั้งขบวนการเรียนรู้ การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ การให้ความอบอุ่นและเป็นมิตร การจัดสถานที่ให้สะดวกและเหมาะสม เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เรียนและผู้ให้ความรู้ จะช่วยส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม

2) การกำหนดโครงสร้างในการเรียน เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้เรียน โดยทั่วไปบุคคลมักจะยึดมั่นในการตัดสินใจและการกระทำที่ตนเองได้มีส่วนร่วมในการวางแผน ถ้าผู้เรียนไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จะทำให้ผู้เรียนเฉยเมยหรือไม่สนใจในกิจกรรมนั้น ๆ

3) การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน ผู้ให้ความรู้ต้องศึกษาข้อมูลของผู้เรียนเพื่อที่จะเลือกใช้กลวิธีในการให้ความรู้ได้ถูกต้อง

4) การกำหนดวัตถุประสงค์ของผู้เรียน เพื่อให้ทราบทิศทางของการเรียนรู้ และให้ความรู้ได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

5) การเลือกรูปแบบการให้ความรู้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ลักษณะของปัญหา พฤติกรรมของบุคคล สถานะการเงินของโรงพยาบาลนั้น ๆ การให้ความรู้มีมากมายหลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปราย บทบาทสมมติ เกมส์ กรณีตัวอย่าง โสตทัศนูปกรณ์ คอมพิวเตอร์ และ สื่อสารมวลชน เป็นต้น การให้ความรู้อาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน ผู้ให้ความรู้ควรเลือกวิธีที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายและสะดวกที่สุด อาจให้ความรู้เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือทางสื่อมวลชน

6) การดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ภายหลังจากการเลือกรูปแบบการให้ความรู้ได้เหมาะสมกับผู้เรียนจึงเริ่มดำเนินการให้ความรู้ตามรูปแบบหรือวิธีการนั้น ๆ

7) การประเมินผล จะทำให้ผู้ให้ความรู้ทราบว่า การให้ความรู้นั้นประสบความสำเร็จตรงตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่ และผู้เรียนสามารถกระทำพฤติกรรมได้ถึงระดับที่ต้องการหรือไม่

การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเป็นการให้ความรู้ในผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะนิสัยทัศนคติ และการรับรู้ ที่สะสมมาเป็นเวลาหลายปีทำให้เกิดการฝังแน่นมากกว่าผู้เรียนที่เป็นเด็ก ดังนั้นผู้ใหญ่อาจจะต่อต้าน ถัดค้าน ในความคิดหรือการปฏิบัติที่แตกต่างจากประสบการณ์ที่เขาเคยผ่านมา

(Alspach, 1995) นอกจากนี้เชิขรศรี วิวิธิสิริ (2535) ได้กล่าวถึงผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ว่า ลักษณะการเรียนรู้ในผู้ใหญ่จะเน้นวิธีการแก้ไขปัญหาและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันทีหรือโดยเร็วที่สุด โดยสามารถใช้เหตุผลและผลในการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ใหญ่จะชอบการแนะนำมากกว่าการสอน ต้องการให้คนอื่นยอมรับและปฏิบัติต่อตนด้วยความยกย่องนับถือ ให้เขาได้ตัดสินใจด้วยตนเองมีช้ค้อยแต่จะรับคำสั่งไปปฏิบัติตาม ผู้ใหญ่ต้องการความเป็นอิสระเสรีและเป็นตัวของตัวเอง ประสบการณ์ในหลาย ๆ ด้านที่สะสมมาตั้งแต่เด็กทำให้ผู้ใหญ่แต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการให้ความรู้จึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ใหญ่แต่ละคน และประสบการณ์เดิมของแต่ละคนจะเป็นพื้นฐานเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับประสบการณ์ใหม่ได้ บรรยากาศที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มักจะเป็นบรรยากาศที่ไม่เป็นทางการ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าศึกษาแบบมีส่วนร่วมในเหตุการณ์เพื่อให้เกิดบรรยากาศของความเป็นมิตร เกิดความคุ้นเคย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานกล้าแสดงความคิดเห็นซักถามในสิ่งที่ตนเองไม่เข้าใจ รวมทั้งทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลในความแตกต่างของแต่ละบุคคลเพื่อเลือกใช้กลวิธีในการให้ความรู้ได้ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยมีกลวิธีต่าง ๆ หลายกลวิธีในการที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้

3.3 วิธีการให้ความรู้

วิธีการให้ความรู้มีหลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปราย การประชุมกลุ่มย่อย การสาธิต และการแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2537) ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ รวมทั้งการจัดกลุ่มผู้เรียนจะช่วยให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์สูงสุดต่อการเรียน โดยสุพิน บุญชูวงศ์ (2536) ได้แบ่งกลุ่มผู้เรียนออกเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้เรียนกลุ่มใหญ่ ผู้เรียนกลุ่มเล็ก และผู้เรียนรายบุคคล ดังนั้นผู้ให้ความรู้ควรศึกษากลุ่มผู้เรียนก่อนพิจารณาเลือกให้ความรู้ให้เหมาะสมกับเนื้อหาและประสบการณ์ของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้รับความรู้ มีความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยใช้รูปแบบการบรรยายภายหลังการให้ข้อมูลย้อนกลับ

การบรรยาย เป็นการเล่า บอก อธิบาย หรือให้เนื้อหาความรู้แก่ผู้เรียน ซึ่งจำเนียร ศิลปวานิช (2538) ได้แบ่งการบรรยายออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1) การบรรยายที่เป็นลักษณะของการเน้นปัญหา ผู้บรรยายจะเริ่มต้นด้วยการเสนอปัญหาแล้วแนะแนวทางหรือเสนอวิธีการแก้ไขปัญหา และปิดท้ายด้วยวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

2) การบรรยายที่เป็นลักษณะให้ข้อคิดเห็น ผู้บรรยายจะเสนอข้อคิดเห็น หรือความคิดเห็น หลาย ๆ แนวทางที่ให้ผู้ฟังได้เห็น แล้วปิดท้ายด้วยวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุด เป็นการสรุป ข้อคิดเห็นหรือความคิดเห็นและแนวทางที่เหมาะสม

3) การบรรยายที่เน้นการเสนอเนื้อหาความรู้เป็นการบรรยายในชั้นเรียนทั่ว ๆ ไป

การให้ความรู้เป็นรายบุคคล ถึงแม้จะเสียเวลามากแต่ผู้ให้ความรู้สามารถจัดกิจกรรม และ สิ่งแวดล้อมให้สนองความแตกต่างของแต่ละบุคคลโดยคำนึงถึงเสรีภาพ ความต้องการ ความสนใจ ของแต่ละบุคคล (สุพิน บุญชูวงศ์, 2536) จึงทำให้ผู้ให้ความรู้สามารถจัดเนื้อหาให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ ความสนใจของผู้เรียน สามารถวัดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวของแต่ละ บุคคลได้ (ชาญชัย อาจินสมาจาร, 2537) เป็นการให้ผู้เรียนได้เลือกเวลาที่เหมาะสมกับความพร้อมของ ตนเองและสามารถทราบความก้าวหน้าของตนเองอยู่เสมอ (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) อีกทั้งผู้เรียน ยังได้มีโอกาสซักถามและแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่

วิธีการให้ความรู้แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันออกไป ไม่มีวิธีการใดดีที่สุด วิธีการ หนึ่งอาจจะดีในสถานการณ์หนึ่งแต่อาจใช้ไม่ได้ผลในอีกสถานการณ์หนึ่งก็ได้หรือบางครั้งอาจต้อง ใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน ดังนั้นการเลือกวิธีการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้ ความรู้ควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเนื่องจากในแต่ละบุคคล ย่อมมีความแตกต่างในความต้องการ ความสนใจ ความพร้อมในการที่จะรับฟังทำให้ผู้ให้ความรู้ สามารถเลือกช่วงเวลา เนื้อหา ให้เหมาะสมกับผู้ฟังและผู้ฟังได้มีโอกาสซักถามพร้อมแสดง ความคิดเห็นได้เต็มที่ นอกจากนี้วิธีการให้ความรู้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวผู้ให้ความรู้نب่บว่ามีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เช่นกัน

3.4 คุณสมบัติของผู้ให้ความรู้

ผู้ให้ความรู้ในผู้ใหญ่เป็นเพียงผู้ช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้หรือเป็นผู้อำนวยความสะดวกใน การเรียนรู้ ควรมีคุณสมบัติ 3 ประการคือ (เชียรศรี วิวิธสิริ, 2535)

- 1) ให้ความไว้วางใจ เชื่อถือและยกย่องผู้เรียน
- 2) มีความจริงใจและปรารถนาดีต่อผู้เรียน
- 3) มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้เรียน

ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเป็นสิ่งที่ยาบาลทุกคนเคยได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติ ก่อนสำเร็จมาปฏิบัติงาน และบางรายอาจได้รับการอบรมเพิ่มเติมในขณะปฏิบัติงาน สำหรับยาบาล ที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมโดยตรง จะได้รับการบอกกล่าวจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนที่เข้ารับการ อบรมให้ทราบถึงขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไป หรือบางครั้งอาจได้รับความรู้จากการ ได้เห็นเพื่อนร่วมงานปฏิบัติ ซึ่งความรู้ที่ได้รับนั้นอาจมีความคลาดเคลื่อนหรือแปลความหมายผิดไป จากข้อเท็จจริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเข้าร่วมปฏิบัติงานและศึกษาข้อมูลของแต่ละบุคคล เพื่อนำมาใช้ในการ วางแผนการให้ความรู้โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ ก่อนว่ายาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันถูกต้องตามคู่มือการป้องกันการติดเชื้อจาก การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (2538) ต่อจากนั้นจึงให้ความรู้ที่ถูกต้องตามที่ได้ศึกษาค้นคว้ามาจากแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา

สรุป

การใช้อุปกรณ์ป้องกันเป็นการป้องกันโรคในระยะปฐมภูมิ การใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้องและ เหมาะสมจะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยมาสู่บุคลากร และจากบุคลากรเองไปสู่ผู้ป่วย บุคลากรอื่น และสิ่งแวดล้อม และช่วยลดอัตราอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลลงได้ แต่จาก การศึกษาเอกสารและงานวิจัยพบว่าบุคลากรยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ป้องกัน เท่าที่ควรจึงมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมกับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ เสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน และก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ ได้มีผู้ทำการศึกษา วิจัยถึงวิธีการที่จะกระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การจัด อบรม การกำหนดเป็นนโยบาย การจัดสิ่งแวดล้อม การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น ซึ่งวิธีการต่าง ๆ นี้ สามารถทำให้บุคลากรมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่เป็นที่พอใจ โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับนโยบายในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล และ ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็นให้แก่บุคลากรเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน แต่จากการปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่าบุคลากรพยาบาลมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันไม่ถูกต้องในบางส่วนคือไม่ ใช้ในกิจกรรมที่ควรใช้และไม่เปลี่ยนอุปกรณ์ป้องกันเมื่อใช้กับผู้ป่วยรายต่อไป ซึ่งอาจทำให้เกิดการ แพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยมาสู่บุคลากรหรือจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปสู่ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งได้ นอกจากนี้ยังมี

การใช้อุปกรณ์ป้องกันไม่เหมาะสมคือใช้ในกิจกรรมที่ไม่จำเป็นต้องใช้ ซึ่งจะทำให้เสียเวลาและสูญเสียเศรษฐกิจของโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้ความรู้แก่พยาบาลในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยการสนทนาเป็นรายบุคคลแบบเผชิญหน้าอย่างไม่เป็นทางการในสถานที่เป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้รับข้อมูลมีโอกาสซักถามข้อสงสัย และผู้ให้ข้อมูลสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้รับข้อมูลซึ่งสังเกตได้จากสีหน้า และพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาหยุดพฤติกรรมนั้นก่อนและหาวิธีการหรือโอกาสอื่นให้ข้อมูลย้อนกลับใหม่ จะทำให้การให้ข้อมูลย้อนกลับและความรู้มีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การใช้อุปกรณ์ป้องกันของพยาบาลใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยและจากผู้ป่วยมาสู่พยาบาล ถ้าพยาบาลใช้ในกิจกรรมที่ไม่จำเป็นต้องใช้และใช้ต่อเนื่องกันในผู้ป่วยหลาย ๆ ราย จะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นๆ รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเชื้อโรค หรือทำให้อุปกรณ์ป้องกันชิ้นนั้นเสื่อมประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่พยาบาลหรือผู้ป่วย นอกจากนี้ถ้าพยาบาลไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันในกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากพยาบาลสู่ผู้ป่วย หรือจากผู้ป่วยสู่พยาบาล ซึ่งพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเกิดได้จากการเรียนรู้ของพยาบาล การให้ข้อมูลย้อนกลับและความรู้จะเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ป้องกัน โดยความตระหนักในตนเองจะทำให้พยาบาลสามารถควบคุมความคิดและพฤติกรรมการแสดงออก ประกอบกับเมื่อได้รับความรู้ที่ถูกต้องพยาบาลจะสามารถนำความรู้ที่ได้รับนั้นมาคิด วิเคราะห์ และเกิดการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่ถูกต้อง