

รายงานผลกิจกรรมการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ 2554



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จัดทำโดย คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้

ANNUAL REPORT 2011

Knowledge Management, Faculty of Nursing, Mahidol University



คำนำ

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ เป็นการรวมตัวของกลุ่มคนที่เป็นตัวแทนจากภาควิชาและสำนักงานที่เข้ามาทำงานเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการจัดการความรู้ให้เกิดขึ้นภายในคณะพยาบาลศาสตร์ ในปีงบประมาณ 2554 นี้ นับเป็นปีที่ 5 ของการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นปีที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทางคณะกรรมการฯ ได้มีการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยพยายามผลักดันให้เกิดการจัดการความรู้ในงานประจำ มีการถอดบทเรียนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ตลอดจนมีการนำเครื่องมือในการจัดการความรู้เข้ามาใช้มากขึ้น เพื่อสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

สำหรับการจัดการความรู้ของคณะฯ ในปีงบประมาณ 2554 เป็นการจัดกิจกรรมใน 3 ส่วน ได้แก่ 1) กิจกรรมการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะ 2) กิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ และ 3) กิจกรรมสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ซึ่งผลการดำเนินการตลอดปีงบประมาณนี้ ทำให้สามารถถอดบทเรียนความรู้ได้เป็นจำนวนมาก และเพื่อเป็นการเผยแพร่ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการฯ จึงได้จัดทำรายงานผลกิจกรรมการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ 2554 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ และเผยแพร่ผลการดำเนินงานแก่บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และบุคคลทั่วไป

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน และบุคคลทั่วไปที่จะดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ต่อไปในอนาคต

อาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย

ประธานคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้



สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	1
ประวัติความเป็นมา การจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	2-4
คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้	5
วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์	6
แผนการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554	7-13
ส่วนที่ 2 กิจกรรมการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554	14
กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ	15
1.1 การอบรมเรื่อง ถอดบทเรียน : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ	16-23
1.2 การบูรณาการจัดการความรู้กับศูนย์ความเป็นเลิศของภาควิชา	
1.2.1 ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์	
- การอบรมชาร์ทีเยอร์	24-25
- ประสพการณ์การให้บริการการปรึกษาเด็กและผู้ปกครอง	26-27
1.3 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานของงานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย	
1.3.1 กิจกรรม R2R	
- โครงการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ (R2R)/วิจัยสถาบัน	28-29
- Themes วิจัยสถาบัน/การเลือกหัวข้อและปัญหาการวิจัยสถาบัน	30-31
- ความก้าวหน้า/การขอตำแหน่งทางวิชาการของสายสนับสนุนฯ	32-34
- การทบทวนวรรณกรรม/การหาหัวข้อวิจัย	35-37
- การเขียนโครงร่างการวิจัย	38-40
1.3.2 กิจกรรม NS Lunch Talk	
- การขอทุนจากแหล่งทุนภายนอก	41-43
- เทคนิคการตีพิมพ์ผลงานวิจัย	44-45
- ประเด็นและคำถามสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ FTA	46-49
กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดความรู้สู่เกษียณอายุราชการ	50
2.1 ระดับภาควิชา	
2.1.1 ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์	
- Experience in Teaching Nurse Students related to Children with Heart Disease	51
2.1.2 ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน	
- หัวใจแห่งความเป็นครู	52-53
2.1.3 ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์	
- ประสพการณ์ในการให้คำปรึกษา	54-55



2.2 ระดับคณะฯ

2.2.1 กิจกรรม Share & Learn: คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์	56-62
กิจกรรมที่ 3 สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ	63
3.1 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติระดับภาควิชา	
3.1.1 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์	
- Case Scenario Simulation and APIE	64-65
- Update in Respiratory Care	66-71
- Child Life Service ที่ UCSF Benioff Children's Hospital	72-73
- Health care in Sweden	74-76
3.1.2 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาการพยาบาลรากฐาน	
- การฉีดยา ครั้งที่ 1	77-79
- การฉีดยา ครั้งที่ 2	80-81
- การสวนปัสสาวะ ครั้งที่ 1	82-83
- การสวนปัสสาวะ ครั้งที่ 2	84
3.1.3 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	
- Update family care in Sweden	85-86
3.1.4 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์	
- แนวปฏิบัติการใช้ยา Thrombolytic Agent	87-89
- แนวปฏิบัติการใช้ยา Enoxaparin	90-96
- แนวปฏิบัติการใช้ยา Granulocyte colony-stimulating factor with febrile neutropenia	97-100
- Multiple Drug Resistance Organism : Antimicrobial resistance	101
- เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และ เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics)	102-106
- Diabetes & Medications adherence	107-108
- ประเด็นปัญหาการใช้ยาในระบบทางเดินอาหาร	109-113
- การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (Bronchodilators)	114-119
- ประเด็นปัญหาประเด็นปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยไตวาย	120-121
3.1.5 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์	
- เทคนิคการสร้างและการปรับปรุงข้อสอบเชิงปฏิบัติ	122-126
- ประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรภายนอกคณะฯ	127
3.2 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติระดับสำนักงาน	
3.2.1 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน	
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน	128
- การพัฒนากลุ่มพี่เลี้ยง	129-130



3.2.2 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุนวิชาการ

- Google Document	131
- เคล็ดลับับรอบรู้คู่คนทำงาน: 7 Wonder Gimmicks ครั้งที่ 1	132-134
- เคล็ดลับับรอบรู้คู่คนทำงาน: 7 Wonder Gimmicks ครั้งที่ 2	135-136
- SMART with ICT: Excel (version 2010)	137-138
- SMART with ICT: Word & PowerPoint (version 2010)	139-141
- การสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)	142-143
- การใช้งานโปรแกรม Mindjet Mind Manager	144-146

3.3 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ NSKM

- AAR จากกิจกรรม “ถอดบทเรียน”	147-149
- การถอดบทเรียน	150-151
- ระบบพี่เลี้ยงของมหาวิทยาลัย	152-156
- AAR จากกิจกรรม “การพัฒนากลุ่มพี่เลี้ยง”	157-159
- AAR จากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 4 “เชื่อมพลังเครือข่าย ขยาย...คุณค่างานประจำ”	160-163
- AAR จากกิจกรรม “Share & Learn: ค่อยๆ เติบโต กับครูผู้มากประสบการณ์”	164-165
- การถอดบทเรียน (Retrospect) ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554	166-170

ส่วนที่ 3 บทส่งท้าย

171-172

ภาคผนวก



ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป



ประวัติความเป็นมา

การจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย

การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง คณะพยาบาลศาสตร์ ได้เริ่มพัฒนาระบบการจัดการความรู้มาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2550 โดยเริ่มต้นจากการพัฒนาเว็บไซต์การจัดการความรู้ เพื่อใช้เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ซึ่งอยู่ในระบบอินเทอร์เน็ต ยังไม่ได้มีการเผยแพร่ออกไปภายนอก ต่อมาในปีงบประมาณ 2551 คณะฯ มียุทธศาสตร์และแผนงานที่ชัดเจนในการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จึงได้มีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการจัดการความรู้ขึ้น เพื่อเข้ามาดำเนินการในเรื่องดังกล่าว การเริ่มต้นการจัดการความรู้ของคณะทำงานฯ ชุดนี้ เริ่มต้นจากการสร้างความเข้าใจในเรื่องของการจัดการความรู้ให้แก่คณะทำงานฯ ก่อน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน มีการวางแผนการทำงานร่วมกันเพื่อให้การดำเนินการของคณะทำงานฯ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์และแผนงานของคณะพยาบาลศาสตร์ การดำเนินการในปีนี้ คณะทำงานฯ เริ่มต้นจากการรวมกลุ่มของคนกลุ่มเล็กๆ ที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และได้มีการสรุปองค์ความรู้ จัดเก็บและเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านทางเว็บไซต์การจัดการความรู้ ซึ่งได้มีการเปลี่ยนโดเมนของเว็บไซต์ จากที่เข้าถึงได้ทางระบบอินเทอร์เน็ตมาเป็นระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ที่ <http://www.ns.mahidol.ac.th> นับเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ของคณะฯ ซึ่งผลจากการดำเนินงานทำให้ในปี 2551 นี้ เกิดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ จำนวน 3 กลุ่มเท่านั้น คือ กลุ่ม NSFIS, กลุ่ม NSCIPPA, และกลุ่ม NSLP

ต่อมาในปีงบประมาณ 2552 คณะฯ ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้” และ “คณะกรรมการพัฒนาระบบการจัดการความรู้” ขึ้นมา ซึ่งคณะกรรมการฯ ทั้ง 2 ชุด ได้ประสานงานและทำงานร่วมกันในการดำเนินการให้เกิดการพัฒนาพยาบาลศาสตร์ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาระบบการจัดการความรู้ขึ้นภายในคณะฯ รวมทั้งการผลักดันให้เกิดระบบการจัดการความรู้ของภาควิชาฯ ด้วย จากการดำเนินการในปีที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจว่าการจัดการความรู้คืออะไร ดังนั้น จึงได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่ององค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ให้กับบุคลากรภายในคณะฯ เพื่อให้บุคลากรได้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ และในขณะเดียวกันก็พยายามที่จะผลักดันให้เกิดการสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและการสร้างองค์ความรู้ของกลุ่ม ซึ่งในปีนี้การสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติก็ยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้เกิดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติขึ้นเพียง 3 กลุ่มเท่านั้น คือ กลุ่มการเรียนการสอน กลุ่มคนรักไอที และกลุ่มสายสนับสนุน ซึ่งปัญหาเกิดจากภาระงานที่มีมากทำให้บุคลากรคณะฯ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ อีกทั้งการดำเนินงานเกิดขึ้นจากคณะกรรมการฯ ซึ่งแต่ละท่านมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถเข้ามาดำเนินการได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับยังไม่มีบุคลากรและหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการจัดการความรู้โดยตรง แต่อย่างไรก็ตามทีมงานกลุ่มเล็กๆ ยังคง



รวมตัวกันอยู่โดยไม่ทอดทิ้ง ยังร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการต่อไปตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ ผลัดกันทำหน้าที่ในการถอดบทเรียน และช่วยกันจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็ทำให้เกิดความภูมิใจในความสำเร็จที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังทำให้เห็นว่าความมุ่งมั่นและพลังของกลุ่มเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้คณะฯ ก้าวไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในอนาคตได้ นอกเหนือไปจากการสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติแล้ว การสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการถ่ายทอดและส่งต่อองค์ความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการของคณะฯ ก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากคณะฯ กำลังจะสูญเสียองค์ความรู้และบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญของคณะฯ ไป อาจารย์ผู้อาวุโสหลายท่านเกษียณอายุราชการ จึงเป็นจุดเริ่มต้นให้คณะฯ จำเป็นต้องตระหนักมากยิ่งขึ้น ว่าทำอย่างไรให้ความรู้ที่มีอยู่ในตัวอาจารย์ผู้อาวุโสได้ถูกถ่ายทอดและส่งต่อให้กับอาจารย์รุ่นใหม่ ๆ คณะกรรมการฯ จึงได้จัดเวทีให้ผู้เกษียณอายุราชการได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีคุณค่าตลอดชีวิตการทำงานให้แก่บุคลากรรุ่นหลัง ซึ่งก็ได้มีการบันทึกและเผยแพร่ไว้บนเว็บไซต์การจัดการความรู้ด้วย

ในปีงบประมาณ 2553 การเริ่มต้นการจัดการความรู้ยังคงรูปแบบคล้ายๆ กับปีที่ผ่านมา โดยเริ่มด้วยการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่บุคลากรใหม่ที่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ซึ่งได้มีการนำเสนอตัวอย่างความสำเร็จของการนำการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงาน เพื่อให้บุคลากรใหม่ได้มองเห็นภาพการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ และเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน แต่ในเรื่องของการผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนความรู้จากผู้เกษียณ ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการใหม่ โดยพยายามให้เกิดการถ่ายโอนความรู้จากผู้เกษียณออกมาในรูปแบบของ Explicit Knowledge ซึ่งในปีนีถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง เนื่องจากผู้เกษียณได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ออกมาเป็นรูปธรรมในรูปแบบของคู่มือทางการแพทย์ และจัดทำสื่อ Computer Assisted Instruction (CAI) ซึ่งก็ได้มีการเผยแพร่ผ่านทางระบบ E-learning ของคณะพยาบาลศาสตร์ และสามารถเข้าถึงได้ทาง <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th> การสร้างองค์ความรู้จากชุมชนนักปฏิบัติในปีนี้ได้มีการกำหนด Theme การดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มภาวะซึมเศร้า และกลุ่มผู้สูงอายุ และได้เริ่มมีการนำเครื่องมือการจัดการความรู้มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมด้วย อาทิ Before Action Review (BAR), After Action Review (AAR) โดยก่อนเริ่มกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการทำ BAR เพื่อต้องการทราบความคาดหวังของการเข้าร่วมกิจกรรมและให้โอกาสในการแบ่งปันประสบการณ์ และหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ก็ได้มีการทำ AAR เพื่อต้องการทราบว่าผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้ตามที่คาดหวังหรือไม่

และในปีงบประมาณ 2553 นี้ คณะพยาบาลศาสตร์ได้มีการผลักดันนโยบายด้านการบูรณาการจัดการความรู้เข้ากับการดำเนินงานของภาควิชาฯ และสำนักงานคณบดี โดยได้สนับสนุนให้มีการนำกลไกการจัดการความรู้ลงไปเชื่อมโยงกับการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศของภาควิชาฯ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการดำเนินงานประจำของสำนักงานคณบดี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้ ซึ่งภาควิชาฯ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณาจารย์ภายในภาควิชาฯ โดยมีประเด็นและเป้าหมายที่แตกต่างกันไปในแต่ละภาควิชาฯ ส่วนการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ของสำนักงานคณบดีนั้น ได้มีการนำกระบวนการของการจัดการความรู้เข้าไปบูรณาการกับการดำเนินงานประจำ โดยเริ่มต้นที่ศูนย์วิจัยทางการแพทย์ ซึ่งศูนย์วิจัยได้จัดกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างงานวิจัยขึ้น อาทิเช่น NS Lunch Talk, Research Clinic, การจัดสัมมนา



ต่างๆ, การจัดเวทีเพื่อเปิดโอกาสให้สายสนับสนุนได้นำเสนองานวิจัยสถาบัน รวมทั้งการจัดกิจกรรม IRB talk ของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ และภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมได้มีการถอดบทเรียน และนำไปเผยแพร่ต่อไป แต่อย่างไรก็ตาม คณะพยาบาลศาสตร์ พบว่า การบูรณาการการจัดการความรู้กับการดำเนินการตามพันธกิจนั้น ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินการยังคงมีความจำกัดอยู่ที่บางภาควิชาฯ หรือเฉพาะบางหน่วยงานเท่านั้น

ในปีงบประมาณ 2554 นี้ คณะฯ ได้ทบทวนและวางแผนการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ใหม่ โดยได้ รวมคณะกรรมการทั้ง 2 ชุด เข้าด้วยกัน และตั้งชื่อใหม่เป็น คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ และได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ต่อไป ซึ่งแผนการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ มุ่งเน้น วัตถุประสงค์หลัก ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาระบบการบูรณาการการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความรู้ การจัดเก็บ และการเผยแพร่ความรู้ทั้งในระดับภายในและภายนอกองค์กร
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ ให้มีความรู้ความสามารถในการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ ในการปฏิบัติงานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการถ่ายทอดและส่งต่อองค์ความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการของคณะพยาบาลศาสตร์
5. เพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
6. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

ณ ปัจจุบันนี้ คณะฯ มีบุคลากรและหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการจัดการความรู้โดยตรง ทำให้ การทำงานของคณะกรรมการฯ เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในปีนี้ได้มี การปรับปรุงเว็บไซต์การจัดการความรู้ใหม่ โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรมากขึ้น โดยบุคลากรสามารถ เขียน blog เพื่อเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้ด้วยตนเอง รวมทั้ง ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลการจัดการกิจกรรมการจัดการความรู้ ต่างๆ อีกด้วย ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ผ่านทาง <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/km>





คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้



รศ.ดร.พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
ที่ปรึกษา



รศ.กัญญา ออประเสริฐ
รองคณบดีฝ่ายนโยบายและแผน
ที่ปรึกษา



อ.ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ
ประธานกรรมการ



ผศ.ดร.นพพร ว่องสิริมาศ
ผู้ช่วยคณบดี
กรรมการ



รศ.พิชมณฑท์ คุ่มทวีพร
กรรมการ



รศ.สุวิมล กิมปี
กรรมการ



ผศ.ดร.นันทวัน สุวรรณรูป
กรรมการ



ผศ.ทัศนีย์วรรณ พลฤกษ์
กรรมการ



อ.จิตติรัตน์ ถาวร
กรรมการ



อ.ดร.วิษชุดา เจริญกิจการ
กรรมการ



อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์
กรรมการ



น.ส.ศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร์
กรรมการ



นางนงนัสสร ลาภณรงค์ชัย
กรรมการและเลขานุการ



น.ส.ชวณันท์ พรหมโชติ
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์

วิสัยทัศน์

คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันการศึกษาชั้นนำทางการพยาบาลระดับประเทศ และนานาชาติ เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาวะแก่สังคม

พันธกิจ

1. ผลิตบัณฑิตที่มีเอกลักษณ์โดดเด่น มีคุณภาพคู่คุณธรรม และมีคุณลักษณะตามค่านิยมองค์กร เป็นพลังทางสติปัญญาในการสร้างเสริมสุขภาวะแก่สังคม
2. สร้างงานวิจัยที่สามารถขึ้นนโยบายระบบบริการสุขภาพของประเทศ และสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาวะแก่สังคม
3. ส่งเสริมการบริการวิชาการที่สะท้อนความเป็นเลิศทางวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์
4. สร้างความร่วมมือกับสถาบันทั้งในและต่างประเทศเพื่อพัฒนาคณะพยาบาลศาสตร์สู่การเป็นสถาบันชั้นนำในระดับประเทศและนานาชาติ
5. ส่งเสริมการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมและประเพณีไทย รวมทั้งบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในการปฏิบัติภารกิจและการดำรงชีวิต

แผนยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างระบบวิจัยและการสร้างองค์ความรู้สู่ความเป็นเลิศ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างระบบการพัฒนานักศึกษาและบัณฑิต
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพสู่สากล
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างความเป็นเลิศในการบริการวิชาการ
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการทุกพันธกิจ
- ยุทธศาสตร์ที่ 6 สร้างศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 7 บูรณาการความหลากหลายทางวิชาการภายใน/ระหว่างภาควิชา
- ยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

แผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้

ยุทธศาสตร์ที่ 8

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาคณะให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้



แผนการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554

แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan) : กิจกรรมการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- เป้าหมาย KM (Desired State) :
1. บูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
 2. ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
 3. รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

หน่วยที่วัดผลได้เป็นรูปธรรม : ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนของภาควิชาและสำนักงาน

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	การกำหนดประเด็นความรู้และเป้าหมายของการจัดการความรู้	- ภาควิชากำหนดประเด็นและเป้าหมายการถอดบทเรียนจากศูนย์ความเป็นเลิศของแต่ละภาควิชา - สำนักงานกำหนดประเด็นและเป้าหมายการจัดการความรู้	ต.ค. 53-พ.ย. 54	มีการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 1 พันธกิจ/ภาควิชา-สำนักงาน	บูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของภาควิชาและสำนักงาน	คณะกรรมการฯ จากภาควิชาและสำนักงาน
2	กำหนดบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาความรู้และทักษะ	- อาจารย์จากแต่ละภาควิชา - บุคลากรสายสนับสนุน	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	อาจารย์จากแต่ละภาควิชา/บุคลากรสายสนับสนุน เข้าร่วมในกิจกรรมอย่างน้อย 5 คน/ภาควิชา-สำนักงาน	บูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของภาควิชาและสำนักงาน	คณะกรรมการฯ จากภาควิชาและสำนักงาน
3	การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ไปสู่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	- ภาควิชาจัดกิจกรรมตามโครงการศูนย์ความเป็นเลิศของแต่ละภาควิชาและถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม - สายสนับสนุนเข้าร่วมกิจกรรม R2R และถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	- ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนอย่างน้อย 1 เรื่อง/ภาควิชา - ได้โครงงานวิจัยสถาบันจากบุคลากรสายสนับสนุนอย่างน้อย 2 เรื่อง	ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ จากภาควิชาและสำนักงาน

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
4	การรวบรวมความรู้และจัดเก็บอย่างเป็นระบบโดยเผยแพร่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge)	จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	มีการจัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์	รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคนฯ	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ
5	การนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริง	นำความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียนไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	มีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 เรื่อง	เผยแพร่องค์ความรู้ของคนฯ	คณะกรรมการฯ จากภาควิชาและสำนักงาน

แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan) : กิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญราชการ

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- เป้าหมาย KM (Desired State) :
1. สร้างวัฒนธรรมองค์กรการถ่ายทอดความรู้ของผู้เชี่ยวชาญราชการ
 2. ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้ของผู้เชี่ยวชาญราชการ
 3. รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

หน่วยที่วัดผลได้เป็นรูปธรรม : ได้องค์ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญราชการ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	การกำหนดประเด็นความรู้และเป้าหมายของการจัดการความรู้	ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อกำหนดประเด็นการถอดบทเรียน/ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญราชการ	ต.ค. 53-พ.ย. 54	ได้ประเด็นการถอดบทเรียนอย่างน้อย 2 เรื่อง	สร้างวัฒนธรรมองค์กรการถ่ายทอดความรู้ของผู้เชี่ยวชาญราชการ	คณะกรรมการฯ
2	กำหนดบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาความรู้และทักษะ	ผู้เชี่ยวชาญราชการปีงบประมาณ 2554 มีดังนี้ 1. รศ.ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร 2. รศ.สุนีย์ สุนทรมีเสถียร 3. รศ.ถนอมขวัญ ทวีบุญ 4. ผศ.วรรณมา คงสุริยะนาวิน 5. ผศ.ถวิล นภาพงศ์สุริยา ----- 6. รศ.วิไล เลิศธรรมเทวี (ต่ออายุ) 7. ผศ.เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (ต่ออายุ) 8. รศ.ยุวดี วัฒนานนท์ (ต่ออายุ)	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	ผู้เชี่ยวชาญราชการเข้าร่วมในกิจกรรมอย่างน้อย 2 คน	สร้างวัฒนธรรมองค์กรการถ่ายทอดความรู้ของผู้เชี่ยวชาญราชการ	คณะกรรมการฯ จาก ภาควิชา ; - กุมารฯ - สูติฯ - รากฐานฯ - จิตเวชฯ - จิตเวชฯ ----- - กุมารฯ - สูติฯ - สูติฯ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
3	การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ไปสู่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับคณะฯ เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้ - ถอดบทเรียน/ความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ	มิ.ย.-ก.ย. 54	- มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อย 1 ครั้ง - ได้องค์ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการอย่างน้อย 1 เรื่อง	- สร้างวัฒนธรรมองค์กรการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ - ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ	คณะกรรมการฯ
		จัดเวทีกิจกรรมในระดับภาควิชา เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	ได้ Explicit Knowledge อาทิ เช่น คู่มือการสอนต่างๆ , สื่อการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ อย่างน้อย 2 เรื่อง	ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ	คณะกรรมการฯ จากภาควิชา
4	การรวบรวมความรู้และจัดเก็บอย่างเป็นระบบโดยเผยแพร่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge)	จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้	มิ.ย.-ก.ย. 54	มีการจัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์	รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ
5	การนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริง	นำความรู้ที่ได้จากผู้เกษียณอายุราชการไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	มีการนำความรู้ที่ได้จากผู้เกษียณอายุราชการไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 เรื่อง	เผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ

แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan) : กิจกรรมสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- เป้าหมาย KM (Desired State) :
1. สร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะพยาบาลศาสตร์
 2. สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะพยาบาลศาสตร์
 3. สร้างวัฒนธรรมองค์การการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
 4. รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

หน่วยที่วัดผลได้เป็นรูปธรรม : ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียน/ความรู้ของกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	การกำหนดประเด็นความรู้และเป้าหมายของการจัดการความรู้	- จัดตั้งกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 1 กลุ่ม/ภาควิชา-สำนักงาน - กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติกำหนดประเด็นและเป้าหมายการจัดการความรู้ของกลุ่ม	ต.ค. 53-พ.ย. 54	- มีกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 1 กลุ่ม/ภาควิชา-สำนักงาน - ได้ประเด็นและเป้าหมายการจัดการความรู้อย่างน้อย 2 เรื่อง	สร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
2	กำหนดบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาความรู้และทักษะ	- อาจารย์ - บุคลากรสายสนับสนุน	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	อาจารย์จากแต่ละภาควิชา/บุคลากรสายสนับสนุน เข้าร่วมในกิจกรรมอย่างน้อย 5 คน/ภาควิชา-สำนักงาน	สร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
3	การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ไปสู่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	- จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน ดังนี้ 1) กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายหลังการดูงาน	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนอย่างน้อย 1 เรื่อง/ภาควิชา-สำนักงาน	- สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ - สร้างวัฒนธรรมองค์การของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ	คณะกรรมการฯ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
		<p>2) กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน</p> <p>3) กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน</p> <p>4) กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาควิชา ทั้ง 7 ภาควิชา</p> <p>- ถอดบทเรียน/ความรู้จากการจัดกิจกรรม</p>				
4	การรวบรวมความรู้และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ โดยเผยแพร่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge)	จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	มีการจัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์	รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ
5	การนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริง	นำความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียนไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง	ธ.ค. 53-ก.ย. 54	มีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 เรื่อง	เผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ



ส่วนที่ 2

กิจกรรมการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554



กิจกรรมที่ 1

การบูรณาการจัดการความรู้กับการ
ดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ

การอบรมเรื่อง ถอดบทเรียน :
จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ



ถอดบทเรียน : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ

นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมอบรมถอดบทเรียน ในหัวข้อ “ถอดบทเรียน : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ” เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2554 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้อง 508 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้บุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการถอดบทเรียน และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการถอดบทเรียน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้คณะฯ ก้าวไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไป สำหรับบรรยากาศการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ เป็นไปอย่างสบายๆ และมีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล ได้กล่าวถึงประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ว่า จะเป็นการชวนคิด ชวนคุย และชวนทำใน 4 ประเด็นหลัก คือ

บทเรียน/ การถอดบทเรียน

1. คืออะไร
2. สำคัญอย่างไร
3. ควรทำเมื่อใด
4. ทำอย่างไร

เรื่องเล่าเร้าพลัง

วิทยากรได้ชักชวนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คิดว่าในชีวิตเราที่ผ่านมา มีบทเรียนอะไรบ้าง (2 นาที)

โดย ขอให้นึกถึงบทเรียนที่สำคัญ

ทำไมจึงคิดว่าสิ่งนั้นเป็นบทเรียนของเรา

เราได้สิ่งที่เรียกว่าบทเรียนนั้นมาได้อย่างไร

สรุปว่า บทเรียน คืออะไร

และขอให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมแสดงความคิดเห็น

ซึ่งบทสรุปพบว่า บทเรียน (Lesson Learned) คือ ความรู้ที่เป็น “ข้อค้นพบใหม่” เพราะหากเป็นความรู้ที่มีอยู่แล้ว เราไม่จำเป็นต้องถอดบทเรียนก็ได้ คำว่า “ใหม่” นี้ มาจากการเรียนรู้/ประสบการณ์ (จากการทำงานจริง)

คำถามก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

- ลักษณะการนั่งฟังและนำมาสกัดแล้วนำสิ่งนั้นมาเขียนในใบบทเรียนหรือไม่

ตอบ บทเรียนเป็นสิ่งที่ฝังอยู่กับตัวเรา การอ่านและจำแล้วนำมาเล่าอาจยังไม่ใช่บทเรียน แต่หากมีการตกผลึกทางความคิด จนซึมซับสู่ตัวเราแล้วทำให้เราสามารถถ่ายทอดออกมาได้ เรียกว่าเป็นบทเรียน



บทเรียน/ การถอดบทเรียน คืออะไร?

“บทเรียน” เป็นสิ่งที่อธิบายว่า “ทำไมถึงเกิด” “ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น” ซึ่งเป็นการอธิบายเหตุการณ์และเงื่อนไขที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงแค่เรื่องเล่า แต่ต้องมีคำอธิบายที่มีคุณค่า และสามารถนำไปปฏิบัติต่อได้ ซึ่งบทเรียนจะช่วยให้ไม่กระทำผิดซ้ำ โดยบทเรียน มีด้วยกัน 2 รูปแบบ คือ บทเรียนทางลบ เช่น บทเรียนจากความล้มเหลว และบทเรียนทางบวก ซึ่งบทเรียนที่ดีจะทำให้เรายกเป้าหมายการทำงานของเราให้สูงขึ้น และสิ่งสำคัญของบทเรียนคือ ทำให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการ “เกิดการเรียนรู้”

ตัวอย่างบทเรียนจากการทำงาน เช่น

- ถ้าคณะทำงานทุกระดับเข้าใจเป้าหมายของโครงการร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น แล้วโครงการจะมีความก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็วมาก ซึ่งทำให้เห็นภาพของคำว่า “if...then”

- ถ้าได้คนที่ทำงานโดยตรงเข้าร่วมการถอดบทเรียน จะทำให้ได้บทเรียนที่ตรงตามความเป็นจริงและสามารถนำไปใช้ได้ดี คือเป็นบทเรียนจากการถอดบทเรียน

☆ **ซึ่งบทเรียนที่ดี** ต้องมีการตีความได้ตรงกับความเป็นจริง และบทเรียนที่มีคุณค่า คือ บทเรียนของเรา แต่คนอื่นสามารถนำไปใช้ได้

บทเรียน/ การถอดบทเรียน สำคัญอย่างไร ?

☆ สิ่งที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการทำงาน คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีคิด ระบบคุณค่า

การเรียนรู้ (Learning) คือ การรับรู้ (Reception) ความเข้าใจ (Comprehension) โดยเชื่อมโยงจากสิ่งที่รับรู้กับความรู้เดิมของเรา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transformation) ถือเป็นสิ่งสำคัญของการเรียนรู้

การถอดบทเรียน (Lesson Learned) เป็นทั้งแนวคิดและเครื่องมือเพื่อสร้างการเรียนรู้ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งของการจัดการความรู้ โดยเป็นกระบวนการดึงเอาความรู้จากการทำงานออกมาใช้เป็นทุนในการทำงานเพื่อยกระดับให้ดียิ่งขึ้น **การถอดบทเรียน** จึงเป็นการสกัดความรู้ที่มีอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) ออกมาเป็นบทเรียน/ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) **ซึ่งผลที่ได้จากการถอดบทเรียน** ทำให้ได้บทเรียนในรูปแบบชุดความรู้ (ที่เป็นรูปธรรม) และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้าร่วมกระบวนการ อันนำมาซึ่งการปรับวิธีคิด และเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่สร้างสรรค์และมีคุณภาพยิ่งขึ้น

ลักษณะของบทเรียน สามารถจำแนกตามบุคคล/กลุ่ม/โครงการ ได้แก่ บทเรียนของปัจเจก บทเรียนของกลุ่ม/ทีมงาน บทเรียนของโครงการ **จำแนกตามระยะเวลา** ได้แก่ บทเรียนที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อจบเหตุการณ์ บทเรียนที่เก็บสะสมข้อมูลในอดีต และ**จำแนกตามเนื้อหา** ได้แก่ บทเรียนเชิงประเด็น บทเรียนทั้งโครงการ

☆ บทเรียนในแต่ละลักษณะ จะมีเทคนิคและการใช้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และการถอดบทเรียนตามแนวคิดแบบดั้งเดิมและแบบร่วมสมัย มีข้อแตกต่างกันดังนี้

แบบดั้งเดิม การเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้ว มีการแสวงหาความล้มเหลวเพื่อเป็นบทเรียน มีการประชุมวางแผนหลังเกิดเหตุการณ์ ทบทวนตลอดกระบวนการ มีการรายงานสรุปและข้อเสนอแนะ และให้ความสำคัญกับผลงานในอดีต



แบบร่วมสมัย การเรียนรู้เกิดขึ้นตลอดโครงการ มีการวางแผนดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย มีการประชุมวางแผนก่อนเกิดเหตุการณ์ ทบทวนเฉพาะจุดเน้นที่สำคัญสำหรับการดำเนินงานไปข้างหน้า และให้ความสำคัญกับการวางแผนเพื่อความสำเร็จในอนาคต

บทเรียน/ การถอดบทเรียน ควรทำเมื่อใด ?

การถอดบทเรียน สามารถกระทำได้ 3 ช่วง คือ

1. ถอดบทเรียนก่อนดำเนินการ เป็นการเรียนรู้ก่อนที่จะเกิดข้อผิดพลาด
2. ถอดบทเรียนระหว่างดำเนินการ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน
3. ถอดบทเรียนหลังดำเนินการ เป็นการเรียนรู้เพื่อการดำเนินงานในครั้งต่อไป

วิธีวิทยาการถอดบทเรียน ประกอบด้วย

* การถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist - PA)

เป็นการเรียนรู้ก่อนการทำกิจกรรม โดยเป็นการเรียนรู้จากเขา เขาเรียนรู้จากเรา ทั้งเราและเขาเรียนรู้ร่วมกัน และสิ่งที่เราร่วมกันสร้าง (เกิดความรู้ใหม่) โดยมีลักษณะเป็นการประชุม/ประชุมเชิงปฏิบัติ

* การถอดบทเรียนแบบเล่าเรื่อง (Story Telling)

เป็นการเรียนรู้ก่อนหรือระหว่างทำกิจกรรม ด้วยการให้ผู้มีความรู้จากการปฏิบัติ ปลดปล่อยความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวออกมาแลกเปลี่ยนความรู้ โดยผู้เล่าจะเล่าความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ในตัวที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งผู้ฟังสามารถตีความได้โดยอิสระ และเมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนผลการตีความแล้ว จะทำให้ได้ความรู้ที่สามารถบันทึกไว้เป็นชุดความรู้ ซึ่งการถอดบทเรียนในลักษณะนี้ จะเป็นการสกัดความรู้จากเรื่องที่เล่าออกมา ว่ามีคุณค่าและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างไร ไม่ใช่เป็นเพียงการเล่าเรื่องในอดีต

* การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR)

ที่มาของ AAR นั้น มาจากกองทัพสหรัฐฯ โดยเกิดจากการนำผลการรบมาปรับปรุงเพื่อการรบครั้งต่อไป ดังนั้น AAR จึงเป็นการจับความรู้ที่เกิดขึ้นสั้นๆ ภายหลังจากทำกิจกรรม แล้วนำไปสู่การวางแผนในครั้งต่อไป ทำให้คนทำรู้สึกตื่นตัวและมีความรู้สึกผูกพันกับงาน โดยโครงการ/กิจกรรมที่ทำครั้งเดียวแล้วจบ ไม่จำเป็นต้องทำ AAR ซึ่งรูปแบบการทำ AAR สามารถดำเนินการได้ทั้งระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อปรับปรุง/แก้ไขระหว่างการทำงาน หรือ “การทำไป คิดไป แก้ไขไป” และภายหลังสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมเพื่อนำไปวางแผนกิจกรรมครั้งต่อไป

ค่าน้ำหนักความสำคัญในการถอดบทเรียน AAR ประกอบด้วย

1. ภาพความสำเร็จอะไรที่คาดหวัง, สิ่งที่เกิดขึ้นจริง ร้อยละ 25
2. ทำไมจึงเกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้น/มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด (คือการวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัย) ร้อยละ 25
3. เราจะทำอะไรต่อไปให้ดีขึ้น/ข้อเสนอแนะที่เจาะจง สามารถนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 50 (ได้บทเรียน)

ข้อเสนอแนะที่เจาะจงและปฏิบัติได้ (Specific Actionable Recommendation: SARs) หมายถึง ชุดข้อความที่แสดงถึงการที่ทีมงานได้นำสิ่งที่เรียนรู้มาพัฒนากิจกรรม เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานครั้งต่อไป ซึ่งควรเป็น



ข้อเสนอแนะที่ระบุถึงลักษณะที่ต้องแก้ไข และวิธีการแก้ไขที่เป็นรูปธรรม โดยทีมงานทุกคนต้องเข้าใจตรงกัน ต่อข้อเสนอแนะนั้นๆ และข้อเสนอแนะเหล่านั้นจะถูกนำไปบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการในครั้งต่อไป

สิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้นใน AAR คือ การวิพากษ์วิจารณ์หรือวินิจฉัยว่าใครถูกใครผิด เพราะถือว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมของกลุ่ม การทำ AAR ไม่ใช่การบ่นหรือวิเคราะห์ในทุกประเด็น แต่เป็นการคุยที่มีเป้าหมายและให้บทเรียนกับทีมงาน และบรรยากาศในการทำ AAR ต้องไม่ทำลายคุณค่าของสมาชิกในทีมงาน

AAR ควรมีองค์ประกอบ คือ ผู้อำนวยการกระบวนการเรียนรู้ (Facilitators) ทีมงานทุกคนได้ทำกิจกรรมร่วมกัน (ตัวจริง) คำถามหลักเพื่อการอภิปราย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอที่เฉพาะเจาะจงและปฏิบัติได้ รวมถึงบรรยากาศต้องสบายๆ ไม่เครียด พร้อมทั้งต้องมีการรักษาความลับและสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ประโยชน์จากการทำ AAR คือ ทำให้เกิดความชัดเจนในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม/โครงการ มีความเชื่อมโยงเหตุและปัจจัยต่างๆ เข้าด้วยกัน ได้ข้อเสนอในการปรับปรุงการปฏิบัติงานครั้งต่อไป เกิดนวัตกรรมในการทำงาน ช่วยรักษาเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ/องค์กรไว้ เกิดการพัฒนาศักยภาพของทีมงาน on the job training สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม และสร้างความรู้สึกร่วมกันและผูกพันต่อทีมงาน

* การถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Retrospect)

เป็นการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ โดยเป็นการรวบรวมความรู้ในระยะเวลาสำหรับคณะทำงานเพื่อการมองไปในอนาคต และทำทันทีที่เสร็จสิ้นกิจกรรม หรือ “เมื่อจบสงคราม มิใช่เมื่อสิ้นสุดการโจมตีแต่ละครั้ง”

ประโยชน์ของ Retrospect คือ มีปรัชญาการทำงานที่ว่า “ทุกครั้งเราทำอะไรซ้ำ เราควรทำให้ดีกว่าครั้งสุดท้าย” เป็นการช่วยให้ผู้อื่นทำงานของเขาให้ดีขึ้น (เป็นการเรียนลัด) และเป็นการสร้างการเรียนรู้

ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย คณะทำงาน ผู้อำนวยการกระบวนการเรียนรู้ ผู้ที่ใช้ความรู้ในอนาคต

วิธีการทำ Retrospect คือ การทบทวนแผนและกระบวนการทั้งหมด แล้วทำการตั้งคำถามว่าเราจะดำเนินการต่อไปให้ดีขึ้นอย่างไร ด้วยวิธีใด ทำให้เป็นที่พอใจได้อย่างไร และทำการบันทึกข้อเสนอที่เจาะจงและสามารถนำไปปฏิบัติได้ (SARs)

* การถอดบทเรียนจากวิธีปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Good/ Best Practice)

เป็นแนวคิดที่ก่อตัวจากทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Learning by doing) เป็นแนวคิด (Approach) มิใช่เป็นเพียงเครื่องมือ (Tool) **แนวคิดหลัก**จะเกี่ยวข้องกับคำว่า “**คุณภาพ (Quality)**” ที่ถูกนิยามด้วยการทำสิ่งที่ถูกต้องและปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมตกลงร่วมกันในวัตถุประสงค์ รายละเอียด และเกณฑ์ที่ใช้ แต่ละกลุ่มนำเสนอโครงการ ผลการดำเนินงานของตนเอง กลุ่มช่วยกันสรุปกระบวนการทำงานในแต่ละขั้นตอนของโครงการที่จะให้ประสบผลสำเร็จ ขั้นตอนที่ต้องการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อหาส่วนที่ดีที่สุด เน้น “How to”

* การถอดบทเรียนจากการประเมิน

* ฯลฯ



หัวใจหลักของการถอดบทเรียน

ต้องมีการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) โดยมีผลประโยชน์ร่วมกัน (Mutual Benefit) มีความไว้วางใจทั้งตนเองและผู้อื่น (Trust) และมีการเรียนรู้ (Learning)

วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมดูภาพยนตร์ (5 นาที) และได้บทสรุปว่า ภาพยนตร์ที่ดูเป็นเรื่องเกี่ยวกับการฝึกซ้อมรบของกองทัพสหรัฐ ซึ่งเป็นตอนที่เกิดความผิดพลาดขึ้นจากการซ้อมรบ โดยในฉากเป็นการเรียนรู้ภายหลังการปฏิบัติ (AAR) ร่วมกันของผู้ซ้อมรบ ด้วยการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดด้วยตนเองของผู้ที่ทำผิดพลาด

บทเรียน/ การถอดบทเรียน ทำอย่างไร ?

ขั้นตอนโดยทั่วไปของการถอดบทเรียน (ในทุกวิธีวิทยา) มีดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์
2. ออกแบบและวางแผน
3. ดำเนินการถอดบทเรียน
4. สื่อสาร เผยแพร่ผล องค์ความรู้จากบทเรียน
5. ติดตามผลการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

ตัวละครที่สำคัญในการถอดบทเรียน

*** ผู้จัดการงาน/ผู้ประสาน หรือเรียกว่า “คุณเอื้อ”**

มีบทบาทสำคัญในการประสานงาน และสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และประโยชน์ รวมถึงวัน เวลา สถานที่ของการจัดกิจกรรมถอดบทเรียนให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

*** ผู้ร่วมถอดบทเรียน หรือเรียกว่า “คุณกิจ”**

เป็นเจ้าของความรู้ และภูมิปัญญาที่ต้องการรวบรวมไว้เป็นบทเรียน และเป็นกลุ่มคนที่จะนำบทเรียนและข้อเสนอแนะที่ได้ไปปฏิบัติ ดังนั้น บุคคลที่จะมาร่วมถอดบทเรียนจะต้องเป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ และมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการจะถอดเป็นความรู้ ซึ่งหลักการของผู้เข้าร่วมกลุ่มควรเป็นบุคคลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน แต่มีความหลากหลายทางความคิด และไม่ควรเกินกลุ่มละ 10 คน

*** ผู้อำนวยการความสะดวก หรือเรียกว่า “คุณอำนวย” “คุณ Fa (Facilitator)”**

มีบทบาทสำคัญในการสร้างบรรยากาศการพูดคุย ที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกและต้องสามารถจับประเด็นเป็น และดึงความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวผู้เข้าร่วมให้ผู้เข้าร่วมคนอื่นๆ ได้เรียนรู้ และร่วมแลกเปลี่ยนได้ และมีหน้าที่ทำให้ผู้เข้าร่วม “เรียนรู้จากคำตอบ” มิใช่เป็นเพียงการทำหน้าที่ “แค่คำตอบ” ซึ่งควรเป็นบุคคลภายนอกโครงการ (ถ้าเป็นไปได้) ที่มีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการถอดบทเรียนและประเด็นที่จะถอดบทเรียนและมีความเป็นกลาง



โดย ผู้อำนวยการความสะอาดที่เข้าใจกระบวนการ เรียกว่า Process Facilitator
ผู้อำนวยการความสะอาดที่เข้าใจกระบวนการและรู้ประเด็นที่จะถอด เรียกว่า Learning Facilitator
ผู้อำนวยการความสะอาดที่เข้าใจกระบวนการ รู้ประเด็นที่จะถอด และมีความเป็นกลาง เรียกว่า Policy Facilitator

* ผู้ช่วยผู้อำนวยการความสะอาด

เป็นผู้ช่วยจับประเด็นและดึงประเด็น รวมถึงการตั้งคำถาม โดยผู้ช่วยผู้อำนวยการความสะอาดในการถอดบทเรียนควรเป็นคนภายในโครงการที่มีความสนใจในกระบวนการถอดบทเรียน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของคนในโครงการให้สามารถทำกระบวนการถอดบทเรียนได้ในอนาคต รวมถึงความต่อเนื่องในการถอดบทเรียน

* ผู้บันทึกบทเรียน หรือเรียกว่า “คุณลิขิต”

มีบทบาทสำคัญในการเก็บ รวบรวม และสังเคราะห์เป็นเอกสารเพื่อเผยแพร่ต่อไป ซึ่งผู้บันทึกบทเรียนจะต้องมีทักษะในการเขียนสรุป และสังเคราะห์ได้

จุดอ่อนของการถอดบทเรียนและการประยุกต์ใช้

1. เป็นการดำเนินการโดยไม่มีระบบ ไม่มีโครงสร้าง จึงได้ความรู้เป็นส่วนๆ ไม่สามารถเชื่อมโยงในเชิงระบบได้
2. มีสำนึกของการ “หวงวิชา” ไม่ยอมถ่ายทอด รวมทั้งกลุ่มก็ไม่เห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนเพิ่มพูนความรู้ซึ่งกันและกัน
3. เกิดภาวะ “ความรู้ท่วมหัวเอาตัวไม่รอด” ไม่สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ท่วมท้นออกมาใช้ประโยชน์ได้ ดังนั้น ระบบคิดจึงเป็นสิ่งสำคัญ
4. ขาดการแลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้ จึงทำให้มีการทำงานซ้ำ (ผิดซ้ำ)
5. การตัดสินใจดำเนินการไม่ได้ใช้ความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียน
6. ต้องเกิดการเรียนรู้จากบทเรียน มิใช่ “เลียนแบบ”

ประโยชน์จากการถอดบทเรียน

ในระยะสั้น ทำให้เกิดการปรับปรุงเทคนิคการทำงาน การถอดบทเรียนจะเป็นกระบวนการกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานไปในทิศทางเดียวกัน แนวทางการทำงานปรับเปลี่ยนได้ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโครงการ ชุมชน สังคม และทำให้ผลการดำเนินงานโครงการดีขึ้น

ในระยะกลาง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำงานและการเผชิญปัญหามากขึ้น และเกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้เห็นพัฒนาการที่ดีขึ้นของโครงการ ภายหลังจากการนำบทเรียนไปปรับใช้

ในระยะยาว ทำให้เกิดต้นแบบการทำงานที่ดี (Best Practice) เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดความเข้าใจปัญหาการทำงานอย่างเป็นระบบ และเกิดการพัฒนาศาสตร์การทำงานในระยะต่อไป



วิทยากรได้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งกลุ่มตามความสมัครใจ แล้วให้ร่วมกันถอดบทเรียนใน 4 หัวข้อ คือ

1. สิ่งที่เรากำหนด/คาดหวังไว้ว่าจะให้เกิดขึ้น (ภาพความสำเร็จ) คืออะไร (10 นาที)
2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไรบ้าง (10 นาที)
3. ทำไมสิ่งที่เกิดขึ้นจริงจึงแตกต่างไปจากสิ่งที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้น
สิ่งที่เราทำได้ดีคืออะไร ทำไมจึงทำได้ดี (20 นาที)
4. ในการทำกิจกรรมต่อไป เราจะทำสิ่งใดที่ดีขึ้นหรือแตกต่างไปจากเดิมบ้าง (30 นาที) (ต้องให้ได้ข้อเสนอแนะที่เจาะจงและสามารถปฏิบัติได้)

โดยกิจกรรมนี้มี**มิกติก**กาอยู่ว่า ทุกคนมีความเท่าเทียมกันในกระบวนการถอดบทเรียน ไม่บ่นปัญหา ไม่หาคนผิด ไม่ตำหนิ ไม่วิจารณ์ แต่สามารถแสดงเหตุผลบนหลักฐานข้อเท็จจริงที่เห็นต่างกันได้ สิ่งที่กำลังถอดบทเรียนเป็นของกลุ่ม/ ทีมงาน/ โครงการ มิใช่ของปัจเจก และให้ครุ่นคิด สะท้อนกลับให้มากๆ

จากนั้น ตัวแทนของแต่ละกลุ่มได้นำเสนอ Output ที่ได้จากกิจกรรมการถอดบทเรียน ซึ่ง Output ของกิจกรรมในครั้งนี้ หมายถึง “กระบวนการ” โดยสามารถ**สรุปข้อคิด/ปัญหา**ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำกลุ่ม ได้ดังนี้

1. ปัญหาการมองประเด็นไม่ออก เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ
2. เป็นการถอดบทเรียนในเรื่องที่เป็นปัญหาของทุกคนในกลุ่ม
3. เมื่อมีปัญหาในเรื่องการบ่น ปัญหาเรื่องส่วนตัว เป็นหน้าที่ของ Facilitator ที่ต้องดึงกลับเข้าประเด็น โดยต้องหา Facilitator ที่สามารถดึงประเด็นเวลาผู้เข้าร่วมกลุ่มหลงประเด็นได้
4. ไม่ใช่เป็นเพียงการสรุปจากสิ่งที่เขาพูด แต่ต้องดึงเอาประเด็นที่อยู่ลึกกว่านั้นออกมา
5. ปัญหากลุ่มขนาดใหญ่ ทำให้บางคนไม่ได้แสดงความคิดเห็น
6. ใช้ความรู้สึกมากกว่าข้อเท็จจริงในปัญหาเรื่องนั้นๆ
7. ยังไม่ได้มีการถอดออกมาเป็นความรู้ใหม่

จากการนำเสนอ ทำให้ได้**ข้อคิด** ดังนี้

1. ในการเข้ากลุ่ม รูปแบบการนั่งเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการนั่งซ้อนกัน จะทำให้ผู้เข้าร่วมที่อยู่ด้านหลังพูดน้อยลง
2. ต้องมีการเตรียมประเด็นมาล่วงหน้า
3. ถ้าเป็นประเด็นที่กระทบกับบุคคล เขาจะมีความสนใจและเข้าร่วมมากขึ้น
4. ต้องมองเป้าหมายเป็นสำคัญ
5. ฝึกการคิดให้เยอะๆ จะทำให้ได้สิ่งต่างๆ ที่อยู่ในตัวออกมา

คำถามจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ลักษณะของ Focus group แตกต่างจากการถอดบทเรียนหรือไม่ อย่างไร
ตอบ การถอดบทเรียน เป็นทั้งแนวคิดและเครื่องมือเพื่อสร้างการเรียนรู้ ส่วน Focus group เป็นเทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ



สำหรับกิจกรรมการถอดบทเรียนในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เกี่ยวกับประเด็นการเรียนรู้ ทั้ง 4 ประเด็น กล่าวคือ บทเรียน/ การถอดบทเรียนคืออะไร สำคัญอย่างไร ควรทำเมื่อใด และทำอย่างไร ซึ่งคงจะเป็น ประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การเกิดองค์ความรู้ใหม่ต่อไป



การบูรณาการจัดการความรู้กับ
ศูนย์ความเป็นเลิศของภาควิชา

ภาควิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวชศาสตร์



การอบรมซาร์เทียร์

อ.ฉินรัตน์ ถาวร ผู้ลิขิต

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “การอบรมซาร์เทียร์” เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2554 เวลา 9.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 801/1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และอาจารย์ อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และอาจารย์ อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการเข้าอบรมซาร์เทียร์ และได้มีการนำรูปแบบของ SATIR TRANSFORMATIONAL SYSTEM THERAPY ที่วิทยากรได้ฝึกปฏิบัติในการอบรมเพื่อใช้ในการบำบัดผู้ป่วยมาเผยแพร่ให้กับผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้และร่วมกันแลกเปลี่ยน โดยหลังจากการบรรยายก็ได้จัดให้มีกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้กับตนเองและผู้อื่นรวมทั้งผู้ป่วยได้

SATIR TRANSFORMATIONAL SYSTEM THERAPY เป็นรูปแบบของการบำบัดโดยให้ประเมินตนเองและผู้อื่น โดยตัว TRANSFORMATION จะต้องมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ Life energy, Positive directional, Internal resource โดยในตัว Internal resource จะประกอบไปด้วย Unpredictable ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้เกิด Reaction (อารมณ์ต่างๆ) ขึ้น โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เรียกว่า survival จากนั้นจะมีการแปลความหมายของอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ (Meaning) เพื่อให้เกิดการตัดสินใจ (Decision) ที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา สำหรับตัวที่จะใช้ในการประเมินตนเองและผู้อื่น คือ อุปลักษณ์ภูเขาน้ำแข็งของบุคคล (PERSONAL ICEBERG METAPHOR) โดยเริ่มจากจุดยอดสุดของภูเขาน้ำแข็ง คือ พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำ เรื่องราวความเป็นไปต่างๆ ระหว่างขั้นนี้กับจุดยอดสุดของภูเขาน้ำแข็งจะมีรูปแบบการรับมือ (Coping stance) คั่นอยู่ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป ถัดมาคือ ความรู้สึก (Feelings) เป็นสิ่งที่คนเราครอบครองมันอยู่เพราะฉะนั้นเราสามารถจัดการกับมันได้ เช่น ซื่นซมยินดี ตื่นเต้น โกรธ เจ็บ เศร้า เสียใจ ฯลฯ ถัดมาคือ ความรู้สึกเกี่ยวกับความรู้สึก (Feelings about feelings) คือการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการตัดสินใจในสิ่งที่เราได้ทำลงไปแล้ว เช่น โมโหแล้วทะเลาะกับเพื่อน เมื่อนึกถึงการกระทำที่ทำลงไปเรารู้สึกว่าไม่น่าทำ ไม่น่าที่จะไปทะเลาะกับเพื่อนเลย คือเสียใจหรือรู้สึกผิดกับสิ่งที่ได้ทำลงไป เป็นต้น ถัดมาคือ การรับรู้ (Perception) เช่น ความเชื่อ สมมติฐาน ความเป็นจริงสำหรับบุคคล ความคิด แนวคิด ค่านิยม ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยกทั้งสิ้น ถัดมาคือ ความคาดหวัง (Expectation) ทั้งของตนเอง ของผู้อื่น และจากผู้อื่น ถัดลงมาอีกคือ ความโหยหา (Yearning) เช่น ความรัก การยอมรับ การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความสร้างสรรค์ การเกี่ยวข้องสัมพันธ์ เสรีภาพ ฯลฯ และสุดท้าย ฐานล่างสุดของภูเขาน้ำแข็ง คือ ตัวตน (I am) หมายถึง จิตวิญญาณ วิญญาณ พลังชีวิตสาระ แก่น การเป็นอยู่ ซึ่งเป็น Internal resource

สำหรับรูปแบบการรับมือ (Coping stance) คือ สิ่งที่เรานำมาประเมินตนเอง และผู้อื่น เพื่อทำให้เรานั้นมีความเข้าใจในตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ลักษณะ คือ Placating (สมยอม) Blaming (ตำหนิ) Superreasonable (ใช้เหตุผลแบบล้าลึก) Irrelevant (เฉไฉ) Congruent (สมดุล) ปกติที่เราใช้กันจริงๆ จะมีเพียง 4 ลักษณะ คือ



- Placating (สมยอม) เป็นคนลักษณะที่มุ่งให้คนอื่นตลอดเวลา ไม่สนใจตนเอง
(Internal resource → ใส่ใจ เอื้ออาทร ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น)
- Blaming (ตำหนิ) เป็นคนลักษณะที่คอยกล่าวโทษ โกรธง่าย ขาดความรู้สึก คาดหวังกับผู้อื่นเสมอ
(Internal resource → ยืนหยัดในความคิดตนเอง เป็นผู้นำ)
- Superreasonable (ใช้เหตุผลแบบล้าลึก) เป็นคนลักษณะที่ไม่แสดงออกถึงอารมณ์ ไม่สนใจผู้อื่น สัมผัสอารมณ์ยาก ใช้แต่เหตุผล แต่เป็นคนอ่อนไหวง่าย โดดเดี่ยว
(Internal resource → มีสติปัญญา มีเหตุผล)
- Irrelevant (เฉไฉ) เป็นคนลักษณะที่ไม่สนใจอะไรเลย หลีกเลียงเรื่องส่วนตัวที่กระทบกับความรู้สึก
(Internal resource → อารมณ์ขัน ยืดหยุ่น มีไหวพริบ)

หลังจากที่ได้บรรยายเพื่อทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจที่ชัดเจนแล้ว วิทยากรทั้ง 2 ท่าน ยังจัดกิจกรรม workshop เล็กๆ ให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้มีโอกาสดำลองประเมินบุคลิกภาพของแต่ละคนว่ามีลักษณะของบุคลิกภาพแบบใด ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้จริง





ประสบการณ์การให้บริการการปรึกษาเด็กและผู้ปกครอง

อ.กลิ่นชบา สุวรรณรงค์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “ประสบการณ์การให้บริการการปรึกษาเด็กและผู้ปกครอง” เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 711 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีอาจารย์ในภาควิชาทุกท่านที่ไปให้คำปรึกษาโรงเรียนกรุงเทพคริสเตียนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เนื่องจากมีอาจารย์หลายท่านในภาควิชา ได้มีโอกาสไปให้บริการการปรึกษาแก่ผู้ปกครองและเด็กโรงเรียนกรุงเทพคริสเตียน การเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดขึ้นในครั้งนี้เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการที่อาจารย์แต่ละคนได้พบเจอปัญหาต่างๆ จากการให้การบริการปรึกษา เพราะแต่ละคนอาจได้ case ที่แตกต่างกันออกไป และยังมีอาการที่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นแตกต่างกันด้วย การที่ได้มีโอกาสร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในครั้งนี้จะเป็นตัวช่วยอีกทางหนึ่งสำหรับการที่จะไปให้การบริการการปรึกษาในครั้งต่อไป ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการคือใคร?

พ่อหรือแม่ พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็ก ครอบครัว ญาติ นักเรียน กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้ปกครองนักเรียน

2. ปัญหาที่มารับบริการได้แก่เรื่องใด

- การเรียน เช่น เรียนไม่ทันเพื่อน ไม่รับผิดชอบ ผลการเรียนต่ำ LD
- พฤติกรรม เช่น ดุด่าเบี่ยงเบนทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย/มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การแสดงอารมณ์ทางเพศไม่เหมาะสม ความต้องการทางเพศสูง ก้าวร้าว อายุไม่กล้าแสดงออก ชอบโกหก การขาดระเบียบวินัย
- ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เช่น โกรธ
- สุขภาพจิต เช่น ADHD ความเครียดของผู้ปกครอง หูแว่ว
- สุขภาพกาย เช่น ท้องผูก ภูมิแพ้ อ้วน ปวดท้อง
- ปัญหาครอบครัว เช่น ความขัดแย้งในการเลี้ยงดู สัมพันธภาพ
- ความคาดหวังของผู้ปกครอง เช่น คาดหวังในตัวเด็กสูงกว่าศักยภาพของเด็ก

3. แนวทางหรือวิธีการในการให้คำปรึกษาในแต่ละปัญหา

1) การประเมิน

- ประเมินการรับรู้ผู้ปกครอง/ครูในการสังเกตพฤติกรรม ความคิดที่ไม่เหมาะสม การเลี้ยงดู
- ประเมินความคิด คำพูด และพฤติกรรมเด็กนักเรียนตามวัยและพัฒนาการเด็ก บุคลิกภาพ
- ประเมินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการยอมรับของกลุ่มเพื่อน

2) รับฟัง และให้คำแนะนำ

3) แนะนำวิธีการปรับพฤติกรรม การเสริมแรงทางบวก ทางลบ

4) ประสานงานกับครูแนะแนวและส่งต่ออาการเพื่อให้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5) แนะนำการส่งต่อรับการรักษาจากแพทย์



สรุปแนวทางหรือวิธีการในการให้คำปรึกษาในแต่ละปัญหา

- 1) ประเมินปัญหา สร้างความตระหนักรู้ในปัญหา สาเหตุ มีวิธีแก้อย่างไร ชวนมองให้รอบด้าน
- 2) เลือกรูปวิธีการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาแต่ละบุคคล
- 3) ส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

4. ผลของการให้การปรึกษา

- จากการประเมินผลภายหลังการให้คำปรึกษา โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ปกครองพึงพอใจ
- สอบถามผลลัพธ์การให้คำปรึกษาจากครูแนะแนว/ผู้ปกครอง

5. สิ่งที่ได้เรียนรู้และแนวทางการพัฒนาการให้การปรึกษาต่อไป

- case ที่ต้องติดตามต่อเนื่องต้องมีการประสานกับครูแนะแนวเพื่อนัดหมายการติดตามผลต่อไป
- มีการทบทวนความรู้ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การให้คำปรึกษาต่อเนื่อง

การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงาน
ของงานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย

กิจกรรม R2R



โครงการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) / วิจัยสถาบัน

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ/นางสาวศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย สำนักงานวิจัยและบริการวิชาการ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ชื่องาน “ศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุน” สำหรับการจัดประชุมในวันนี้จะเป็นการแนะนำ ทำความรู้จักกับ “โครงการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ (R2R)/ วิจัยสถาบัน” โดยมีนายอัครเดช เกตุฉำ นางสาวศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร และนางสาวเบญจวรรณ บุญณรงค์ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อวันศุกร์ที่ 7 มกราคม 2554 ณ ห้อง 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรยากาศการพูดคุยในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ โดยนายอัครเดช เกตุฉำ ได้กล่าวถึงประเด็นของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) / วิจัยสถาบัน โดยนำเสนอความคาดหวังของศูนย์วิจัยทางการแพทย์ และการสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงานของบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งมีประเด็นที่นำเสนอในวันนี้ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. โครงการวิจัยสถาบัน ถือเป็นโครงการเชิงรุกของหน่วยงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรสายสนับสนุน คณะพยาบาลศาสตร์สามารถพัฒนางานวิจัยจากงานประจำได้ และสอดคล้องกับความต้องการของคณะฯ และมหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้ เพื่อต้องการให้บุคลากรสายสนับสนุนขอตำแหน่งทางวิชาการของสายสนับสนุนเพื่อความก้าวหน้าในสายงานได้

2. ความหมายของการวิจัยสถาบัน โดยการวิจัยสถาบัน หมายถึง กระบวนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภารกิจขององค์กรเพื่อให้ได้คำตอบที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้สำหรับการกำหนดแผนหรือนโยบายขององค์กร และ/หรือสำหรับการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการบริหารงานขององค์กร โดยการใช้งานวิจัยเพื่อหาความรู้/ข้อเท็จจริงเพื่อการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนางาน

3. หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยสถาบัน มีประเด็นที่ต้องพิจารณา ดังนี้

- ประเด็นที่ทำวิจัยต้องเกี่ยวข้องกับงานในภาระหน้าที่ของหน่วยงาน ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก หากต้องการความก้าวหน้าในสายงาน จะต้องทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานประจำเป็นหลัก

- ผลของการศึกษาวิจัยจะต้องใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อกำหนดแผนหรือนโยบายขององค์กร และ/หรือเพื่อการปรับปรุง และพัฒนาการบริหารงานขององค์กร

- การวิจัยสถาบันอาจดำเนินการโดยนักวิจัยคนเดียวหรือคณะนักวิจัยก็ได้ โดยมีหลักคิดคือ การพิจารณาเกี่ยวกับเป้าหมายของหน่วยงาน และปัญหาที่มีอยู่ แล้วนำประเด็นปัญหาเหล่านั้นมาเป็นหัวข้อวิจัย

- การวิจัยสถาบันสามารถทำได้ทั้งประเภทของการวิจัยทั้งแบบเชิงคุณภาพ เช่น การสังเคราะห์เอกสาร หรือการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การวิเคราะห์เชิงสถิติ

- ผู้ที่จะทำวิจัยจำเป็นต้องมีความพร้อมในด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับการวิจัย

- การทำวิจัยสถาบันจะใช้เวลาในการศึกษาวิจัยค่อนข้างสั้น โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาประมาณ 6-7 เดือน ซึ่งรวมถึงการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน (IRB) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือนด้วย

- การทำวิจัยสถาบันจะมีขั้นตอนการดำเนินการที่มีความกระชับ/ทำได้รวดเร็ว



- คณะฯ มีงบสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่เพียงพอ โดยมีงบสนับสนุนจำนวน 30,000 บาท/โครงการ (จากเดิมในปีงบประมาณ 2553 มีงบสนับสนุนจำนวน 5,000 บาท/โครงการ)

- การวิจัยสถาบันเป็นการดำเนินการวิจัยในหน่วยงานโดยเฉพาะ จะพิจารณาปัญหาจากงานประจำ และหาข้อมูลว่าประเด็นปัญหาใดสามารถทำได้และไม่ยากจนเกินไป

- ผู้วิจัยควรเป็นบุคลากรที่สังกัดในหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ต่อหน่วยงานในด้านการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น และต่อตนเองในด้านความก้าวหน้าในสายงาน

4. ประเด็นสาระ (Issues) ในการทำวิจัยสถาบัน

นายอัครเดช เกตุฉ่ำ ได้ยกตัวอย่างประเด็นที่สามารถทำวิจัยสถาบันได้ ได้แก่ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนิสิต นักศึกษา บุคลากร หลักสูตรและโปรแกรมการเรียน งานพัสดุและการเงิน อาคารและสถานที่ และประเด็นอื่นๆ ที่จัดว่าเป็นภาระหน้าที่ของสถาบัน เป็นต้น นอกจากนี้ ได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับประเด็นที่จะทำงานวิจัยว่า “ต้องดูจากความสำคัญเร่งด่วน” และ “ประเด็นที่สนใจ” ซึ่งประเด็นวิจัยอาจมีความแตกต่างจากที่ยกตัวอย่างก็ได้ขึ้นอยู่กับภาระงานประจำ

ในการพูดคุยกันในวันนี้ นางจรินทร์พีย์ อุดมพันธุ์รัก ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการทำวิจัยมาแล้วจำนวน 2 เรื่อง ซึ่งเรื่องที่กำลังดำเนินการในขณะนี้อยู่ระหว่างการขอรับการรับรองจาก IRB ซึ่งมีการแก้ไขเป็นครั้งที่ 3 โดยส่วนตัวมองว่าเป็นการทำให้กระบวนการทำงานมีความล่าช้า ซึ่งในประเด็นนี้ นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการขอรับการรับรองจาก IRB จะทำให้ผลงานวิจัยได้รับการรับรองและสามารถนำไปเผยแพร่โดยการนำเสนอและตีพิมพ์ลงในวารสารได้อย่างสะดวก และแสดงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วย นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคำถามที่เป็นประโยชน์ เช่น การทำวิจัยที่สามารถขอผลงานทางวิชาการได้ ต้องเป็นงานวิจัย/สิ่งประดิษฐ์/นวัตกรรมไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง และคู่มือการปฏิบัติงาน 1 เรื่อง โดยต้องมีคุณภาพงานอยู่ในระดับดี ซึ่งรายละเอียดของผลงานที่สามารถทำได้อาจขอให้นางสาวกรรณา คุ่มพร้อม เป็นผู้ให้ข้อมูลในการพูดคุยครั้งต่อไปก็ได้

นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ได้แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับวิจัยสถาบันให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่า ขณะนี้คณะฯ ได้มอบหมายให้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ เป็นหัวหน้าชุดโครงการศึกษาเรื่องความพึงพอใจที่มีต่อหน่วยงานต่างๆ ซึ่งรายละเอียดจะได้ขอให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ เป็นผู้ให้ข้อมูลต่อไป

ท้ายกิจกรรม ศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุนในวันนี้ คงทำให้บุคลากรสายสนับสนุนได้เห็นแนวทางในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) / วิจัยสถาบันได้ดีและชัดเจนมากขึ้น และทำให้เห็นประโยชน์ของการทำวิจัยสถาบันมากยิ่งขึ้น





Themes วิจัยสถาบัน/การเลือกหัวข้อและปัญหาการวิจัยสถาบัน

นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย สำนักงานวิจัยและบริการวิชาการ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ชื่องาน “ศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุน” สำหรับการจัดประชุมในวันนี้จะเป็นการแนะนำ “Themes วิจัยสถาบัน/การเลือกหัวข้อและปัญหาการวิจัยสถาบัน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวันศุกร์ที่ 4 กุมภาพันธ์ 2554 ณ ห้อง 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรยากาศการพูดคุยกันในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ และมีผู้สนใจเข้าร่วมรับฟังเป็นจำนวนมาก โดยรองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้กล่าวถึงประเด็นเนื้อหาในวันนี้ จะเกี่ยวกับการหา Themes วิจัยสถาบัน/การเลือกหัวข้อวิจัยสถาบัน โดยได้นำเสนอตัวอย่างหัวข้อวิจัยในขอบเขตการทำวิจัยของคณะฯ ในภาพรวม โดยแยกตามหน้าที่ความรับผิดชอบของรองคณบดีและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการหาหัวข้อที่น่าสนใจที่จะนำมาเป็นหัวข้อวิจัยสถาบันได้ นอกจากนี้ ยังได้นำเสนอตัวอย่างแบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเลือกหัวข้อคำถามให้ตรงกับหัวข้อวิจัยและเนื้อหาวิจัยของแต่ละคน โดยมีรูปแบบการนำเสนอทั้งที่เป็นเอกสารและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้กล่าวว่า ขณะนี้คณะฯ ได้ดำเนินการจัดทำโครงการวิจัยในหัวข้อ “ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการให้บริการของบุคลากรสายสนับสนุน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ สำหรับรายละเอียดโครงการจะได้ให้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ มาร่วมพูดคุยในโอกาสต่อไป

ในการพูดคุยกันในวันนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้สอบถามหัวข้อวิจัยที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจ โดยสรุปได้ดังนี้

- นายอนุกุล ม่วงโมรี งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “ความคิดเห็นที่มีต่อช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่มีในคณะพยาบาลศาสตร์” ซึ่งในหัวข้อนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้เสนอแนะว่าควรหาช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่มีในคณะพยาบาลศาสตร์ทั้งหมดก่อนเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหาวิจัย

- นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ งานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของการจัดการความรู้” ซึ่งในหัวข้อนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้เสนอแนะว่าควรสืบค้นงานวิจัยประเภทนี้มาก่อน เพื่อที่จะได้วิจัยให้ตรงประเด็นและครอบคลุมมากที่สุด

- นายภราดร รั้งโคกสูง งานบริหารจัดการ หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “การศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับการรับ-ส่งหนังสือของคณะพยาบาลศาสตร์”

- นายพัฒนา ผ่องศรี และนางสาวขวัญใจ เนียมพิทักษ์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล”



- นายบุลากร บัวหลวง และนายวัชรินทร์ ควรหาเวช งานเทคโนโลยีสารสนเทศ หัวข้อเดิมที่สนใจเกี่ยวกับ “การวิเคราะห์ลักษณะการใช้งานข้อมูลบนเว็บไซต์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล”

- นางสาวพนัษฐุณ วงศ์เป็ง งานบริการการศึกษา หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต”

- นางสาววรบูรณ์ เหลืองรุ่งเรือง งานบริการการศึกษา หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “ปัจจัยที่สนับสนุนการเรียนการสอน/สภาพการอำนวยความสะดวกต่อการเรียนของนักศึกษา”

- นางสาวฉวีวรรณ สาระคง งานบริการการศึกษา หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “การวิเคราะห์การประเมินผลการเรียนการสอนของอาจารย์โดยนักศึกษา ในปีการศึกษา 2551-2552” ซึ่งในหัวข้อนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สุจิตจันทร์รัตน์ ได้เสนอแนะว่าควรจะทำการศึกษาวิเคราะห์การประเมินผลการเรียนการสอนของอาจารย์โดยอาจารย์ด้วย

- นางสาวศรีนวล ยืนนาน งานบริการการศึกษา หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “การศึกษาพฤติกรรมการตอบกลับในช่องทางการสื่อสารของนักศึกษา”

- นางนภัสสร ลาภณรงค์ชัย และนางสาวดารานิตย์ กิ่งวัน งานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “สาเหตุการไม่ส่งงาน.....ตรงตามเวลา” ซึ่งในหัวข้อนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สุจิตจันทร์รัตน์ ได้เสนอแนะว่าการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยต้องมีความชัดเจน

- นายวีระชัย คุ้มพงษ์พันธุ์ งานส่งเสริมและพัฒนา หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการขอรับการรับรอง IRB”

- นางสาวศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร งานส่งเสริมและพัฒนา หัวข้อที่สนใจเกี่ยวกับ “การสังเคราะห์งานวิจัยของอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์”

จากนั้น รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สุจิตจันทร์รัตน์ ได้ขอให้ผู้ที่มีหัวข้อวิจัยแล้วกลับไปดำเนินการเกี่ยวกับงานวิจัยของตนเอง และหากมีปัญหาเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถปรึกษาศูนย์วิจัยได้โดยตรง

ท้ายกิจกรรม ศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุนในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นแนวทางในการหา Themes วิจัย/หัวข้อวิจัยมากยิ่งขึ้น สำหรับครั้งต่อไป ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับทราบถึงประโยชน์ของการทำวิจัยสถาบัน ในหัวข้อ “ความก้าวหน้า/การขอตำแหน่งทางวิชาการของสายสนับสนุน”





ความก้าวหน้า/การขอตำแหน่งทางวิชาการของสายสนับสนุนฯ

นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ ผู้ลิจิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย สำนักงานวิจัยและบริการวิชาการ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้
ชื่องาน “ศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุน” สำหรับการจัดประชุมในวันนี้จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ “ความก้าวหน้า/
การขอตำแหน่งทางวิชาการของสายสนับสนุนฯ” โดยมีนายอัครเดช เกตุฉ่ำ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวันศุกร์ที่ 11
มีนาคม 2554 ณ ห้อง 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรยากาศการพูดคุยกันในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ และมีผู้สนใจเข้าร่วมรับฟังเป็นจำนวนมาก โดยนายอัครเดช
เกตุฉ่ำ ได้กล่าวถึงประเด็นเนื้อหาในวันนี้ จะเกี่ยวกับลักษณะผลงานที่ใช้ขอตำแหน่งทางวิชาการ รวมถึงเงื่อนไขต่างๆ
เกี่ยวกับคุณวุฒิทางการศึกษาและระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง โดยมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

ทำอย่างไรจึงจะมีความก้าวหน้าในสายอาชีพของผู้ปฏิบัติงานสายสนับสนุน

นายอัครเดช เกตุฉ่ำ กล่าวว่า ต้องเริ่มต้นที่หลักการพัฒนางาน โดยในการทำงานประจำของเรา สิ่งที่มีมุ่งหวัง
ที่จะให้เกิดก็คือ ทำงานสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่หน่วยงาน และผลงานนั้นจะสะท้อนกลับมาสู่ตัวเอง ต้องมีความ
เชื่อมั่นว่าโอกาสแห่งความก้าวหน้ามีแน่นอน ต้องทำงานให้เป็นระบบ โดยมีการแก้ไขปัญหา พัฒนา/ปรับปรุง และเก็บ
ข้อมูล/วิธีการต่างๆ ไว้ เพื่อพัฒนางานประจำ/สร้างสรรค์สิ่งใหม่ พร้อมทั้งมีการสะสมผลงาน และพัฒนาให้เกิด
ประโยชน์ในวงกว้างอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบความก้าวหน้าในอาชีพของผู้ปฏิบัติงานสายสนับสนุน แบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ ความก้าวหน้าของ
ตำแหน่งทางวิชาการ ได้แก่ ตำแหน่งชำนาญงาน ชำนาญการ เชี่ยวชาญ และเชี่ยวชาญพิเศษ และความก้าวหน้าของ
ตำแหน่งทางวิชาชีพ โดยผู้ปฏิบัติงานสายสนับสนุนสามารถดำรงตำแหน่งประเภทผู้บริหารในตำแหน่งผู้บริหารระดับต้นได้
ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถในการทำงานของแต่ละบุคคล

สำหรับเงินประจำตำแหน่งของตำแหน่งประเภทสนับสนุนนั้น ในเบื้องต้นต้องเข้าใจตำแหน่งงานตนเองก่อน
ว่าเป็นตำแหน่งงานที่อยู่ในระดับใด ได้แก่

- ระดับชำนาญการ แบ่งเป็น

กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ	เดือนละ	11,200	บาท
กลุ่มสนับสนุนวิชาการ	เดือนละ	7,000	บาท
กลุ่มสนับสนุนทั่วไป	เดือนละ	5,000	บาท
- ระดับผู้เชี่ยวชาญ
- ระดับผู้เชี่ยวชาญพิเศษ

วิธีการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ

วิธีการเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ มี 2 วิธี คือ หน่วยงานเป็นผู้เสนอขอให้ โดยได้รับความยินยอมจากผู้
ที่ได้รับการเสนอขอ และผู้ขอเป็นผู้เสนอแต่งตั้ง พร้อมผลงาน และมีวิธีการแต่งตั้ง 2 วิธี คือ วิธีปกติ ได้แก่ ผู้ที่มี



คุณสมบัติตามที่ระบุข้อกำหนด และวิธีพิเศษ ได้แก่ ผู้ขอมีคุณสมบัติแตกต่างจากมาตรฐานของตำแหน่ง เช่น ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งไม่ครบ ซึ่งต้องมีคุณสมบัติสูงกว่าปกติ เป็นต้น

เกณฑ์ที่ใช้ในการยื่นขอตำแหน่งชำนาญการ

เกณฑ์ที่ใช้ในการยื่นขอตำแหน่งชำนาญการ กำหนดระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งงานปฏิบัติการตามระยะเวลา จำแนกตามคุณวุฒิ ดังนี้

ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ปวส., อนุปริญญา)	ต้องอยู่ในตำแหน่งชำนาญการมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี
ระดับปริญญาตรี	ต้องอยู่ในตำแหน่งมาแล้ว 5 ปี
ระดับปริญญาโท	ต้องอยู่ในตำแหน่งมาแล้ว 3 ปี
ระดับปริญญาเอก	ต้องอยู่ในตำแหน่งมาแล้ว 2 ปี

ขั้นตอนการขอตำแหน่งทางวิชาการ

ขั้นตอนการขอตำแหน่งทางวิชาการ เริ่มจากการกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มการขอตำแหน่งแล้วส่งไปยังมหาวิทยาลัย จากนั้นมหาวิทยาลัยจะประกาศชื่อผู้ขอแต่งตั้ง รายชื่อผลงาน สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ และรายชื่อผู้ร่วมงาน (ถ้ามี) ทางอินเทอร์เน็ตหรือสื่ออื่นๆ และกำหนดให้มีการทักท้วงได้ภายใน 30 วัน ซึ่งผู้ขอมีหน้าที่ติดตามข้อมูลเพื่อปกป้องสิทธิ์ของตนเอง

การประเมินผลงาน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์และสรุปผลงานที่ผ่านมา และข้อเสนอแนวคิดเพื่อการพัฒนาหรือปรับปรุงงานและแผนงาน/โครงการ รวมทั้งผลงานที่จะทำในอนาคตใน 3 ด้าน ดังนี้

1) ปริมาณงานในหน้าที่ ได้แก่ งานมีลักษณะเป็นอย่างไร รวมถึงความยากง่ายของงาน เป็นต้น

2) คุณภาพผลงานในหน้าที่ ซึ่งดูที่ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการปฏิบัติ ความรอบรู้และประสบการณ์การทำงาน งานที่ปฏิบัติได้สำเร็จ ฯลฯ

นายอัครเดช เกตุฉ่ำ ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ในการเขียนรายละเอียดของงาน ควรหาดำรา/หนังสือที่เกี่ยวข้องกับรายละเอียดของงานตนเอง เพื่อศึกษาหาความรู้ด้านวิชาการว่ามีอะไรบ้าง เนื่องจากวิธิการณานั้น ผู้ประเมินจะดูว่างานของเราใช้องค์ความรู้ด้านวิชาการมากน้อยเพียงใด

3) คุณสมบัติต่างๆ ของผู้ขอ เช่น ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจแก้ปัญหา การพัฒนาตนเอง การปฏิบัติตามจรรยาบรรณข้าราชการพลเรือน โดยผลการประเมิน Competency ในทุกๆ องค์ประกอบต้องไม่ต่ำกว่าระดับ 3

ผลงานที่ใช้ยื่นพิจารณาจะต้องเกี่ยวข้องกับภาระงานหลักของเรา จะต้องไม่ใช่ผลงานที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหรือการฝึกอบรม ไม่ใช่ผลงานเดิมที่เคยใช้ในการประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นมาแล้ว และต้องระบุการมีส่วนร่วมและมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วม (กรณีที่เป็นผลงานร่วม) อันได้แก่ คู่มือการปฏิบัติงาน, สิ่งประดิษฐ์, งานวิเคราะห์/สังเคราะห์, ตำรา, เอกสารประกอบการสอน, เอกสารประกอบคำสอน, หนังสือ, งานวิจัย, บทความ ทั้งที่เป็นบทความทางวิชาการและบทความวิจัย, งานแปล

จำนวนผลงานที่ใช้ยื่นพิจารณา

จำนวนผลงานที่ใช้ยื่นพิจารณา จะต้องมียานวนอย่างน้อย 3 ผลงาน ผลการประเมินอย่างน้อย 2 เรื่องมีคุณภาพในระดับ ดี และต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างน้อยร้อยละ 50

นানাข้อคิดเห็น

นางสาวพนัประณ วงศ์เป้ง ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับผลงานที่ใช้ยื่นว่า ผลงานที่เสนอจำเป็นต้องเป็นผลงานที่เป็น “งานวิจัย” เท่านั้นหรือไม่ ซึ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ ได้เสริมว่า ตามระเบียบปี 2552 การขอตำแหน่งชำนาญการ ระบุว่าต้องมีจำนวนผลงานอย่างน้อย 3 เรื่อง ผลงานอย่างน้อย 2 เรื่องจะต้องเป็นชื่อแรกของงาน แต่ไม่ได้มีการระบุว่าต้องเป็นผลงานประเภทใด แต่ในระดับเชี่ยวชาญ จะมีการระบุประเภทของผลงานที่จะใช้ขอตำแหน่งว่าต้องเป็นผลงานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง

นอกจากนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้เสนอแนะว่า สำหรับหัวข้อผลงานที่ใช้ยื่นขอตำแหน่งทางวิชาการนี้ จะได้ให้ผู้มีความรู้มาร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล/ความรู้ต่อไป รวมถึงได้ขอให้ผู้ทำวิจัยสถาบันกลับไปดำเนินงานเกี่ยวกับงานวิจัยของตนเอง แล้วนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกันในการประชุม ครั้งต่อไปด้วย

บทส่งท้าย

สำหรับกิจกรรมศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุนในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นแนวทาง การขอตำแหน่งทางวิชาการมากยิ่งขึ้น สำหรับครั้งต่อไปผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับทราบถึงขั้นตอน/วิธีการดำเนินงานวิจัยสถาบัน ในหัวข้อ “การทบทวนวรรณกรรม/การหาหัวข้อวิจัย” ขอให้ติดตามกันในครั้งต่อไปค่ะ





การทบทวนวรรณกรรม/ การหาหัวข้อวิจัย

นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร/นางสาวเบญจวรรณ บุญณรงค์ ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย สำนักงานวิจัยและบริการวิชาการ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ชื่องาน “ศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุน” สำหรับการจัดกิจกรรมในวันนี้จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ “การทบทวนวรรณกรรม/ การหาหัวข้อวิจัย” โดยมีนายอัครเดช เกตุฉ่ำ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวันศุกร์ที่ 17 มิถุนายน 2554 เวลา 14.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมเพชรรัตน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรยากาศการพูดคุยกันในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ และมีผู้สนใจเข้าร่วมรับฟังเป็นจำนวนมาก โดยประเด็นเนื้อหาที่จะกล่าวถึงในวันนี้จะมีเคล็ดลับ/เทคนิคดีๆ ที่น่าสนใจและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างไรบ้าง มาติดตามกันเลยค่า

นายอัครเดช เกตุฉ่ำ กล่าวว่าสาระสำคัญในเบื้องต้น จะขอกล่าวถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนหลักๆ คือ

1. **การสืบค้นข้อมูล** เป็นกระบวนการสำคัญที่ผู้วิจัยต้องทราบปัญหาในเรื่องที่ต้องการทำวิจัย ว่ามีปัญหาคืออะไรที่น่าสนใจบ้าง

2. **การจัดการเรียบเรียง** คือ การสรุปเอกสารที่สืบค้นมาได้ทั้งหมดให้มีความสอดคล้องและต่อเนื่องกัน และวางเค้าโครงงานนำเสนอ

3. **การเขียน** เป็นขั้นตอนที่ยากที่สุด โดยผู้วิจัยต้องดำเนินการเขียนเนื้อหาให้สอดคล้องกับปัญหาวิจัยของตนเอง

การทบทวนวรรณกรรม (Review Literature)

เพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้ในเบื้องต้น ก่อนอื่นต้องรู้ว่าเป้าหมายของการทบทวนวรรณกรรม จะประกอบด้วยเป้าหมายหลัก ดังนี้

- 1) การหาความสำคัญของปัญหา
- 2) การหาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการทำวิจัย
- 3) แสดงความรู้ปัจจุบันที่มีอยู่ และดูว่ามีองค์ความรู้ใดบ้างที่ยังขาดหายไป
- 4) สรุปกรอบแนวคิดที่จะทำวิจัย

นิยามของการ Review Literature คือ “การถอยความรู้” เพื่อไปเรียนรู้ความรู้ที่มีอยู่แล้วในอดีต ป้องกันไม่ให้เกิดการล่าช้าทางความรู้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงควรปรับความรู้ของตนให้เป็นปัจจุบัน ด้วยการนำความรู้ที่มีอยู่เดิมมาปรับให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้วิจัยมักไม่ให้ความสำคัญกับการ Review Literature จึงส่งผลให้งานวิจัยที่ได้ไม่มีคุณภาพ ทั้งนี้ การ Review Literature ยังช่วยให้ผู้วิจัยทราบว่างานของวิจัยของตนเองมีความคุ้มค่ามากน้อยเพียงใด

ประเด็นสำคัญของการ Review Literature ประกอบด้วย

- 1) ความสามารถในการค้นหางานวิจัย โดยผู้วิจัยต้องทราบแหล่งข้อมูลที่จะศึกษา
- 2) ทราบ Keyword งานวิจัยของตนเอง



หน้าที่ของการ Review Literature คือ การแสดงให้เห็นผู้ตรวจสอบโครงการวิจัยทราบว่าผู้เสนอโครงการมีความรู้ครบถ้วนแล้วในทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รู้ว่าใครทำอะไรไว้บ้าง และเพื่อสรุปให้ได้ในตอนท้ายว่าความรู้ทั้งปวงที่ปรากฏอยู่นั้น ทำให้เราเชื่อได้ว่าเราต้องทำอะไรต่อไป

แหล่งข้อมูลที่ใช้สืบค้น ได้แก่

- 1) ตำรา บทความจากวารสาร
- 2) อินเทอร์เน็ต เช่น Google, Wiki, Thai lis, Thai index medicus และ
- 3) ห้องสมุดและการใช้บริการสำเนาเอกสารจากห้องสมุด เป็นต้น

เทคนิคการทบทวนวรรณกรรม/ การจัดการข้อมูล

นายอัครเดช เกตุฉ่ำ ได้กล่าวถึงประเด็นการสืบค้นข้อมูลต่างๆ ให้ได้ประโยชน์ที่ดียิ่งขึ้น ว่าควรอาศัยเทคนิคต่างๆ คือเริ่มจากการหา Paper แรกที่สนใจที่สุดก่อน แล้วจึงใช้การสืบย้อนหลัง คือ การสังเกตจาก Paper ที่อ่านนั้น มีการอ้างอิง Paper เรื่องใดมากในจุดที่สำคัญก็ควรหา Paper ย้อนหลังมาอ่าน ซึ่งข้อดีของการสืบย้อนหลัง คือ จะสามารถเลือกอ่านได้ตามที่เห็นสำคัญ หรือดูจากความสำคัญของการถูก cited และการสืบเดินหน้า คือ เริ่มจากการอ่าน Paper เก่า แล้วดูว่าถูก cited โดย Paper ฉบับใดบ้างก็อ่านตามไปเรื่อยๆ ข้อดีของการสืบเดินหน้า คือ ติดตามเรื่องได้ง่าย เพราะเรื่องต่อกันเป็นลำดับและเห็นพัฒนาการของเรื่องนั้นๆ

ในประเด็นของการจัดการผลการสืบค้น ผู้วิจัยควรอ่านบทความฉบับเต็ม ไม่ว่าจะป็นเนื้อหา วิธีการวัดตัวแปร ที่ทำการศึกษา การให้นิยาม การอภิปรายผล ซึ่งมีข้อจำกัด คำอธิบายความเหมือนความต่างของผลเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น และนำความรู้ที่ได้จากการอ่านมาสรุปใจความสำคัญและนำเสนอข้อค้นพบที่น่าสนใจ

นายอัครเดช เกตุฉ่ำ กล่าวว่า เทคนิคการจัดการข้อมูลนั้น ผู้วิจัยควรจัดหมวดหมู่ Paper ที่ค้นหาให้เป็นกลุ่มๆ เช่น Mathematical Model, Experimental Investigation เป็นต้น ในหนึ่ง Paper ที่อ่านให้จัดประเภทส่วนที่เราจะเอามาใช้ประโยชน์ และในแต่ละใจความสำคัญที่ได้จาก Paper ควร Note ไว้ด้วยว่าจะนำมาใช้ในส่วนใด

นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงข้อบกพร่องที่พบมากในการทำ Review Literature คือ

- 1) ข้อเสนอโครงการจำนวนมากทำ Review Literature อย่างไม่รู้เป้าหมาย
- 2) ทำ Review Literature โดยการบอกผู้อ่านว่าตนเองได้อ่านอะไรมาบ้าง
- 3) การเขียนเรียงย่อหน้าแต่ละ Paper จะไม่มีการสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ในอดีตและไม่สังเคราะห์ให้เห็นเป้าหมายความรู้ในอนาคต จึงไม่ใช้การทำ Review Literature

ท้ายกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในวันนี้ นายอัครเดช เกตุฉ่ำ ได้ให้เทคนิค หรือ “เคล็ดไม่ลับก่อน Submit โครงการวิจัย” ที่น่าสนใจไว้ ดังนี้

1. พึงตระหนักว่า “โครงร่างวิจัยที่ดีต้องใช้เวลาพอสมควร”
2. “เขียนแล้วอ่านทวน” เป็นสิ่งที่จำเป็นมาก
3. ควร “หาคนอ่านหลายๆ คน” เพื่อช่วยกันให้ความเห็นและปรับปรุง
4. “อย่าตกม้าตายด้วยเรื่องง่ายๆ” เช่น ความไม่สอดคล้องกันของเนื้อหา



5. “ถ้ามีจุดต้องแก้ไข ต้องดูให้ถี่ถ้วน” ว่ามีเรื่องเดียวกันนี้ที่ส่วนอื่นๆ หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องที่ต้องแก้ตามด้วยหรือไม่

บทส่งท้าย

สำหรับกิจกรรมศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุนในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นประโยชน์และแนวทางการเขียนบททวนวรรณกรรมมากยิ่งขึ้น สำหรับครั้งต่อไปผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับความรู้ในเรื่องใด โปรดติดตามนะคะ



การเขียนโครงร่างการวิจัย

นางสาวเบญจวรรณ บุญรงค์ ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย สำนักงานวิจัยและบริการวิชาการ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ชื่องาน “ศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุน” สำหรับกิจกรรมในวันนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเขียนโครงร่างการวิจัย โดยมี ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวันศุกร์ที่ 29 กรกฎาคม 2554 เวลา 14.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมเพชรรัตน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยบรรยากาศการพูดคุยกันในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ ซึ่งประเด็นเนื้อหาที่จะกล่าวถึงในวันนี้ จะมีรายละเอียดที่น่าสนใจและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างไรบ้าง มาติดตามกันเลยคะ

ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ กล่าวถึงสาระสำคัญในวันนี้ว่าเกี่ยวกับองค์ประกอบของการเขียนโครงร่างการวิจัยในแต่ละหัวข้อ รวมทั้งความสำคัญของหัวข้อต่างๆ ดังนี้

จุดเริ่มต้นการเขียนโครงร่างการวิจัย

เริ่มต้นการเขียนโครงร่างการวิจัย ด้วยการหางานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับงานของเราก่อน เพื่อใช้เป็นแนวทางซึ่งจะทำให้เข้าใจลักษณะของการเขียนความสำคัญของปัญหาว่าควรมีลักษณะเป็นอย่างไรในเบื้องต้นก่อน

กระบวนการในการเขียนโครงร่างการวิจัย สิ่งที่เราต้องทำก่อนคือ การกำหนดประเด็นปัญหาวิจัยที่เราสนใจก่อน เพื่อจะใช้เป็น keyword ในการค้นหา Review Literature ว่ามีใครทำอะไรไว้บ้าง และรายงานการวิจัยของเขาเป็นอย่างไร และในขณะเดียวกันก็จะทำให้เราทราบว่าเรามีการออกแบบงานวิจัยแบบไหน มีกระบวนการทำวิจัยเป็นอย่างไร และเมื่อได้รายละเอียดแล้ว เราก็จะสามารถเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยได้

ข้อเสนอโครงการวิจัย

ข้อเสนอโครงการวิจัย หมายถึง แผนล่วงหน้าก่อนลงมือทำการวิจัย ซึ่งจะกำหนดชื่อเรื่อง ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต วิธีการวิจัย งบประมาณ ว่าในกระบวนการศึกษาข้อปัญหาต่างๆ จะมีกระบวนการใดบ้าง มีขอบเขตน้อยเพียงใด มีปัจจัยหรือตัวแปรอะไรบ้างที่ทำการศึกษามีวัตถุประสงค์ในการทำเป็นอย่างไร และที่สำคัญคือเราต้องออกแบบขั้นตอน กระบวนการทำงานของเราว่ามีกระบวนการใดและทำเมื่อไหร่ ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานของเราที่ทำการศึกษา เพราะฉะนั้น การเขียนโครงร่างที่ดีต้องให้เห็นสภาพปัญหาที่เราทำการศึกษาริเริ่มต้นว่าคืออะไร และงานของเราจะสามารถแก้ปัญหาหรือตอบโจทย์ปัญหาได้อย่างไร และมีกระบวนการที่จะตอบปัญหาวิจัยได้อย่างไร ในขณะที่การเขียนโครงร่างการวิจัยจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำเสนอเพื่อขอรับทุนสนับสนุนวิจัยในกรณีที่มีความคุ้มค่าเพียงพอที่จะศึกษา ซึ่งข้อเสนอโครงการวิจัยมีความสำคัญ ดังนี้

1) เป็นแผนการดำเนินงาน ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยได้อย่างมีทิศทางและมีกรอบการทำงาน เนื่องจากเป็นการประกาศว่าเรากำลังทำอะไร กับใคร เมื่อไหร่ อย่างไร แผนการต่างๆ เหล่านี้จะทำให้เราทราบว่าวิธีการดำเนินงานในการศึกษาควรมีกระบวนการอะไรบ้าง ทำให้เรามีกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น ทราบว่าจะต้องใช้งบประมาณจำนวนเท่าใด เป็นต้น

2) เป็นการนำเสนอสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการทำการวิจัยให้ผู้อื่นทราบ โครงร่างการวิจัยจะทำให้ผู้อื่นทราบว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ ศึกษาเรื่องอะไร และจะมีประโยชน์อย่างไรกับหน่วยงานหรือสังคมที่เกี่ยวข้อง



3) เป็นข้อเสนอในการพิจารณาอนุมัติงบประมาณหรือเงินทุนดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีความละเอียดรอบคอบในการตรวจสอบความสอดคล้องของขั้นตอนต่างๆ ในข้อเสนอโครงการวิจัย

ส่วนประกอบของข้อเสนอโครงการวิจัย

โดยปกติส่วนประกอบของข้อเสนอโครงการวิจัยในแต่ละหน่วยงานจะมีโครงร่างไม่เหมือนกัน สำหรับการขอทุนวิจัยของคณะฯ จะใช้แบบขอทุน CMB ซึ่งจะมีลักษณะใกล้เคียงกับที่จะกล่าวถึง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ชื่อโครงการวิจัย เป็นจุดแรกที่จะดึงดูดความสนใจของผู้อ่าน ทำให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจในปัญหาและวิธีการวิจัย ผู้วิจัยจึงควรให้ความสำคัญกับการตั้งชื่อให้กะทัดรัด ชัดเจน และครอบคลุมวัตถุประสงค์ คือ “คม ชัด(เจน) (ลุ่ม)ลึก น่าสนใจ” ซึ่งจะต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ทำการศึกษาด้วย

2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เป็นส่วนที่จะชักจูงให้ผู้อ่านเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการทำวิจัย ควรให้รายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมาของสิ่งที่สนใจและความเกี่ยวเนื่องไปสู่ปัญหาของการวิจัย และมีการอ้างอิงหลักฐานหรือเอกสารที่จะให้น้ำหนักอธิบายความสำคัญของปัญหา/เหตุผลที่จำเป็นต้องศึกษาค้นคว้า โดยเขียนให้ตรงกระเด็น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเขียนโดยให้มีความต่อเนื่องกันของเนื้อหา

เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย ในการเขียนความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ควรเขียนในลักษณะที่ว่างงานวิจัยของเรามีความสำคัญอย่างไร และถ้าไม่ทำจะเกิดปัญหาหรือผลเสียอะไรบ้าง แล้วถ้าทำจะได้ประโยชน์อย่างไรกับหน่วยงาน ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านทราบว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ และต่อไปจะเป็นอย่างไร และปัญหาที่เกิดขึ้นคืออะไร และแนวทางการแก้ไขปัญหาก็จะสามารถทำได้อย่างไรบ้าง ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านทราบว่างานวิจัยของเราจะช่วยแก้ปัญหาหรือสนับสนุนให้สามารถแก้ปัญหาไปได้

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นส่วนที่บ่งบอกถึงจุดมุ่งหมายที่ผู้วิจัยต้องการจากการวิจัย ควรเขียนเป็นข้อๆ ให้ชัดเจน แต่ละข้อควรมีวัตถุประสงค์เดียว โดยวัตถุประสงค์แต่ละข้อนั้นหมายถึง ผู้วิจัยต้องการทำการวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ ดังนั้น จึงต้องตั้งวัตถุประสงค์ให้เหมาะสมกับหัวข้อวิจัย

เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย ควรแสดงความต้องการในการทำวิจัย โดยเขียนให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ครอบคลุมเรื่องที่จะศึกษา และแสดงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นส่วนที่บอกว่างานวิจัยของเรากำลังทำอะไรอยู่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับความเป็นมา

4. ขอบเขตของการวิจัย เป็นการวางขอบเขตของการศึกษาในด้านต่างๆ เช่น ขอบเขตของตัวอย่าง/วัตถุិขระยะเวลา พื้นที่ที่จะศึกษา เป็นต้น

เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย ควรระบุเรื่องที่เกี่ยวข้องในการวิจัย เช่น กลุ่มเป้าหมาย สถานที่ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น ขอบเขตของการวิจัยจะทำให้เราทราบว่าเราจะทำวิจัยมากน้อยขนาดไหน มีขอบเขตและปริมาณงานอย่างไร

5. การทบทวนวรรณกรรม/เอกสารที่เกี่ยวข้อง ควรแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของโครงการวิจัย ความสอดคล้องของวิธีการ/ตัวแปรที่เลือกศึกษา ความรับรู้ของผู้วิจัย ทั้งนี้ ข้อความที่ใช้ควรกระชับ/ไม่เยิ่นเย้อมากเกินไป เพื่อให้กรอบแนวความคิดปรากฏอย่างชัดเจน ครอบคลุมประเด็นคำถาม กรอบแนวคิดทางทฤษฎี ตัวแปรผลงานวิจัยที่ผ่านมา และควรเขียนให้เชื่อมโยงกันและอ้างอิงให้ถูกต้องตามระบบการอ้างอิง



เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย การทบทวนวรรณกรรม/เอกสารที่เกี่ยวข้อง ในความเป็นจริงสิ่งที่ต้องทำในการเขียนโครงร่างการวิจัยคือ การทบทวนวรรณกรรม แต่การเขียนจะเขียนไว้หลังบทที่ 1 เนื่องจากว่าเราไม่สามารถเขียนเค้าโครงร่างที่ดีได้ ถ้าหากเราขาดความรู้จากสิ่งที่เราทำ เพราะฉะนั้น หากเราสามารถทบทวนวรรณกรรมและสรุปสังเคราะห์ออกมาได้ เราก็จะสามารถเขียนความสำคัญของปัญหาได้อย่างเชื่อมโยงและก่อให้เกิดความต่อเนื่องว่าอะไรก่อให้เกิดอะไร มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ และปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยอะไร และงานวิจัยของเราจะช่วยเติมเต็มสภาพปัญหาต่างๆ ได้อย่างไร

6. นิยามศัพท์ (Definition of term) เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับตัวแปรบางตัวแปรที่ใช้ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากงานวิจัยอื่นอย่างไร การนิยามควรเป็นการนิยามเชิงทฤษฎีควบคู่กับการนิยามเชิงปฏิบัติการ

เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย การนิยามศัพท์เป็นการให้คำจำกัดความตัวแปรในการวิจัย ซึ่งจะใช้กับคำหรือข้อความที่อาจมีความหมายหลายอย่าง และให้นิยามศัพท์เท่าที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับงานวิจัยเท่านั้น

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้วิจัยควรระบุให้ทราบว่าผลลัพธ์จากการวิจัยมีประโยชน์อย่างไร เป็นข้อๆ ประโยชน์ที่ได้ต้องเป็นประโยชน์ที่เกิดจากการทราบคำตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแต่ละข้อ พร้อมแสดงสิ่งที่คาดว่าจะได้รับหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้นเป็นข้อๆ ให้ชัดเจน

8. วิธีการดำเนินการวิจัย ควรเขียนอธิบายถึงวิธีที่ใช้ในการศึกษา/วิธีทดลองเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หากวัตถุประสงค์แต่ละข้อจะใช้วิธีการศึกษา/วิธีการทดลองแตกต่างกัน ควรเขียนวิธีที่ใช้ศึกษา/วิธีทดลองตามวัตถุประสงค์แต่ละข้อให้ชัดเจน อาจอธิบายโดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นได้แก่ 1) การทดลอง/การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์ข้อมูล

9. ระยะเวลาทำการวิจัย/แผนการดำเนินงาน ควรทำตารางเวลาหรือแผนภูมิแสดงถึงระยะเวลาการทำงานให้ชัดเจน

10. รายละเอียดงบประมาณ ต้องมีรายละเอียดเกี่ยวกับงบประมาณที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติงบประมาณหรือเงินอุดหนุน โดยผู้วิจัยต้องประมาณวงเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นหมวดหมู่ ได้แก่ ค่าตอบแทนค่าใช้สอย ค่าวัสดุ เป็นต้น

11. ผู้วิจัย/ผู้วิจัยร่วม ต้องระบุชื่อ-สกุล ประวัติการทำงาน ผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

นอกจากนี้ วิทยากรยังได้ให้ข้อแนะนำสำหรับการเขียนโครงร่างการวิจัย ไว้ดังนี้

- 1) ควรจัดช่องไฟให้ดี
- 2) การใช้คำ consistent จะแสดงถึงความพิถีพิถัน
- 3) หากมี link กับหน่วยงานอื่นๆ ให้ระบุด้วย เพื่อแสดงถึงความพยายามและการทำงานร่วมกับผู้อื่น
- 4) ควรระบุชื่อ/ขอขอบคุณ Professor ดังๆ ที่เคยให้คำแนะนำ

บทส่งท้าย

สำหรับกิจกรรมศูนย์วิจัยฯ พบบุคลากรสายสนับสนุนในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นแนวทางในการทำวิจัยมากขึ้น สำหรับครั้งต่อไปผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับความรู้ในเรื่องใด โปรดติดตามนะคะ

กิจกรรม NS Lunch Talk



การขอทุนจากแหล่งทุนภายนอก

นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ ผู้ลิจิต

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NS Lunch Talk ครั้งที่ 1/2554 ในหัวข้อ การขอทุนจากแหล่งทุนภายนอก โดยมีทีมวิทยากรเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ รองคณบดีฝ่ายวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ สังเกต และนายอัครเดช เกตุฉ่ำ เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2553 ณ ห้อง 507 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ ได้กล่าวถึงประเด็นของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการขอทุนจากแหล่งทุนเฉพาะทุนภายในประเทศในภาพรวมและจะเจาะลึกในบางทุน โดยแหล่งทุนสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น สามารถแบ่งได้ 2 ส่วน คือ แหล่งทุนภายในและแหล่งทุนภายนอก โดยแหล่งทุนภายในหมายถึงแหล่งทุนภายใต้มหาวิทยาลัย ซึ่งมีทั้งที่มาจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยและเงินงบประมาณแผ่นดิน โดยที่แหล่งทุนจากเงินรายได้มหาวิทยาลัย ได้แก่

- ทุนส่งเสริมนักวิจัยรุ่นใหม่และทุนส่งเสริมนักวิจัยรุ่นกลาง
- ทุนสนับสนุนนักวิจัยพี่เลี้ยง
- ทุนส่งเสริมโครงการวิจัยมุ่งเป้าหมายและทุนส่งเสริมโครงการวิจัยร่วมทุน ซึ่งทุนนี้จะมีการประชาสัมพันธ์เป็นระยะๆ และทางศูนย์วิจัยจะเป็นผู้ส่งข่าวเกี่ยวกับทุนให้ทางกรรมการวิจัยและหัวหน้าภาควิชาต่างๆ ทราบ

- ทุนสนับสนุนการตั้งกลุ่มวิจัย จะเป็นทุนที่เกี่ยวข้องกับหลายสาขาวิชา
- ทุนนักวิจัยหลังปริญญาเอก

ส่วนแหล่งทุนภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ ทุนจาก

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งแหล่งทุนนี้จะส่งมาที่คณะฯ โดยตรง และโอกาสที่จะได้รับทุนนี้คือ ต้องเน้นการวิจัยเชิงระบบ

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นแหล่งทุนที่มีเงินสนับสนุนค่อนข้างมาก และทุนนี้จะเน้นการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและการดูแลคนให้มีสุขภาพดี ซึ่งคณะฯ มีอาจารย์ที่ได้รับทุนนี้ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร วาณิชยกุล

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนทางการแพทย์ (สวพ.)
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)
- สภาการพยาบาล

สำหรับแหล่งทุนที่สำคัญที่อยากจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในวันนี้ คือ ทุนสภาการพยาบาล ซึ่งในวันนี้ได้รับเกียรติจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ สังเกต มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในฐานะผู้ที่ได้ทำงานร่วมกับสภาการพยาบาล โดยกล่าวว่า ในงานด้านประกันคุณภาพ งานวิจัยถือว่ามีความสำคัญคิดเป็นร้อยละ 20 ของงาน



ทั้งหมด โดยได้ยกตัวอย่างโครงการที่ขอรับทุน ซึ่งจะมีทั้งได้รับการอนุมัติและไม่อนุมัติ ซึ่งโครงการที่ไม่อนุมัติส่วนใหญ่ มักเกิดจากการเขียนโครงการที่สับสนและไม่ชัดเจน สำหรับกระบวนการขอทุนนี้ เมื่อเขียนโครงการวิจัยเสร็จแล้วส่งให้ คณะกรรมการพิจารณา หากผ่านการพิจารณาและอนุมัติทุน จะต้องดำเนินการจัดทำโครงการนั้นๆ ภายหลังเมื่อเสร็จสิ้นแล้วจะมีคณะกรรมการตรวจสอบ และหากเรียบร้อยจะได้รับการตีพิมพ์ลงใน E-journal ของสภาการพยาบาลด้วย

นอกจากนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ สังเกต ได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับประกาศของสภาการพยาบาล ในลักษณะโครงการวิจัยที่ขอรับทุน ประกอบด้วย

1. เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานประจำ เช่น เป็นงานวิจัยที่ร่วมกับงานสอน เป็นงานวิจัยร่วมกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เป็นต้น
2. หัวหน้าโครงการวิจัยต้องเป็นผู้เกี่ยวข้องกับปัญหาหรืองานที่ต้องการพัฒนานั้นโดยตรง
3. ผลงานวิจัยสามารถนำกลับมาใช้ในหน่วยงานได้
4. ไม่เป็นโครงการวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหรือเป็นวิทยานิพนธ์

ส่วนคุณสมบัติของผู้รับทุน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ และแบบเสนอโครงการ ให้เขียนตามแนวทางที่แต่ละทุน กำหนดไว้

ในการนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคำถามที่เป็นประโยชน์ไว้หลายข้อ โดยสามารถสรุป ได้ดังนี้

- 1) โครงการวิจัยที่ประสงค์ขอรับทุนจากสภาการพยาบาลสามารถเป็นโครงการวิจัยที่เน้นการสร้างนวัตกรรมก็ได้
- 2) โครงการที่จะขอรับทุนจากสภาการพยาบาล ต้องผ่านการขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทาลัยมหิดล ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์) (MU-IRB/C) ก่อน

ท้ายนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ สังเกต ยังได้ฝากข้อคิดไว้ว่า **“การทำงานวิจัยนั้นขอให้คิดว่าจะทำเพื่อการพัฒนางานและตีพิมพ์เพื่อนำเสนอผลงานเป็นหลัก”** ซึ่งนับว่าเป็นข้อคิดที่มีประโยชน์กับอาจารย์รุ่นใหม่ที่จะนำไปใช้ได้ดี

สำหรับ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ รองคณบดีฝ่ายวิจัย ได้เล่าประสบการณ์การขอรับทุนจาก สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ซึ่งเป็นแหล่งทุนที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน โดยรองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ และทีมวิจัยได้ร่วมกันเขียนโครงการวิจัยที่อยู่ในขอบเขตประเด็นวิจัยตามที่สวค. กำหนดไว้ และได้ส่งกลับไปให้สวค. เพื่อให้คณะกรรมการของสวค. เป็นผู้พิจารณาโครงการวิจัย ซึ่งอาจารย์ได้ให้ข้อสังเกตว่า ปัจจุบันการขอทุนส่วนใหญ่ต้องมีการนำเสนอผ่านคณะกรรมการที่ทางหน่วยงานให้ทุนจัดตั้งขึ้น และจะมีผู้ที่เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อประโยชน์ต่องานวิจัยของหน่วยงานที่ให้ทุนจะได้ตรงตามความต้องการของหน่วยงานที่ให้ทุนมากที่สุด และการทบทวนเอกสารควรอ้างอิงเอกสารที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด และหากผู้ทำวิจัยไม่มีความรู้ในด้านใดควรที่จะหาผู้ร่วมโครงการที่เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ ร่วมด้วย เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ที่สุด



ท้ายนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับการขอทุนว่า **“ทุนนั้นมีอยู่มากมาย เพียงแต่ว่าเรามุ่งมั่นที่จะขอทุนเพียงใดเท่านั้น และให้คิดว่าการทำวิจัยนั้น ผลงานจะติดอยู่กับตัวเราเอง”**

ท้ายกิจกรรม NS Lunch Talk ในวันนี้ ทำให้อาจารย์รุ่นใหม่ได้เห็นแนวทางในการขอรับทุนจากแหล่งทุน ภายนอกได้ดีและชัดเจนมากขึ้น และสามารถพัฒนาโครงการวิจัยให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนมากยิ่งขึ้น





เทคนิคการตีพิมพ์ผลงานวิจัย

นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ/นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย สำนักงานวิจัยและบริการวิชาการ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NS Lunch Talk ครั้งที่ 2/2554 ในหัวข้อ “เทคนิคการตีพิมพ์ผลงานวิจัย” สำหรับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ เป็นการแนะนำเทคนิคการตีพิมพ์ผลงานวิจัย โดยมีกูรูผู้รู้มาชี้แนะแนวทาง คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ อาจารย์จากภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ให้เกียรติมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวันอังคารที่ 22 กุมภาพันธ์ 2554 ณ ห้อง 504 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรยากาศการพูดคุยกันในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ได้กล่าวถึงเทคนิคการตีพิมพ์ผลงานวิจัยว่ามีจุดหลักที่ควรเน้นคือ “การเตรียม” ใน 5 ประเด็นสำคัญๆ คือ

1. เตรียมตัว ได้แก่ การค้นหาตัวตนให้พบ, การค้นหาความเป็นนักวิจัยของตนเองให้พบ, การค้นหาเป้าหมายในชีวิต, การบริหาร “เวลา” และ “ชีวิต” เพื่อให้เกิดความสมดุลกัน เช่น การลดเวลาส่วนตัวลงบางส่วนและเพิ่มเวลาให้กับการทำงานวิจัย เป็นต้น), การปรับเปลี่ยนนิสัย บุคลิกภาพ การแสดงออกให้เป็นแบบ “นักวิจัย”, ทักษะ : ฟัง พูด อ่าน เขียน

และทักษะเพิ่มเติมด้านการค้น → คิด → วิเคราะห์ → สังเกต

โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ได้กล่าวว่า ทักษะการอ่านและการค้นมีความสำคัญมาก **การค้นที่ดีนั้นจะต้องค้นให้เร็ว ค้นให้เก่ง ค้นให้แม่น และค้นให้ตรงประเด็น จึงจะมีความได้เปรียบกว่าผู้อื่น**

2. เตรียมงาน ได้แก่ การหาความโดดเด่นในงานวิจัยของเรา, ต้องศึกษาอย่างต่อเนื่อง ลุ่มลึก รอบรู้ แดกฉาน และที่สำคัญคือ ต้องทันสมัย, การเลือกที่จะเป็นศิลปินเดี่ยวหรือสร้างทีม ซึ่งทั้งสองแบบนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป แต่หากเป็นงานวิจัยขนาดใหญ่ควรใช้แบบการสร้างทีม, การเริ่มต้นด้วยการสร้าง “คำถามวิจัย”

3. เตรียมเขียน

- ศึกษาก่อนล่วงหน้าว่าจะนำผลงานวิจัยลงตีพิมพ์ในวารสารใด โดยศึกษาจากการยอมรับในระดับชาติหรือนานาชาติ รวมถึงงานวิจัยที่สามารถลงตีพิมพ์ในวารสารประเภทใดได้บ้าง

- ศึกษาเปรียบเทียบ ข้อบังคับต่างๆ ของวารสารที่ต้องการลงตีพิมพ์ผลงานวิจัย รวมถึงรูปแบบงานวิจัย วิธีวิจัย ผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ สรุปผลการวิจัย ฯลฯ

สำหรับการเขียนงานวิจัยนั้น มีเทคนิคที่น่าสนใจ ดังนี้

- 1) เริ่มจากการเขียนในเชิงกว้าง อย่างรวดเร็วและหยวบ
- 2) จากการเขียนอย่างหยวบๆ ก็ปรับให้เป็นเชิงลึกมากขึ้น
- 3) ทำการแก้ไขไปเรื่อยๆ (โดยขั้นตอนนี้อาจให้ผู้อื่นช่วยตรวจให้ เพราะจะให้เห็นมุมมองที่ต่างออกไป)

4) อ่านต้นฉบับก่อนส่งลงตีพิมพ์อย่างรอบคอบ

- ทำการส่งผลงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ และควรจำไว้ว่า “ขั้นตอนทุกอย่างต้องใช้เวลา”



4. **เตรียมแก้ไข** เมื่อส่งผลงานวิจัยแล้ว จะมีผู้ตรวจผลงานวิจัยให้กับเรา ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ จากนั้นทางผู้ตรวจจะส่งผลการตรวจให้แก่บรรณาธิการ และส่งต่อถึงเรา โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ได้รับคำแนะนำ/ข้อแก้ไข ก็คือผู้ที่เขียนผลงานวิจัยไม่ชัดเจนหรือถูกต้อง ถ้าหากเราคิดว่าผลงานวิจัยของเรามีความชัดเจน ถูกต้อง และไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว ก็ให้แย้งกลับอย่างมีเหตุผล

5. **เตรียมใจ** หากผลที่ได้รับคือ การไม่ได้รับการตีพิมพ์ผลงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ แนะนำว่า **ให้คิดว่าเป็น “ความท้าทาย” และให้ใช้ “ความพยายาม” ในการสร้างผลงานใหม่อีกครั้ง**

สิ่งที่อยากจะเล่าถึง ผลจากการสร้างสรรค์ผลงานวิจัยของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ในรอบ 6 ปี โดยท่านสามารถสร้างโครงร่างการวิจัยที่สามารถทำวิจัยได้หลายเรื่อง ซึ่งสามารถเสนอขอรับทุนวิจัยจากแหล่งทุนได้ถึง 3 แหล่งทุน และยังมีบทความที่ได้รับการตีพิมพ์อีกหลายเรื่อง ซึ่งในการผลิตผลงานวิจัยนี้ ได้มีการวางแผนและเตรียมการดำเนินโครงการวิจัย รวมถึงการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างลุ่มลึก

ท้ายกิจกรรม NS Lunch Talk ในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เห็นพลังและแรงจูงใจในการทำงานของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ พร้อมเคล็ดลับส่วนตัวที่ทำให้เห็นแนวทางในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและเทคนิคต่างๆ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยต่อไป





ประเด็นและคำถามสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ FTA

นางสาวเบญจวรรณ บุญรงค์ ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย สำนักงานวิจัยและบริการวิชาการ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NS Lunch Talk ครั้งที่ 3/2554 ในหัวข้อ “ประเด็นและคำถามสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าบริการ (FTA)” สำหรับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ เป็นการแนะนำ FTA และคำถามสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ FTA โดยมีรศ.ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554 ณ ห้อง 1103/3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรยากาศการพูดคุยกันในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ โดยรศ.ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ ได้กล่าวถึงความเป็นมาของ FTA รูปแบบการค้าบริการระหว่างประเทศ ประเด็นและคำถามสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดที่น่าสนใจ ดังนี้

- **ความเป็นมา**

เขตการค้าเสรี (Free Trade Area: FTA) เป็นการรวมกลุ่มเศรษฐกิจ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาษีศุลกากรระหว่างกันภายในกลุ่มที่ทำข้อตกลงให้เหลือน้อยที่สุดหรือเป็น 0% และใช้อัตราภาษีที่สูงกว่ากับประเทศนอกกลุ่มข้อตกลง รวมไปถึงการเปิดเสรีด้านบริการ (Service) และการลงทุน

กรอบความตกลงว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Service: GATS) ระหว่างประเทศ

กลุ่มประเทศที่มีการเจรจาการค้าเสรี (FTA) กับไทย: ไทยมีประเทศคู่เจรจา ทั้งหมด 14 คู่ และในกลุ่มอาเซียน

อาเซียน (ASEAN) มีสมาชิก 10 ประเทศ ซึ่งเข้าร่วมเป็นสมาชิกในเวลาต่างกัน 1) บรูไน 2) กัมพูชา 3) อินโดนีเซีย 4) ลาว 5) มาเลเซีย 6) พม่า 7) ฟิลิปปินส์ 8) สิงคโปร์ 9) ไทย 10) เวียดนาม

ความร่วมมือทางเศรษฐกิจของอาเซียน จากการรวมตัวกันเพื่อให้เกิดความมั่นคงแก่ประเทศสมาชิก อาเซียนได้จัดให้มีความร่วมมือทางเศรษฐกิจ 4 ด้าน

1. ด้านสินค้า เขตเสรีการค้าอาเซียน (AFTA) Common Effective Preferential Tariff (CEPT)

2. ด้านบริการ เกิดกรอบความตกลงด้านการค้าบริการ (AFAS: ASEAN Framework Agreement on Services)

3. ด้านการลงทุน (ASEAN Investment Area; AIA)

4. ด้านความร่วมมือ กลไกในความตกลงด้านการลงทุน (ASEAN Comprehensive Investment Agreement: ACIA) ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมและอำนวยความสะดวกการเปิดเสรีเพื่อให้เข้ามาลงทุนและการคุ้มครองการลงทุน

AFAS ปี 2539-2544 มุ่งเน้นการเปิดเสรีใน 7 สาขาบริการ

ปี 2558 เร่งรัดเปิดตลาดในสาขาบริการที่เป็นสาขาสำคัญ 5 สาขา โดยมีสาขาสุขภาพ เป็น 1 ใน 5



ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC)

ให้มีการเร่งรัดการรวมกลุ่มเพื่อเปิดเสรีสินค้าและบริการสำคัญ 12 สาขา (priority integration sectors) ได้แก่ การท่องเที่ยว การบิน ยานยนต์ ผลิตภัณฑ์ไม้ ผลิตภัณฑ์ยาง สิ่งทอ อิเล็กทรอนิกส์ สินค้าเกษตร ประมง เทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพ และโลจิสติกส์ ในปี 2558

การค้าบริการระหว่างประเทศ

สาขาการค้าบริการ

ตามคำนิยามขององค์การการค้าโลก (WTO) ได้แบ่งสาขาการค้าบริการเป็น 12 สาขา

1. บริการด้านธุรกิจ (Business Services) ครอบคลุม**บริการวิชาชีพ**
2. บริการด้านสื่อสารคมนาคม (Communication Services)
3. บริการด้านก่อสร้างและวิศวกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการก่อสร้าง (Construction and Related Engineering Services)
4. บริการด้านการจัดจำหน่าย (Distribution Services)
5. บริการด้านการศึกษา (Education Service)
6. บริการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Services)
7. บริการด้านการเงิน (Financial Services)
8. **บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบริการทางสังคม (Health Related and Social Services)**
9. บริการด้านการท่องเที่ยวและการเดินทางที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการท่องเที่ยว (Tourism and Travel Related Services)
10. บริการด้านนันทนาการ วัฒนธรรมและการกีฬา (Recreational, Cultural and Sporting Services)
11. บริการด้านการขนส่ง (Transport Services)
12. บริการด้านอื่นๆ (Other Services not Included Elsewhere)

บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพ มี 2 ด้าน คือ

ข้อที่ 1 บริการด้านธุรกิจ (Business Services) ในหมวดบริการวิชาชีพ (Professional Services) ได้แก่ 1A-H บริการการแพทย์และทันตแพทย์ (Medical and Dental Services) 1A-I บริการสัตวแพทย์ (Veterinary Services) และ 1A-J **บริการผดุงครรภ์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์ (Services Provided by Midwives, Nurses, Physiotherapists and Para-Medicine Personnel)**

ข้อที่ 8 บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบริการทางสังคม (Health Related and Social Services) ได้แก่ Hospital Services และ other Human Health Services นอกเหนือจาก 1A-J รวมถึงนวดแผนไทย สปาฯ

- **รูปแบบการค้าบริการระหว่างประเทศ**

ในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ GATS (General Agreement on Trade in Service) จำแนกสาขาบริการเป็น 4 รูปแบบ (Modes of Supply)



รูปแบบที่ 1 : Mode 1 การให้บริการข้ามพรมแดน (Cross Border Supply) หรือเรียกว่า การค้าบริการ mode 1 หมายถึง การให้บริการข้ามพรมแดนโดยที่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการต่างอยู่ประเทศของตน โดยผู้ให้บริการไม่ต้องปรากฏตัวอยู่ในประเทศประเทศลูกค้า แต่ตัวบริการเคลื่อนย้ายไปยังผู้รับบริการได้ โดยอาศัยโทรศัพท์ โทรสารหรือสิ่งอิเล็กทรอนิกส์ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านสื่อ การส่งข้อมูลออนไลน์ การบริการโทรคมนาคม การศึกษาผ่านทางไกล และบริการให้คำปรึกษาผ่าน internet เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 : Mode 2 การบริโภคข้ามพรมแดน (Consumption Abroad) หรือเรียกว่า การค้าบริการ mode 2 หมายถึง ผู้รับบริการเคลื่อนย้ายไปยังประเทศผู้ให้บริการ เป็นการให้บริการที่เกิดขึ้นในพรมแดนของประเทศผู้ให้บริการ โดยอาศัยการเคลื่อนย้ายของผู้บริโภคเป็นเงื่อนไขสำคัญ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ บริการด้านการท่องเที่ยว การออกไปรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลต่างประเทศ การไปศึกษาในต่างประเทศ เป็นต้น

รูปแบบที่ 3 : Mode 3 การเข้าไปจัดตั้งสถานประกอบการ (Commercial Presence) หรือเรียกว่า การค้าบริการ mode 3 หมายถึง การจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการในต่างประเทศ เป็นการเข้าไปลงทุนจัดตั้งธุรกิจในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้บริการในประเทศลูกค้า เช่น บริษัทต่างชาติเข้ามาเปิดสาขาในประเทศไทย หรือบริษัทไทยไปเปิดสาขาในต่างประเทศ เป็นต้น

รูปแบบที่ 4 : Mode 4 การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามพรมแดน (Presence of Natural Persons) หรือเรียกว่า การค้าบริการ mode 4 หมายถึง การที่บุคคลธรรมดาของประเทศหนึ่งเดินทางเข้าไปทำงานในอีกประเทศหนึ่ง เป็นการเข้าไปทำงานประกอบอาชีพในสาขาบริการด้านต่างๆ เป็นการชั่วคราว ในประเทศลูกค้า เช่น วิศวกรต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย คนไทยเดินทางไปประกอบอาชีพแพทย์ในสหรัฐฯ ครูต่างชาติเข้ามาให้บริการสอนภาษาในประเทศไทย เป็นต้น

- ประเด็นและคำถามสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ FTA

ภาพรวม

1. การวิเคราะห์กระบวนการทางนโยบาย (policy process) ของการพัฒนานโยบายการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ
2. การคาดการณ์สถานการณ์การค้าด้านบริการสุขภาพระหว่างประเทศไทยในอนาคต (เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านนโยบายและศักยภาพของประเทศ)

รูปแบบที่ 1 การบริการข้ามพรมแดน (Cross border services)

3. ผลดีและผลเสียที่ประเทศไทยได้รับจากการทำ outsource บริการทางการแพทย์ ทั้งในฐานะผู้รับงานและผู้จ้างงาน
4. การทำ outsource บริการทางการแพทย์ มีความคุ้มค่าการใช้จ่ายหรือไม่อย่างไร
5. ผลกระทบจากการให้บริการทางการแพทย์ผ่านระบบ on-line

รูปแบบที่ 2 การรับบริการในต่างประเทศ (Consumption abroad)

6. การวิเคราะห์ช่องว่างการให้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย การให้บริการแก่ประชาชนไทยเพียงพอหรือไม่ และประเทศไทยมีอุปสงค์การให้บริการมากพอที่จะให้กับชาวต่างชาติหรือไม่



7. ผลกระทบจากการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศ (excellent centre) ของโรงเรียนแพทย์ต่อระบบการบริการสุขภาพ (excellent centre) ของโรงเรียนแพทย์ต่อระบบบริการสุขภาพ (ทั้งด้านบวกและลบ)
รูปแบบที่ 3 การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (Commercial presence)
8. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของการลงทุนตรง (FDI) ในธุรกิจบริการสุขภาพ และผลกระทบต่อระบบการบริการสุขภาพของไทย
9. วิเคราะห์ผลกระทบต่อระบบการบริการสุขภาพของไทยจากการขยายการลงทุนในโรงพยาบาล ภายใต้ AFAS
รูปแบบที่ 4 การให้บริการโดยบุคคลธรรมดา (Movement of natural person)
10. สมองไหลภายในประเทศเกิดขึ้นจริงหรือไม่ และจากสาเหตุอะไรบ้าง
11. การรับแพทย์ชาวต่างชาติเข้ามาทำงาน เพื่อรองรับ Medical Hub
12. การเคลื่อนย้ายของบุคลากรสาธารณสุขกับการพัฒนาศักยภาพ
13. ผลกระทบจาก MRAs ภายใต้ AFAS

ท้ายกิจกรรม NS Lunch Talk ในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เห็นประเด็นการวิจัยด้านบริการสุขภาพในเวทีประชาคมอาเซียนชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานวิจัยต่อไป





กิจกรรมที่ 2

ถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญอายุราชการ

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์



Experience in Teaching Nurse Students related to Children with Heart Disease

วันที่ 22 สิงหาคม 2554

อ.วรรณไพโร แยมมา/อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิศย์ ผู้ลิขิต

รองศาสตราจารย์ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร ได้เล่าถึงความเป็นมาก่อนที่จะมาเป็นอาจารย์สอน Cardio ว่า สมัยก่อนเรียนหลักสูตร Cardiothoracic Nursing Specialty ระยะเวลาในการอบรม 6 เดือน ซึ่งหลักสูตรค่อนข้างเข้มงวด อาจารย์แนะนำว่าในการเรียนการสอนหัวข้อใดก็ตามเราต้องคลุกคลีอยู่กับสิ่งที่เราสอนเพื่อจะทำให้เราจำและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ถ้าไม่ได้ทบทวนบ่อยๆ ก็จะลืม สำหรับประเด็นที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ เป็นเรื่อง “สอน Cardio อย่างไรให้เข้าใจ” ซึ่งมีรายละเอียดที่น่าสนใจหลายเรื่อง ดังนี้

1. อาจารย์ผู้สอนต้องเข้าใจ Anatomy และ physiology ของหัวใจและหลอดเลือดอย่างลึกซึ้ง เพื่อที่จะเข้าใจความผิดปกติของโรคแต่ละโรคว่ามีกลไกการไหลเวียนที่ผิดปกติอย่างไร และจะส่งผลให้เกิดอาการและแสดงอาการอย่างไร เพราะถ้าไม่เข้าใจตรงนี้ก็ทำให้การพยาบาลไม่ถูกต้อง

2. การใช้สื่อการสอนที่ดี อาจารย์เล่าว่าในอดีตมีอุปกรณ์การสอนคือแผ่นใส แต่ปัจจุบันมีการใช้ power point และวีดิทัศน์หรือ Animation เป็นภาพเคลื่อนไหว ซึ่งช่วยเพิ่มความน่าสนใจมากขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนตั้งใจเรียนมากขึ้น ทำให้การเรียนการสอนสนุก ไม่น่าเบื่อ เพราะโรคหัวใจเป็นเรื่องที่ยากสำหรับนักศึกษา การสอนให้นักศึกษารู้สึกสนุกกับบทเรียนจะช่วยให้เข้าใจมากขึ้น เพราะฉะนั้นการใช้สื่อที่ดีที่แสดงโครงสร้างของหัวใจและการไหลเวียนของเลือดในแต่ละโรคที่ชัดเจน จะนำไปสู่ความเข้าใจและการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละโรคได้

3. การวาดไดอะแกรมประกอบการอธิบาย เวลาอาจารย์ขึ้น ward อาจารย์จะมีกระดาษหน้าเดียวพร้อมกบดินสอ เมื่อเจอผู้ป่วยโรคหัวใจ อาจารย์จะวาดการไหลเวียนของเลือดให้นักศึกษาดูว่า ทิศทางการไหลเวียนของเลือดเป็นอย่างไร ถ้าเลือดแดงไปเลี้ยงร่างกายอย่างเด็วเด็กก็จะไม่เขียว หรือถ้าทั้งเลือดดำและเลือดแดงไปเลี้ยงร่างกายก็จะทำให้เด็กเขียว หรือดูที่มีปริมาณเลือดไปพอกปอดมากหรือน้อย ถ้าเลือดไปพอกที่ปอดมากก็ต้องป้องกันไม่ให้เกิด Heart Failure หรือให้การดูแลผู้ป่วยแบบ Heart Failure แต่ถ้าเลือดไปพอกที่ปอดน้อยก็ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด Anoxic spell ซึ่ง Heart Failure และ Anoxic spell เป็นภาวะวิกฤติที่จะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ดังนั้น การสอนให้นักศึกษาเข้าใจ Anatomy และโครงสร้างการไหลเวียนของเลือดแต่ละโรค จะทำให้เข้าใจความผิดปกติและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยไม่ต้องท่องจำ

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน



หัวใจแห่งความเป็นครู

รศ.พัสนมภ์ คุ่มทวีพร ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลรากฐานมีนโยบายให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ในภาควิชาฯ จึงได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ โดยมีรองศาสตราจารย์ถนอมขวัญ ทวีบุรณ ให้เกียรติเป็นวิทยากรในหัวข้อเรื่อง “หัวใจแห่งความเป็นครู” เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2554 เวลา 12.00-14.00 น. ณ ห้อง 1010 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้อยู่ภายใต้กรอบคำถาม ดังต่อไปนี้

ความหมายของครู ครูคือใคร ?

วิทยากร : ครูคือผู้ที่ศิษย์พึงเคารพ อาจารย์คือผู้ที่ศิษย์พึงประพฤติโดยเอื้อเพื่อ หน้าที่ของครูหรืออาจารย์คือ การสร้างคนให้เป็นคนดีหรือเป็นคนชั่ว

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ครูต้องมีศรัทธาในตนเอง เพราะเป็นผู้ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมเป็นหลัก

ครูควรมีคุณสมบัติอย่างไร ?

วิทยากร : ครูหรืออาจารย์คือผู้ที่มีคุณสมบัติ 3 ข้อ ได้แก่

- 1) อดทน อดกลั้น อดอ้อม
- 2) ทดแทนบุญคุณของครูบาอาจารย์ของตน
- 3) รักเข้าใจในลูกศิษย์และผู้อื่น

และประกอบด้วยคุณสมบัติของกัลยาณมิตร ได้แก่

- 1) นำรัก เข้าถึงจิตใจ
- 2) นำเคารพ เป็นผู้หนักแน่น เป็นที่พึ่ง
- 3) นำเจริญใจ มีความรู้ มีภูมิปัญญา
- 4) รู้จักพูด คือรู้ว่าควรพูดเมื่อใด ควรพูดอะไร และควรพูดอย่างไร

รวมทั้งต้องตั้งใจประสิทธิ์ประสาทความรู้ สอนได้ลึกซึ้ง สอนสิ่งที่ไม่รู้ ให้รู้ สอนสิ่งที่ไม่เป็นให้เป็น และไม่ชักจูงในทางเสื่อมเสีย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ครูต้องตั้งใจประสิทธิ์ประสาทความรู้

คณะจะได้อะไรเมื่อครูมีหัวใจแห่งความเป็นครู?

วิทยากร : ถ้าครูพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ของเรามีหัวใจของความเป็นครูจะเกิด พลังมากมายทั้งพลังแห่งความดี พลังแห่งสติปัญญา พลังแห่งสังคม (เป็นหนึ่งเดียวกัน) พลังแห่งการเยียวยามนุษย และพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงเชิงสร้างสรรค์

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ครูและนักศึกษาจะมีความสุขและเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น



สรุป

ศิษย์จะดี	เพราะมีครู	ช่วยชูเซ็ด
ครูจะเลิศ	เพราะมีธรรม	น่านบไหว
ครูรักศิษย์	ศิษย์เทิดครู	คู่กันไป
เป็นหลักชัย	ในชีวิต	ศิษย์กับครู

ภาควิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวชศาสตร์



ประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา

อ.กลิ่นชบา สุวรรณรงค์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “ประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา” เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2554 เวลา 10.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 901 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณมา คงสุริยะนาวิณ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณมา คงสุริยะนาวิณ ได้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้ไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการช้า ร่วมกับหน่วยพัฒนาการเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยอาศัยกิจกรรมหลายอย่างและความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

โดยเริ่มจากการเชิญครอบครัวของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ที่สนใจเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม โดยและใช้กระบวนการกลุ่ม Self help group โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มผู้ปกครองที่มีเด็กพิเศษ ซึ่งผู้ปกครองพึงพอใจและยอมรับเนื่องจากเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยในกลุ่มจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะครอบครัวใหม่ที่เริ่มมีเด็กกลุ่มอาการดาวน์หรือเด็กพิเศษ การให้ความรู้จากวิทยากร เช่น พยาบาล ครู และบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม

นอกจากนั้นยังมีการจัดให้มีค่ายไอนุ่นเพื่อลูกรัก ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมร่วมกันของครอบครัวที่มีเด็กพิเศษ กลุ่มอาการดาวน์ ซึ่งผลการจัดกิจกรรมในปี 2548 ซึ่งจัดกิจกรรมค่ายไอนุ่นร่วมกับโรงเรียนกาญจนาภิเษกสมโภช ได้รับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก จึงได้มีการดำเนินการจัดกิจกรรมต่อเนื่องโดยมีข้อกำหนดว่าจะจัดทั้งทางด้านวิชาการ และกิจกรรมค่ายไอนุ่นเพื่อลูกรัก ปีละ 1-2 ครั้ง

สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรม เช่น การปรับทัศนคติต่อเด็กพิเศษ โดยพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กพิเศษกลุ่มอาการดาวน์มักจะมีเชื่อหรือคิดเสมอว่าเด็กไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเด็กปกติ เมื่อเด็กพูดไม่ได้หรือส่งเสียงอ้อแอ้ก็จะไม่กระตุ้นหรือฝึกให้เด็กพูดแต่จะช่วยเหลือเด็กทันที ทำให้เด็กไม่เกิดการพัฒนาการ ดังนั้นจึงควรมองว่าเด็กสามารถพัฒนาได้ จึงควรส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะด้านการสื่อสาร เช่น ฝึกพูดคำว่า “ขอ” หรือคำแสดงความต้องการอื่นๆ และการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมต่อไป เช่น ปัญหาเด็กขว้างปาข้าวของ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรจับมือเด็กไม่ให้ทำพฤติกรรมดังกล่าวและมีการสอน โดยมีหลักว่า “พูดซ้ำๆ ย้ำบ่อยๆ” ฯลฯ ไม่ควรลงโทษ แต่ใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแทน เช่น เด็กกลุ่มอาการดาวน์บางคนมีมนุษยสัมพันธ์ดีเกินไปมักจะกอดทุกคนโดยไม่เลือกว่าใคร ผู้ปกครองก็ต้องสอนหรือบอก เตือน หรือจับมือไว้และบอกว่า กอดไม่ได้ ฯลฯ

ส่วนในครอบครัวเดียวกันที่มีลูกที่เป็นเด็กปกติและเด็กพิเศษพ่อแม่ ไม่ควรเปรียบเทียบกัน เน้นการช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ให้พี่น้องช่วยเหลือกันและรักกันการสอนเด็กอาจจะใช้วิธีการเล่นไปด้วยแล้วสอนหรือการเล่านิทานที่แทรกการสอน ฯลฯ

นอกจากนั้นผู้ปกครองไม่ควรปกป้องเด็กมากเกินไป (Over protect) ควรมองหาจุดดีหรือความสามารถของเด็กพิเศษ สร้างทัศนคติให้ผู้ปกครองเข้าใจและยอมรับในระดับพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กว่าสามารถพัฒนาการได้ไปจนถึงระดับหนึ่งแต่ไม่ควรคาดหวังมากเกินไป และควรมองข้อดีหรือศักยภาพด้านอื่นของเด็กด้วย และเด็กแต่ละ



คนจะมีปัญหาและลักษณะที่แตกต่างกันไปตามบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการจึงมีความแตกต่างกันในเด็กแต่ละคน จึงต้องมีการยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

สำหรับแนวทางในการให้คำปรึกษาพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก ในครั้งแรกนั้น พ่อแม่เด็กจะแนะนำตัวเอง เปิดโอกาสให้มีการเล่าปัญหา แสดงความรู้สึก ความกังวลใจที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะครอบครัวใหม่ที่เพิ่งรับรู้ว่ามีเด็กกลุ่มอาการดาวน์หรือเด็กพิเศษเกิดขึ้นในครอบครัว

โดยจะมีการแสดงความเห็นใจ หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เน้นการให้กำลังใจพ่อแม่ก่อนว่าหากไม่มีกำลังใจ จะทำให้การเริ่มต้นกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าไปด้วย

สรุปหลักการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์หรือเด็กพิเศษ

1. สร้างสัมพันธภาพร่วมกันและปรับทัศนคติที่ดีต่อเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ในกลุ่มผู้ปกครอง
2. เน้นการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในกลุ่มผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กซึ่งจะมีความยั่งยืน
3. มีความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพ
4. การแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับรายละเอียดของแต่ละบุคคล (Individual)
5. ในกลุ่มเด็กที่มีการเจ็บป่วยทางกายต้องแก้ไขหรือรักษาอาการทางกายก่อน



กิจกรรม Share & Learn:
คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์



Share & Learn: ค่ายเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์

นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “Share & Learn : ค่ายเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์” ขึ้น เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2554 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้อง 1111 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการให้มากขึ้นในคณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับวันนี้ก็ได้รับเกียรติจากผู้เกษียณอายุราชการ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ถนอมขวัญ ทวีบุรณ รองศาสตราจารย์สุนีย์ สุนทรมีเสถียร รองศาสตราจารย์ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณมา คงสุริยะนาวิณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ถวิล นภาพงศ์สุริยา มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในประเด็นคำถามที่น่าสนใจ ดังนี้

1. จุดเริ่มต้นของการเป็นอาจารย์พยาบาล ?

รองศาสตราจารย์ถนอมขวัญ ทวีบุรณ : จุดเริ่มต้นของการเป็นพยาบาล คือตนเองเรียนอยู่ที่โรงเรียนสตรีวัดระฆัง แล้วไม่รู้จะเรียนที่ไหน เลยมาสมัครเรียนที่คณะพยาบาลศาสตร์ แล้วก็สอบได้ที่นี้ ถามว่ามีความสุขไหม ในรุ่นแรกๆ เรียนหนัก ฝึกหนัก กฎระเบียบเข้มงวด ระบบอาวุโสเข้มแข็งมาก การเรียนหนัก ฝึกหนัก ทำให้มีประสบการณ์ และทำให้มีความสุขกับการเรียนและการทำงาน แล้วจากนั้นได้มาเรียนปริญญาตรี และเมื่อเรียนจบแล้วก็ได้กลับไปทำงานต่อ ต่อมาเมื่อคณะฯ เปิดหลักสูตรระดับปริญญาโท ตนเองก็ได้มาเรียนต่อ รุ่นที่ 3 ในขณะนั้นมีรุ่นพี่เคยบอกกับตนเองว่าตนเองสามารถเป็นอาจารย์ที่ดีได้ ซึ่งตนเองก็คิดว่าขณะเรียนหนังสือตนเองได้แบบอย่างที่ดีจากอาจารย์ร้อยเปอร์เซ็นต์ จึงอยากบอกน้องๆ ว่าอาจารย์จะเป็นแบบอย่างที่ดีของนักศึกษาทั้งในเรื่องของควมมีระเบียบวินัย ความเรียบร้อย การมองโลกในแง่ดี จิตอาสา ฯลฯ และในปี พ.ศ. 2530 ก็ได้ย้ายมาเป็นอาจารย์ประจำอยู่ที่ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

รองศาสตราจารย์สุนีย์ สุนทรมีเสถียร : จริงๆ ถามว่าอยากเรียนพยาบาลไหม ตอนเป็นเด็กไม่ชอบเลย กลัวพยาบาลมาก เพราะตอนเด็กๆ เคยนอนอยู่โรงพยาบาล แล้วพยาบาลดุมาก ตอนนั้นเกิดอุบัติเหตุและเป็นแผลพยาบาลได้ตัดผ้าพันแผลออก ตนเองรู้สึกเจ็บจึงร้องไห้ แต่พยาบาลกลับถามว่าแค่นี้ก็เจ็บด้วยหรือ และตอนเด็กๆ คุณครูก็ดุมาก จึงคิดว่าตนเองจะไม่ใช่ครูแน่นอน แต่กลับเอ็นทรานซ์ได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ โดยเรียนเป็นเวลา 4 ปี และเรียนต่อการพยาบาลผดุงครรภ์อีก 6 เดือน จากนั้นก็ได้มีโอกาสเข้ารับการสัมภาษณ์คล้ายๆ กับโครงการช่างเผือกในสมัยนี้ และได้เป็นครูพยาบาล โดยการ turn สติศาสตร์ก่อน 1 ปี

รองศาสตราจารย์ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ : ถามว่าชอบเป็นครูไหม ต้องบอกว่าไม่ชอบเป็นครู เริ่มต้นไม่เคยคิดอยากที่จะเป็นครูเลย จึงหนีจากการเลือกราชภัฏ ซึ่งสมัยนั้นดังมาก ถ้าใครได้เป็นครูจะถือว่าเป็นสุดยอดวิชาชีพในสมัยนั้น ตนเองได้สอบเอ็นทรานซ์ซึ่งสามารถเลือกได้ 4 อันดับ ตนเองจึงเลือกคณะพยาบาลศาสตร์เป็นอันดับที่ 4 แล้วก็ได้คณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งพ่อแม่ก็ดีใจว่าอย่างน้อยก็เป็นวิชาชีพที่มีงานทำ และตนเองก็มีความมุ่งมั่นที่จะเรียน สมัยเรียนตนเองได้อยู่หอพักนักศึกษาพยาบาล ทำให้ได้รู้จักรุ่นพี่และมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับรุ่นพี่ ซึ่งรุ่นพี่ที่สนิทก็ได้รับคัดเลือกมาเป็นครูพยาบาล และตนเองก็ได้เกิดความประทับใจในตัวรุ่นพี่ท่านหนึ่งว่าเป็นต้นแบบของความเป็นครูด้วยความที่ตนเองเป็นคนที่ยึดหัวขี้ตาย และไม่กล้าพูด เพราะตอนไปฝึกงานที่ ward ตนเองได้คำแนะนำ และกำลังใจ



ในการทำงานให้สำเร็จ ซึ่งตนเองก็ประทับใจและฝังใจตั้งแต่เรียนอยู่ปี 3 แล้ว และเมื่อตนเองเรียนจบปริญญาตรีในปี พ.ศ. 2517 ก็ได้เรียนต่อสุติศาสตร์อีก 6 เดือน จากนั้นก็ได้สมัครเป็นอาจารย์ที่คณะฯ ในภาควิชาสุติศาสตร์ฯ โดยเลือกเป็นอันดับหนึ่ง และเลือกภาควิชากุมารฯ เป็นอันดับสอง เพราะตอนนั้นรู้สึกสนุกมากกับการฝึกงานที่ ward สุติศาสตร์ฯ แต่กลับได้มาเป็นอาจารย์ประจำอยู่ที่ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์จนถึงปัจจุบัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณมา คงสุริยะนาวัน : มีความรู้สึกไม่ชอบครู เพราะสมัยเด็กๆ พอไม่ชอบครูท่านไหนก็จะพาเพื่อนๆ ไปเดินขบวนประท้วง สมัยเรียนอยู่ปี 4 ตนเองได้เรียนรู้นักไข้ที่อยู่ในสถานะใกล้ตาย ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ที่ดีมาก ตอนนี้อาจป่วยที่กระวนกระวาย ตนเองจำได้ว่าไปคุยกับคนไข้เพื่อให้เขารู้สึกสงบ และเขาก็จากไปอย่างสงบ ซึ่งทำให้ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นพยาบาลอย่างมาก พอเรียนจบแล้วจึงเลือกอยู่ที่ห้องผ่าตัด คอ หู จมูก และเรียนต่อครุศาสตร์ เมื่อเรียนจบก็ได้มีโอกาสสมัครเป็นอาจารย์ ซึ่งตนเองก็คิดว่าการทำงานเป็นพยาบาลก็มีความสุข แต่ถ้าได้มีโอกาสเป็นอาจารย์ก็จะเป็นการสร้างคน ก็เลยเริ่มที่จะเปลี่ยนเข้ามาเป็นอาจารย์ ถ้ามองว่าเป็นอาจารย์เป็นสิ่งที่ตนเองไม่ชอบแต่จะทำให้ดีที่สุดใน เพราะฉะนั้นเวลาที่สอนก็จะสนุกกับการสอน แม้กระทั่งอยู่ที่ห้องผ่าตัดก็จะสอนน้องๆ โดยสอนในลักษณะเป็นเหตุเป็นผล ขณะมาอยู่ที่คณะฯ สาขาจิตเวชส่วนใหญ่จะเป็นการสอนในลักษณะนามธรรม จึงต้องพยายามสอนในเชิงปฏิบัติ ในการสอนก็จะพยายามเดินไปหานักศึกษา พูดคุยกับนักศึกษา และพยายามดึงเอาชีวิตประจำวันเข้ามาหานักศึกษา และจากประสบการณ์คิดว่าถ้าเรารักที่จะอยู่กับงานแล้วสนุกกับงานเราก็จะมีความสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถวิล นภาพงศ์สุริยา : จากการเลือกมาเรียนพยาบาลนั้น เรื่องของทัศนคติมีความสำคัญมาก เนื่องจากที่เลือกเรียนพยาบาลเพราะใจชอบจริงๆ สมัยเรียนอยู่มัธยมศึกษาตอนต้น มีอาจารย์ท่านหนึ่งที่มีความรู้สึกที่ดีต่อพยาบาล เวลาอาจารย์พูดก็จะบอกว่าเป็นผู้หญิงน่าจะเรียนพยาบาล พยาบาลดีอย่างนั้นอย่างนี้เราก็จะฟังมา พอถึงช่วงใกล้สอบเอ็นทรานซ์ก็เลยคิดว่าอยากเรียนพยาบาล พอสอบเอ็นทรานซ์ติดพยาบาลที่จุฬาก็เลยเลือกเรียนที่นั่น พอถึงจุดที่ถามว่าทำไมถึงมาเป็นอาจารย์ ถ้ามองว่าเป็นพยาบาลมีความรู้สึกชอบมาก ชอบทำงานบริการ มีความสุขกับการทำงาน แต่ที่ไม่ชอบเป็นอาจารย์ เพราะไม่ชอบสอน จนกระทั่งบัดนี้ก็ไม่ชอบอะไรที่ต้องมาอยู่หน้าชั้นแบบนี้ ยกเว้นตอนสอนนักศึกษา และต่อมาก็ได้ไปเรียนต่อครุศาสตร์ สาขาจิตเวช เหตุผลที่เลือกเรียน เพราะเพื่อนชวนก็เลยเรียนตามเพื่อน ขณะขึ้นปฏิบัติวันสุดท้าย อาจารย์ที่สอนปฏิบัติบอกว่าตนเองไม่เหมาะที่จะเรียนจิตเวช ควรจะเรียนสุติฯ ดีกว่า เพราะเป็นคนไม่ค่อยพูด เพราะสุติฯ ไม่ต้องพูด จนกระทั่งเรียนจบก็ไม่คิดที่จะเป็นครู และทางภาควิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เปิดรับสมัครอาจารย์พยาบาล และเนื่องจากแม่ของตนเองอาศัยอยู่ที่นั่น แม่ก็เลยอยากให้ไปอยู่ที่นั่น จึงได้ไปสมัครและได้ทำงานอยู่ที่นั่น ครั้งแรกที่ตนเองเข้าทำงานมีอาจารย์ท่านหนึ่งชื่ออาจารย์ทองใบ ท่านเป็นคนสอนทุกสิ่งทุกอย่างของความเป็นครูให้ จึงทำให้ตนเองได้แบบอย่างของความเป็นครูมาจากท่าน ต่อมาเมื่อมีเหตุที่ต้องย้ายมาอยู่ที่คณะฯ ก็เพราะสามีทำงานอยู่ที่กรุงเทพฯ เลยอยากย้ายมาอยู่กับครอบครัว และได้มาเป็นอาจารย์ประจำอยู่ที่ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์จนถึงปัจจุบัน

2. เคล็ดไม่ลับของอาจารย์ในการสอนนักศึกษา (ปั้นดินให้เป็นดาว)

รองศาสตราจารย์ถนอมขวัญ ทวีบุรณ : ด้วยตัวเองอยู่ฝ่ายบริการมา 15 ปี จึงมีประสบการณ์ในการมองเห็นสิ่งต่างๆ มากมาย แต่พอเรามาสอนลูกศิษย์ เราก็จะไม่เอาประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับมามองนักศึกษาว่าแค่นี้เขาก็ทำ



ไม่ได้ทำไม่เป็น แต่เราจะย้อนกลับไปเมื่อเรายังเรียนใหม่ๆ ซึ่งยังทำอะไรไม่เป็น เพราะฉะนั้นเวลาสอนนักศึกษาถ้าเราดู นักศึกษาจะจนและทำอะไรไม่ถูก จะรู้สึกตื่นเต้น ความรู้ที่คิดว่าจะได้รับก็ไม่ได้ ฉะนั้นการดูนักศึกษาไม่ได้ทำอะไร ดีขึ้น แต่การให้ความรัก ความอบอุ่น และความเห็นอกเห็นใจ จะทำให้เด็กมีกำลังใจ กล้าพูด กล้าแสดงออก และ ยิ่งในปัจจุบันเด็กจะเผชิญกับปัญหามากมาย ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว วัยรุ่น วัฒนธรรม สังคมออนไลน์ ฯลฯ เพราะฉะนั้น อาจารย์จะเป็นคนสำคัญที่จะประคับประคองให้ลูกศิษย์ของเราก้าวไปในหนทางที่ถูกต้อง อย่างการสอน FN เราต้อง คิดว่าเราเป็นครูสอนเด็กอนุบาล เด็กยังจับปากกาไม่เป็น ต้องค่อยๆ สอน ค่อยๆ ชี้แนะ และให้เขายึดหลักความ ปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นอันดับหนึ่ง ก็จะบอกเด็กอยู่เสมอว่า คำว่ามาตรฐานวิชาชีพ เราเป็น professional ถ้าเรา ทำอะไรโดยที่ไม่มีความรู้ ไม่มีพื้นฐานอะไรเลย เราก็เหมือนกับกรรมกรหรือแรงงานที่ไร้ฝีมือ ก็จะพยายามสอน โดย เอาใจเขามาใส่ใจเรา ว่าเมื่อก่อนเรายังไม่รู้อะไรเลยเหมือนกัน ซึ่งจะทำให้เราสอนได้อย่างมีความสุข

รองศาสตราจารย์สุนีย์ สุทธิธรรมเสถียร : ตัวเองคิดว่านักศึกษาทุกคนมีศักยภาพที่จะทำ เพียงแต่บางคนสอน ยากบางคนสอนง่าย เริ่มแรกเราก็จะลา ward ให้เขาก่อน แล้วบอก Job งาน เสร็จแล้วเราก็จะให้กำลังใจกับเขาก่อน ว่าเขามีศักยภาพในการทำงาน แต่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจด้วย รวมถึงเวลาสอนจะต้องมีความสุขร่วมกัน ก็จะบอก เด็กเสมอว่า ถ้าทำไม่ถูกหรือไม่ได้เตรียมตัวมา เวลาโดนดุก็อย่าโกรธ เพราะสิ่งที่ครูสอนก็เพราะต้องการให้ทำเป็น และ เมื่อฝึกไปเด็กก็ควรจะทำได้ดีขึ้นและเร็วขึ้นด้วย

รองศาสตราจารย์ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร : คิดว่าคนเรามีความแตกต่างในหลายๆ อย่าง เพราะฉะนั้นเวลาทำ อะไรก็จะนึกถึงความแตกต่างของแต่ละคน และจะใช้หลักการ 2 ประการ ในการที่จะปั้นดินให้เป็นดาว คือใช้หลัก ธรรมชาติของมหาวิทยาลัย คืออัตตานุภาพ อุปะมังคะเร คือเอาใจเขามาใส่ใจเรา และอีกหลักธรรมชาติคือความมีเมตตา แต่ความมีเมตตาของตนเอง ก็คงไม่ใช่ว่าใจดีไปตลอด ต้องมีขอบเขตของความใจดี ยกตัวอย่างนักศึกษาที่มีใจที่จะทำ แต่เขาทำไม่ได้ ไม่กล้าทำ หรือกลัว ก็จะคล้ายกับอาจารย์สุนีย์ว่าสอนครั้งที่ 1 ไม่ได้ ครั้งที่ 2 เขาต้องเริ่มได้ และจะต้อง ได้ต่อไป ไม่ใช่ไม่ได้ตลอดไปคงไม่ใช่ ถึงบอกว่าความมีเมตตาต้องมีขอบเขตของความมีเมตตาด้วย และสิ่งสำคัญคือการ สร้างพลังใจให้กับคนที่ทำไม่ได้และเขาไฟที่จะเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้เขาสามารถทำได้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณฯ คงสุริยะนาวิณ : จากประสบการณ์ที่ ward รุ่นพี่ดูมาก ตนเองก็เลยคิดว่าเมื่อ ตนเองเป็นรุ่นพี่จะไม่ดุน้องแบบนี้ เพราะคิดว่าการเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากประสบการณ์ที่เลวร้าย ถึงแม้จะฝังใจก็จะฝังใจ เอาสิ่งที่เลวร้ายไป ก็เลยคิดว่าอยู่ OR จะไม่ดูเด็ดขาดเลย และจะพูดกับน้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล คือเอาใจเขามาใส่ใจเรา และอีกอย่างตนเองคิดว่าเรื่องของกรรมมีจริง ถ้าเราทำไม่ดีกับใคร สิ่งนั้นก็กลับมาหาเราเสมอ ในส่วนหนึ่งได้โมเดล ที่ดีมาจากอาจารย์บุญนาถ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากความประทับใจและตนเองจะมีความรู้สึกว่าได้ แล้วทำให้เกิด กำลังใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถวิล นภาพงศ์สุริยา : ตนเองได้เอาประสบการณ์ที่ได้รับสมัยที่เป็นนักเรียนมาใช้ในการ สอนเด็ก ซึ่งประสบการณ์ที่เราได้ก็มีทั้งประสบการณ์ที่ดีและไม่ดี ประทับใจและไม่ประทับใจ เพราะฉะนั้นสิ่งไหนที่เรา คิดว่าไม่ดีก็จะไม่เอามาใช้กับเด็ก โดยเฉพาะการสอนภาคปฏิบัติ เหมือนอย่างที่อาจารย์วรรณฯพูด เราจะคำนึงถึง ความแตกต่างของเด็กแต่ละคน เราจะมองว่าเด็กทุกคนไม่ได้เก่งเท่ากัน ถึงเด็กมาเรียนพร้อมกันก็จริงแต่ความสามารถ ของแต่ละคนไม่เท่ากัน และความกล้า ความกลัวก็จะแตกต่างกัน เวลาสอนในภาคปฏิบัติเราก็จะต้องให้เขารู้สึกสบาย ใจก่อน และจะบอกเขาเสมอว่าถ้ามีอะไรต้องบอก ถ้าไม่รู้ก็บอกไม่รู้ เพราะครูจะได้รู้ว่าหนูรู้หรือไม่รู้ แล้วจะได้อธิบาย



ให้ฟัง และจะเห็นว่าสุขภาพจิตเด็กต้องมาก่อน ถ้าสุขภาพจิตเด็กดีก็จะทำให้การบริการคนไข้ได้ดี เวลาตนเองสอนเด็ก ก็จะทำให้เต็มที่ คือให้ด้วยใจ แม้อีตี่จะบอกว่าไม่ชอบสอน แต่เมื่อมาสอนแล้วจะสอนเต็มที่ สอนเท่าที่มีความสามารถที่จะสอนให้ และไม่แคร้วว่านักศึกษาจะมองตนเองอย่างไร

3. หลักการใช้ชีวิตในการทำงาน

รองศาสตราจารย์ถนอมขวัญ ทวีบุรณ : ในเรื่องของหลักการไม่ว่าจะเป็นครูพยาบาล หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วย ตนเองก็ได้ยึดหลักการการทำงานที่ว่า “กลัวอะไรก็งานหนัก เมื่อใจรักจะเป็นพยาบาล” และมีหลักการทำงานอีกประการหนึ่งว่าถ้ามีครูก็ต้องมีศิษย์ ถ้ามีแต่ครู ศิษย์ไม่มีจะสอนใคร หรือถ้ามีแต่ศิษย์ ไม่มีครู เด็กจะได้ความรู้ที่ไหน เพราะฉะนั้นให้จำไว้เลยว่าครูกับศิษย์ต้องคู่กัน และต้องเอื้อเฟื้อกัน มีความเข้าใจกัน ซึ่งจะทำให้การทำงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และอีกอย่างที่ต้องเน้นย้ำคือ ครูเป็นแบบอย่างที่ดีของนักศึกษา อาจารย์พูด ร เรือ ชัด เด็กก็จะพูด ร เรือ ชัด อาจารย์เข้าสอนตรงเวลา เด็กก็จะเข้าเรียนตรงเวลาด้วย ซึ่งในสิ่งเหล่านี้ก็จะทำให้เราทำงานได้อย่างราบรื่น และการพูดจากันในลิฟท์ควรระมัดระวังคำพูดด้วย ฉะนั้นเวลาอาจารย์ทำอะไรก็ต้องระมัดระวังด้วย เพราะเด็กดูเราอยู่ และจะบอกกับนักศึกษาพยาบาลเสมอว่าเมื่อเราแต่งชุดพยาบาลขึ้นไปบนหอผู้ป่วย จะเป็นจุดเด่น ซึ่งทุกคนจะมองเรา ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เรารับผิดชอบ ญาติผู้ป่วยที่เราไปคุยด้วย เขาก็จะมองเราว่าบุคลิก การพูดท่าทาง ความรู้ของเราเป็นอย่างไร ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วิชาชีพของเราดียิ่งขึ้น ขณะที่ตนเองทำงานอยู่ที่ฝ่ายการฯ จะบอกน้องเสมอว่า จะสอนน้องให้เก่งกว่าที่เพื่อวิชาชีพเรา และพอมามาเป็นครูพยาบาลก็จะบอกเด็กเสมอว่าจะพยายามสอนนักศึกษาให้เก่งกว่าครูในอนาคต เพื่อที่จะทำให้วิชาชีพเรามีความเข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับ

รองศาสตราจารย์สุนีย์ สุนทรมีเสถียร : คือพยายามทำวันนี้ให้ดีที่สุด และจะไม่มองคนอื่น จะแข่งกับตัวเอง เพราะถ้าเราไปมองคนอื่นและแข่งกับคนอื่น เราจะเหนื่อยมากเลย เวลาสอนนักศึกษา เรื่องดูนักศึกษาจะเน้นและบอกนักศึกษาว่าครูพยาบาลทุกคนเวลาดูนักศึกษาไม่ว่าเรื่องอะไรก็ตามที่เป็นอันตรายกับชีวิตคนไข้ ครูเขาจะต้องดูเพราะชีวิตนั้นเมื่อเสียไปแล้วจะไม่มีโอกาสกลับคืนมา เพราะฉะนั้นไม่ต้องโกรธ และที่บอกว่านักศึกษาบางคนสอนง่าย บางคนสอนยาก ก็จะใช้ลักษณะการทำงานที่เป็นแบบ Peer Group คือให้เพื่อนสอนเพื่อน ซึ่งทำให้เด็กเข้าใจมากกว่า ซึ่งได้ผลค่อนข้างดี

รองศาสตราจารย์ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร : ในเรื่องของหลักการการทำงานตนเองจะใช้หลักการเดียวกันกับหลักการสอน ซึ่งตนเองคิดว่าช่วงชีวิตของการทำงานเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานกว่าการเรียน เพราะฉะนั้นตนเองคิดว่าต้องทำให้เป็นช่วงชีวิตที่มีความสุข แล้วจะทำอย่างไรให้ตนเองมีความสุขทั้งๆ ที่รู้ว่าตนเองไม่ชอบเป็นครู แต่ต้องชอบโดยอัตโนมัติ หรือโดยหน้าที่อยู่แล้ว คือทำให้ดีที่สุด ถ้าทำอะไรก็ต้องทำให้ดีที่สุดและทำให้เต็มความสามารถ วิชาชีพพยาบาลถือเป็นวิชาชีพที่หนัก และมักถูกเปรียบเปรยว่าเป็นนางฟ้าสีขาว ในความรู้สึกของตนเองที่คนอื่นมองว่าพยาบาลทำผิดไม่ได้ ตนเองคิดว่าไม่ใช่ เพราะพยาบาลก็เป็นคนธรรมดาคนหนึ่งที่ต้องทำหน้าที่ดูแลชีวิตคนอื่นให้ดีที่สุดเท่านั้นเอง และด้วยการเป็นครูพยาบาลยิ่งหนักกว่าหลายเท่า เพราะด้วยหน้าที่ที่ต้องดูแลนักศึกษาที่จะต้องดูแลคนอื่น ซึ่งเรามองว่าเป็นภาระหน้าที่ที่เราต้องทำ และเราต้องทำงานอย่างมีเป้าหมาย แต่การวางเป้าหมายของเราไม่ใช่ทำให้แต่ละคนเกิดความเห็นแก่ตัว ซึ่งจะทำให้ไม่ได้เกิดบรรยากาศของความเป็นพี่เป็นน้อง ถ้าหากเราทำงานโดยมีลักษณะของความเป็นพี่เป็นน้องจะให้การงานของเรามีความเกื้อกูลกันสูง จะทำให้เราช่วยกันทำงานให้ได้งานหรือผลผลิต



ที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ โดยสรุปแล้วหลักการทำงานตนเองยึดหลัก 2 ประการ คือการเอาใจเขามาใส่ใจเรา และในเรื่องของความเมตตา และขอฝากน้องๆ ไว้ว่าถ้าองค์กรของเราไม่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จะจบสิ้นตรงที่ตัวใครตัวมัน แล้วจะมีความสุขหรือในชีวิตนี้ ซึ่งคิดว่าคงจะไม่มี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณมา คงสุริยะนาวิณ : ควรทำวันนี้ให้ดีที่สุด เอาใจเขามาใส่ใจเรา และก็ช่วยเหลือเกื้อกูลกันให้มากที่สุด แล้วเราก็จะทำงานได้อย่างมีความสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถวิล นภาพงศ์สุริยา : ทุกคนคงคิดเหมือนกันว่าควรทำหน้าที่ของตัวเองให้ดีที่สุด แล้วก็ทำอย่างมีความสุขด้วย สิ่งที่เราคิดว่าทำแล้วมีความสุขคือการให้ ถ้าเราทำหน้าที่ด้วยการให้ด้วยใจจริง เราก็จะมีความสุขต่อให้เรามีปัญหา/อุปสรรค เราก็จะสามารถคลี่คลายไปได้ เพราะวิชาชีพของเราคือการให้ ไม่ว่าจะให้นักศึกษา เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทุกคน ที่ตนเองอยู่มาจนถึงทุกวันนี้ก็เพราะการให้และการได้รับการให้จากทุกๆ คน

4. ความประทับใจ/ความภาคภูมิใจที่อยากบอกกับน้องๆ ในการเป็นอาจารย์พยาบาล

รองศาสตราจารย์ณอมขวัญ ทวีบุรณ : ความภาคภูมิใจในการเป็นอาจารย์พยาบาลคงเหมือนอาจารย์ทุกคนที่ว่าเราสามารถที่จะสร้างคนที่มาดูแลในเรื่องชีวิตอย่างมีคุณภาพ เพราะชีวิตเป็นสิ่งที่นับค่าไม่ได้ คือถึงแม้จะมีเงินมากมายแต่ถ้าสุขภาพไม่ดี ชีวิตก็ไม่มีความสุข เพราะฉะนั้นถ้าเราผลิตบุคลากรที่เป็นพยาบาลและให้บริการในเรื่องของสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนทั้งประเทศมีสุขภาพที่ดี ทำให้สามารถทำงานได้ และเมื่อทำงานได้ก็จะมีเงิน ทำให้วงจรชั่วร้ายไม่เกิดขึ้นกับประเทศชาติของเรา สำหรับตนเองความประทับใจมากๆ ในการเข้ามาทำงาน คือได้มีโอกาสเป็นกรรมการพิพิธภัณฑสถาน ซึ่งเป็นเลขาของบูรพาจารย์ ได้แก่ อาจารย์ ดร.วิเชียร อาจารย์ละออ อาจารย์ทองใบ เป็นต้น ทำให้เราได้สัมผัสการทำงานของพี่ๆ ที่เป็นจิตอาสาจริงๆ เลยเพาะบ่มความรู้ทำให้ตนเองมีความรู้ในเรื่องประวัติการพยาบาลไทย และได้สัมผัสว่าวิชาชีพเราไม่มีที่ไหนในโลกที่จะก่อตั้งโดยสมเด็จพระราชินีของประเทศ ซึ่งต้องภาคภูมิใจ ในจุดนี้ สำหรับความประทับใจก็คือเพื่อนร่วมรุ่นที่ยังคงจับมือกันอย่างเหนียวแน่น ทำให้เรามีสายใยผูกพันกัน เพราะฉะนั้นจึงทำให้ชีวิตมีความสุข และนอกจากนี้ยังมีความประทับใจในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ตนเองเคยทำงานมา โดยที่นั่นมีความเป็นพี่เป็นน้องกัน ช่วยเหลือกันเวลาทำงาน และเมื่อตนเองได้มาทำงานในคณะฯ จากประสบการณ์ของตนเองที่มองคือ ความเป็นพี่เป็นน้องกันก็ยังคงมีอยู่ ความเป็นปีกแผ่นของวิชาชีพเรายังมีมากกว่าวิชาชีพอื่น ซึ่งเราต้องเอาสิ่งดีๆ เหล่านี้มาหล่อหลอมในใจเรา อย่าเอาสิ่งไม่ดีมาหล่อหลอมในใจเรา เพราะจะทำให้เราไม่มีความสุขในการทำงาน

รองศาสตราจารย์สุนีย์ สุนทรมีเสถียร : ปกติของมนุษย์ความประทับใจจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่วันนี้จะพูดถึงด้านบวก เพื่อที่จะได้เป็นกำลังใจให้กับน้องๆ ทุกคนที่จะทำงานต่อไปเพื่อให้องค์กรของเรานั้นเดินไปข้างหน้า ส่วนใหญ่ที่เราได้ยินมาพยาบาลจะเป็นคนที่ดู ไปโรงพยาบาลก็เหมือนไปโรงฆ่าสัตว์ เคยมีโอกาสได้คุยกับคนไข้ ซึ่งเขาบอกว่าคุณโชคดีมากที่ได้เป็นพยาบาล เนื่องจากคนที่เป็นพยาบาลไม่ต้องไปทำบุญที่ไหน เพราะได้ใส่บาตรทุกวัน จากนั้นมาเลยได้นำคำพูดนั้นมาบอกเล่าให้นักศึกษาฟังเพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลคนไข้อย่างมีประสิทธิภาพ และสิ่งที่ตนเองอยากขอฝากน้องๆ ที่ทำงานใหม่ ก็เหมือนกับมดตัวน้อย จะขอบอกว่าพี่ๆ ที่มายืนอยู่ ณ จุดนี้ ก็เคยเป็นมดตัวน้อยมาก่อน เคยรับใช้พี่ๆ มาก่อนเหมือนกัน เพราะพี่ที่เป็นอาจารย์นั้นเคยเป็นอาจารย์ของเรามาก่อน เพราะฉะนั้นเราต้องตอบแทนพระคุณ รู้จักเสียสละ หากน้องๆ ยังมีกำลังใจก็ควรช่วยเหลือพี่ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเอื้อ



อาหารต่อกัน และทำให้เกิดความผูกพันต่อกัน นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญต่ออาจารย์ และขอฝากเรื่องของการประกันคุณภาพของมหาวิทยาลัยไว้ว่า QA ก็เหมือนเป็นดาบสองคม ด้านดีคือทำให้ทุกคนตั้งใจทำงาน ด้านเสียคืองานที่เป็นงานส่วนรวมขององค์กรถือเป็นงานรอง ส่วนงานที่ต้องทำให้ครบเป้าถือเป็นงานหลัก เพื่อเป้าหมายให้ได้คะแนนสูงสุด เพื่อให้ได้เงินเดือนเพิ่มมากขึ้น เพราะฉะนั้นตรงนี้ทำให้ความเป็นพี่เป็นน้อง หรือการเสียสละเพื่อองค์กรลดถอยลงไปเลยขอฝากน้องๆ ว่าถ้าเรามีความเห็นอกเห็นใจกัน องค์กรนี้ไปได้ และความมีน้ำใจ เอื้ออาหารต่อกันเป็นสิ่งสำคัญ

รองศาสตราจารย์ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร : เมื่อถามถึงความภาคภูมิใจในความเป็นครู ก็คงภาคภูมิใจในนักศึกษาคนหนึ่งที่เราสอนแล้วประสบความสำเร็จ ทำอะไรเป็น เป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต และที่สำคัญคือได้รับการทักทายจากนักศึกษา ได้รับการช่วยเหลือจากนักศึกษาหลังจากที่เขาจบไปแล้ว ทำให้ตนเองรู้สึกดีใจลึกๆ ว่าบุญกุศลที่เราสร้างมา ทำให้เราได้รับการอำนวยความสะดวกบ้าง ส่วนความประทับใจในการทำงานนั้น ตนเองคิดว่าตนเองเป็นคนที่คิดแง่บวกมาโดยตลอด รู้สึกว่าเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ทุกคนน่ารัก และมีบรรยากาศการทำงานที่ดี เลยทำให้รู้สึกดีและมีความสุขตลอด สิ่งที่ยากฝากให้กับน้องๆ มี 2 เรื่อง คือ เรื่องแรกไม่ว่าเราจะอาวุโสอย่างไร เมื่อทำงานกับน้องๆ เราต้องให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะอยู่ในระดับไหน และที่สำคัญคือ คำว่าขอบคุณ และขอโทษ อยากให้มืออยู่ตลอดถามว่าพี่ขอโทษน้องได้หรือไม่ ถ้าพี่อาจจะทำอะไรไม่ถูกไม่ควรก็ขอโทษน้องได้ พี่ขอบคุณน้องได้ น้องขอโทษพี่ได้ น้องขอบคุณพี่ได้ คืออยากให้บรรยากาศแบบนี้ ถ้าเป็นแบบนี้ได้บรรยากาศการทำงานก็จะมีความสุข เรื่องที่สองคืออยากเห็นนักศึกษาเรา Smart ซึ่งเป็นความคิดลึกๆ ในใจ เช่น การแต่งกาย การกิน การเข้าเรียน คือต้องมีกฎระเบียบ ความมีวินัยต้องมี อยากให้ทุกภาควิชาและทุกวิชา หากจะเช็คชื่อนักศึกษาอยากให้ปฏิบัติเหมือนกันหมด และมีการบอกกล่าวนักศึกษาในเรื่องระเบียบวินัย เพราะอยากเห็นนักศึกษาเรา Smart

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณมา คงสุริยะนาวัน : เรื่องของความประทับใจ ส่วนตัวได้ใช้ตรงนี้อย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะในครอบครัวตนเอง คือได้อยู่กับวาระสุดท้ายของคนที่เสียไปทุกคน และในการเป็นพยาบาลตนเองมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าอย่างน้อยเราได้ช่วยเหลือคนไข้ และเราได้ให้ด้วยความจริงใจ และในความเป็นครู คิดว่าตนเองโชคดีที่มีโอกาสได้สร้างคน และได้มีกัลยาณมิตรที่ดี ทำให้เราอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถวิล นภาพงศ์สุริยา : สิ่งที่ภาคภูมิใจคือการได้เป็นพยาบาล และก็ได้เป็นครูพยาบาล จากอาชีพตรงนี้ทำให้เรามีเงินมีใช้ เลี้ยงครอบครัว และอยู่อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้จากวิชาชีพนี้ และอีกอย่างคือเราต้องมีความรู้ซึ่งเป็นวิชาชีพที่เราสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง นำไปใช้กับครอบครัว คนใกล้ตัวของเราได้ สิ่งที่ยากฝากน้องๆ ก็คือให้ช่วยกัน ถ้าทุกคนทำงานและมองตัวเองอย่างเดียว คณະฯ ก็คงไปไม่รอด แต่ถ้าหากว่าทุกคนทำงานแล้วมองตัวเองส่วนหนึ่ง มองคณະฯ ส่วนหนึ่ง และเราช่วยกัน คณະฯ ก็จะไปรอด ให้คิดว่าคณະฯ เป็นของเรา เรามาอยู่ตรงจุดนี้ เลี้ยงตนเองได้ มีทุกสิ่งทุกอย่างที่ดีขึ้นก็จากตรงนี้ เพราะฉะนั้นอยากให้ทุกคนมองคณະฯ เป็นจุดสำคัญด้วย

สำหรับกิจกรรมในครั้งนี้คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบประสบการณ์ต่างๆ ของผู้เกษียณอายุราชการ เคล็ดไม่ลับในการสอนนักศึกษา หลักการทำงาน รวมถึงแง่คิดดีๆ ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองต่อไป





กิจกรรมที่ 3

สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์



กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอน ครั้งที่ 1-2/2554

วันที่ 26 มกราคม 2554 และ 16 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง Case Scenario Simulation and APIE

: การเรียนการสอนที่ Ngee Ann Polytechnic, Singapore

อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิത്യ ผู้ลิขิต

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 2 ครั้ง นี้ เป็นเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์การไปศึกษาดูงานที่ Ngee Ann polytechnic ประเทศสิงคโปร์ ระหว่างวันที่ 11-15 ตุลาคม 2553 โดยผู้นำกิจกรรม คือ อาจารย์ ดร. อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิത്യ ได้เดินทางไปพร้อมกับอาจารย์จากภาควิชาต่างๆ ในคณะพยาบาลศาสตร์อีก 9 คน เพื่อศึกษาดูงานวิธีการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลโดยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 2 ครั้งมีอาจารย์ในภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์เข้าร่วมกิจกรรม ครั้งละ 20 คน มีเรื่องที่น่าสนใจรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

ระบบการเรียนในสิงคโปร์เริ่มตั้งแต่อายุ 5 ขวบ โดยเรียนใน Nursery 2 ปี อนุบาล 2 ปี (อายุ 7 ขวบ) เริ่ม primary school หรือ ป.1 ถึง ป.6 (อายุ 13 ปี) ระดับมัธยม หรือ O level 4-5 ปี (อายุ 17-18 ปี) เรียนระดับอนุปริญญา 3 ปี (อายุ 20-21 ปี) พยาบาลในประเทศสิงคโปร์ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือ diploma ซึ่งเริ่มมีหลักสูตร diploma ครั้งแรกตั้งแต่ปี 1992 การคัดเลือกนักศึกษาเข้าเรียนพยาบาล จะไม่มีการสอบสัมภาษณ์ แต่เข้ามาโดยระบบ คือเมื่อจบการศึกษาระดับ O level จะสอบภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และอีก 2 วิชาการคัดเลือกนักศึกษาเข้าเรียนพยาบาลจะดูที่ระดับคะแนนในระดับ O level และเลือกเรียนพยาบาลเป็นอันดับแรกเมื่อจบการศึกษาในระดับ diploma แล้ว ต้องมีประสบการณ์ทำงานพยาบาลก่อนที่จะเรียนต่อในสาขาเชี่ยวชาญ อีก 8 เดือน

Ngee Ann polytechnic เป็น 1 ใน 2 โพลีเทคนิคในประเทศสิงคโปร์ที่ผลิตพยาบาลระดับ Diploma หลักสูตร Diploma of Health Science สาขาพยาบาล เป็นหลักสูตร 3 ปี ปัจจุบันมีนักศึกษาทั้งหมด 1,500 คน ใน 3 ชั้นปี นักศึกษาสามารถเลือกที่จะรับทุนจากโรงพยาบาล หรือใช้ทุนส่วนตัว ถ้ารับทุนจะได้เงินค่าเล่าเรียน 3 ปี เป็นเงิน 6,000 เหรียญสิงคโปร์ หรือเป็นเงิน 147,000 บาท ระหว่างเรียนได้รับเงินเดือนละ 900 เหรียญสิงคโปร์ (หรือ ประมาณปีละ 10,800 เหรียญ เป็นเวลา 3 ปี = 264,600 บาท รวม 411,600 บาท)

จุดที่น่าสนใจสำหรับการเรียนการสอนของ Ngee Ann Polytechnic คือ เป็น Outcomes Based Learning เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ครูจะมีบทบาทเป็น facilitator เท่านั้น การเรียนการสอนจะไม่เน้นการให้ทำรายงานหรือการสอบ แต่เน้นการให้นักศึกษารับผิดชอบตนเอง เรียนรู้จากชีวิตจริงและนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกับครูและเพื่อน ที่น่าสนใจอีกอย่างคือ การเรียนวิจัย ซึ่งจะเรียนทั้ง 3 ปีโดยแบ่งเป็นปี 1 เรียน research methodology and literature review 2 ชม./สัปดาห์*13 สัปดาห์ ปี 2 เรียน EBP statistic SPSS and how to write และปี 3 ทำ proposal ในโรงพยาบาล นอกจากนี้การเรียนการสอนจะเป็น Life science คือเน้นให้นักศึกษาฝึกการติดต่อสื่อสารและการทำงานเป็นทีมโดยการปฏิบัติจริง



การเรียนการสอนบนหอผู้ป่วยจะมีนักศึกษา 15 คนต่อครู 1 คน ซึ่งเป็น preceptor ที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลมานานกว่า 3 ปีและได้รับการเตรียมความรู้ก่อนที่จะเป็น preceptor เหมือนที่คณะฯ ของเรา นอกจากนี้ยังมีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อช่วยได้แก่ PDA/iPOD touch โดยการนำมาใช้ใน Clinical assessments (eLogbook, eLearning journal, pre-test) Clinical references (Drug database, pathophysiology, medical dictionary, diagnostic tests, journal) Translator (แปลศัพท์ทางการแพทย์) และ iMart (A report taking assessment for student use in clinic) นักศึกษาทุกคนจะต้องจ่ายมัดจำค่าเครื่อง PDA/ iPOD touch และซื้อโปรแกรม Software เพราะต้องใช้ เครื่อง PDA/ iPOD touch ในการส่งงาน ลงบันทึกประสบการณ์การเรียนในหอผู้ป่วย ฯลฯ

การเรียนที่ Ngee Ann จะเรียนเป็น module คือจบทีละวิชา ก่อนที่นักศึกษาจะขึ้นฝึกบนหอผู้ป่วย นักศึกษาจะต้องสอบผ่านวิชาทฤษฎี ผ่านการฝึกปฏิบัติในห้อง NSL (Nursing Lab) และห้อง Simulation ก่อน การฝึกใน lab จะใช้ case scenario simulation หรือ การใช้สถานการณ์ตัวอย่างเพื่อให้นักศึกษาฝึกการแก้ปัญหาและปฏิบัติกับหุ่นจำลองและอุปกรณ์ในห้อง lab ที่เหมือนจริง ครูคนหนึ่งจะเป็นผู้ควบคุมคอมพิวเตอร์ในการตั้งค่าต่างๆ ขณะนักศึกษาปฏิบัติ ขณะที่ครูอีกคนพร้อมกับนักศึกษาบางส่วนจะเป็นผู้สังเกตและบันทึกการปฏิบัติผ่านห้องกระจกซึ่งสามารถมองเห็นการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา นอกจากนี้จะมีการบันทึกวิดีโอทัศน์เพื่อให้นักศึกษาประเมินการปฏิบัติของตนเอง การฝึกในสถานการณ์จำลองเน้นการ feed back หลังการฝึกทันที อย่างไรก็ตาม การฝึกใน Simulation จะไม่เหมือนสถานการณ์จริงเพราะไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือการพยาบาลด้านจิตสังคมกับหุ่นจำลองได้ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายสูงในการลงทุนกับหุ่นจำลอง ห้องจำลอง เครื่องมือทางการแพทย์และค่าดูแลรักษา

นอกจากนี้ ในการเรียนการสอนจะสอดแทรกการใช้ APIE (A คือ Assessment, P คือ Planning, I คือ Intervention และ E คือ Evaluation) หรือการใช้ Nursing process ทั้งในวิชาทฤษฎีและปฏิบัติ ครูและนักศึกษาที่สถาบันนี้จะคุ้นเคยกับการฝึกให้คิดและปฏิบัติให้ครบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในเรื่องการประเมินผู้ป่วย การวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล ที่น่าสนใจคือเครื่องมือในการประเมินทุก procedure จะมีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจนในแต่ละ Step ของ APIE การสอบแต่ละ Procedure ในห้อง LAB จะมีการให้คะแนนโดยมีครูประมาณ 3 คน หากคะแนนแตกต่างกันมากจะต้องพิจารณาอีกครั้ง

สิ่งที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์ในภาควิชาฯ คืออาจารย์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นว่า การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้เป็นสิ่งที่ดี แต่มีค่าใช้จ่ายสูงและยังไม่จำเป็นต้องนำมาใช้ในคณะฯ เพราะเราสามารถให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกได้ โดยอาจารย์สามารถยกตัวอย่าง Scenario จากผู้ป่วยที่นักศึกษาได้รับ อาจารย์ส่วนใหญ่เห็นว่าในการเรียนการสอนควรสอดแทรกกรณีศึกษาให้มากขึ้นทั้งในการสอนทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติ การสอนใน LRC ควรยกตัวอย่างกรณีศึกษาด้วยไม่ใช่นำเฉพาะการฝึกปฏิบัติแต่ละ procedure เพื่อให้นักศึกษาฝึกการคิด วิเคราะห์ นอกจากนี้ เห็นว่าแม้ว่าเรามีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้นานแล้ว แต่หากนำ APIE มาใช้ จะช่วยให้ครูมีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติอาจเป็นการยากที่จะใช้แบบประเมิน APIE ในแต่ละ procedure บนหอผู้ป่วย เพราะมีนักศึกษามากและมีกิจกรรมการพยาบาลหลายอย่าง ที่สำคัญคือครูควรเน้นการสอนโดยสอดแทรกกระบวนการพยาบาลให้มากขึ้น



กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 3/2554
เรื่อง ความก้าวหน้าทางการพยาบาลเด็กเพื่อพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศของภาควิชา
วันที่ 18 พฤษภาคม 2554
ในหัวข้อ Update in Respiratory Care

อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิทย์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องความก้าวหน้าทางการพยาบาลเด็กเพื่อพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศของภาควิชา ในหัวข้อ Update in Respiratory Care เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2554 เวลา 12.00-13.30 น. ณ ห้อง 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมหญิง โควศวนนท์ เป็นผู้นำกิจกรรม โดยการพยาบาลระบบหายใจที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ประกอบด้วย เรื่อง การพ่นยา (Aerosol therapy) การล้างจมูก (Nasal irrigation) และการทำ EzPAP ซึ่งเป็นการพยาบาลที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยเด็ก โดยมีรายละเอียดที่น่าสนใจ ดังนี้

การพ่นยา (Aerosol therapy) มีหลายวิธีดังนี้

1. Jet nebulizer (small volume nebulizer)

เป็นการพ่นยาแบบฝอยละออง โดยการต่อกับท่อออกซิเจน การเตรียมยาจะผสมกับ Normal Saline 0.9% ให้ได้ปริมาณ 3-4 ซีซี (ตามแผนการรักษา) และเปิดออกซิเจน 6-8 ลิตร/นาที ยาที่นิยมใช้คือยาขยายหลอดลม เช่น Salbutamol, Combivent หรือ Pulmicort set ที่ใช้พ่นยาสามารถใช้ซ้ำได้ภายใน 24 ชั่วโมง

ข้อควรระวัง คือ ขณะพ่นยาไม่ควรให้ฝอยละอองเข้าตาโดยเฉพาะยาที่มีส่วนผสมของ Steroid เช่น Combivent

มีประเด็นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ ควร suction ก่อนพ่นยาหรือหลังพ่นยา มีการแสดงความคิดเห็นหลากหลาย สรุปว่า ต้องประเมินก่อนว่าผู้ป่วยมีเสมหะหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยมีเสมหะมาก ควรดูดเสมหะก่อนเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่งแล้วจึงพ่นยาเพื่อให้ยาสามารถเข้าไปจับกับหลอดลมและออกฤทธิ์ในการขยายหลอดลมได้เต็มที่ แต่ถ้าผู้ป่วยมีเสมหะไม่มาก ขับออกยากหรือขณะนั้นมีการหดเกร็งของหลอดลมมาก ควรพ่นยาก่อน เมื่อทางเดินหายใจได้รับความชื้นจากฝอยละอองของ Normal Saline จะช่วยให้เสมหะจะอ่อนตัว ขับออกได้ง่ายขึ้น หากประเมินว่ามีเสมหะแล้วจึงดูดเสมหะ





2. การพ่นยาแบบ Ultrasonic nebulizer

เป็นการพ่นยาชนิดฝอยละอองโดยใช้เครื่องทำฝอยละอองซึ่งอาศัยพลังงานไฟฟ้า (ดังในภาพ) โดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน จึงเหมาะกับการใช้ที่บ้าน



3. Meterer dose inhaler (MDI)

เป็นเครื่องที่ให้ละอองยาโดยผ่านทาง hand-held nebulizer ซึ่งใช้แรงอัดก๊าซภายในอุปกรณ์ นิยมใช้ในเด็กโต วิธีการพ่นยามีดังนี้

วิธีใช้ยาพ่นชนิด Metered dose inhaler (MDI)

1. เปิดฝาครอบยา
2. เขย่ากระบอกยา 4-5 ครั้ง
3. ตั้งกระบอกยาห่างจากปาก 2 นิ้วมือหายใจเข้าและออกเต็มที่แล้วอ้าปาก หรือ อมในปาก ในท่ายืนหรือนั่งเอนไปข้างหลังเล็กน้อย ให้หายใจออก
4. ให้กดยาทีละ puff โดยกดยาพร้อมกับหายใจเข้าทางปาก และหายใจเข้าช้าๆ จนสุดแล้วกลั้นหายใจ 10 วินาที นำกระบอกยาออกจากปากแล้วหายใจออกช้าๆ
5. ถ้าต้องใช้ยามากกว่า 1 puff ให้เว้นระยะห่างประมาณ 30-60 วินาที

* กรณีที่ใช้พ่นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ให้เด็กบ้วนปากภายหลังพ่นยาทุกครั้งเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก *

วิธีใช้ยาพ่นชนิด MDI with spacer

1. เปิดฝาครอบยา
2. เขย่ากระบอกยา 4-5 ครั้ง
3. ต่อกระบอกยากับ spacer โดยการใช้ครั้งแรกต้องใช้วิธี priming โดยการพ่นยาเข้าไปเคลือบประมาณ 15-20 puff หรือใช้วิธีล้าง spacer ใหม่ด้วยน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจานที่เจือจาง (น้ำยา 1 หยดต่อน้ำ 1 ลิตร) และล้างน้ำออกแล้วผึ่งให้แห้งก่อนนำมาใช้โดยห้ามขัดถู เพื่อลดไฟฟ้าสถิตภายใน spacer ทำให้ละอองยามาติดที่ผนัง
4. พ่นยาทีละ puff นับ 1-10 พักสักครู่แล้วค่อยพ่นอีก 1 puff (กรณีสั่ง 2 puff)
5. แนะนำให้ล้าง spacer ประมาณเดือนละครั้งโดยใช้วิธีเดียวกับข้อ 3.



Sometimes people with asthma need help breathing.



การล้างจมูก

เป็นการใช้กระบอกฉีดยา ลูกยางแดง หรืออุปกรณ์อื่น เพื่อหยอดน้ำเกลือหรือน้ำเกลือเข้าไปในช่องจมูก ควรล้างอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วงตื่นนอนและก่อนเข้านอนหรือก่อนใช้ยาพ่นจมูก และควรทำในช่วงท้องว่างเพื่อป้องกันการอาเจียน

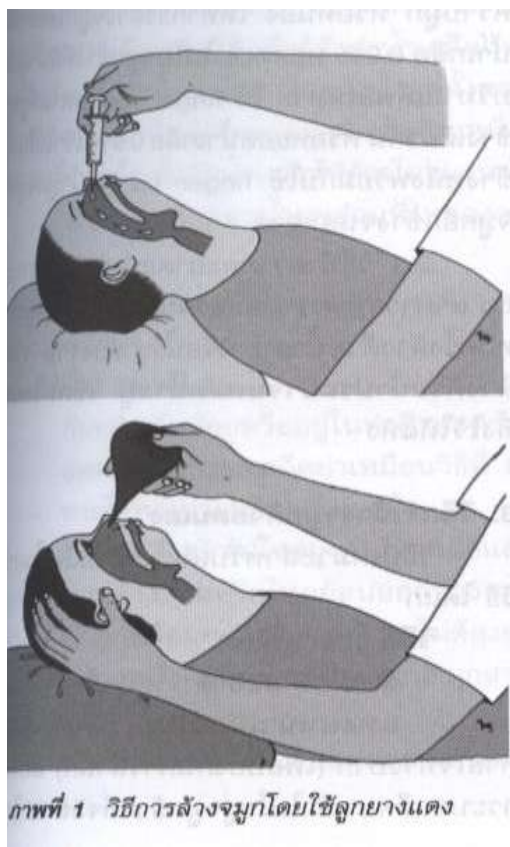
ประโยชน์ของการล้างจมูก

1. ทำให้หายใจทางเดินหายใจโล่ง
2. ให้ความชุ่มชื้นแก่เยื่อจมูก
3. ช่วยให้โพรงจมูกสะอาด
4. บรรเทาอาการอาการแน่นจมูก ลดการระคายเคืองในจมูกและลดอาการไอที่เกิดจาก Postnasal drip
5. ช่วยระบายหนองจากไซนัสช่วยลดจำนวนเชื้อโรค ของเสีย สารก่อภูมิแพ้
6. การล้างจมูกก่อนใช้ยาพ่นจมูกจะช่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



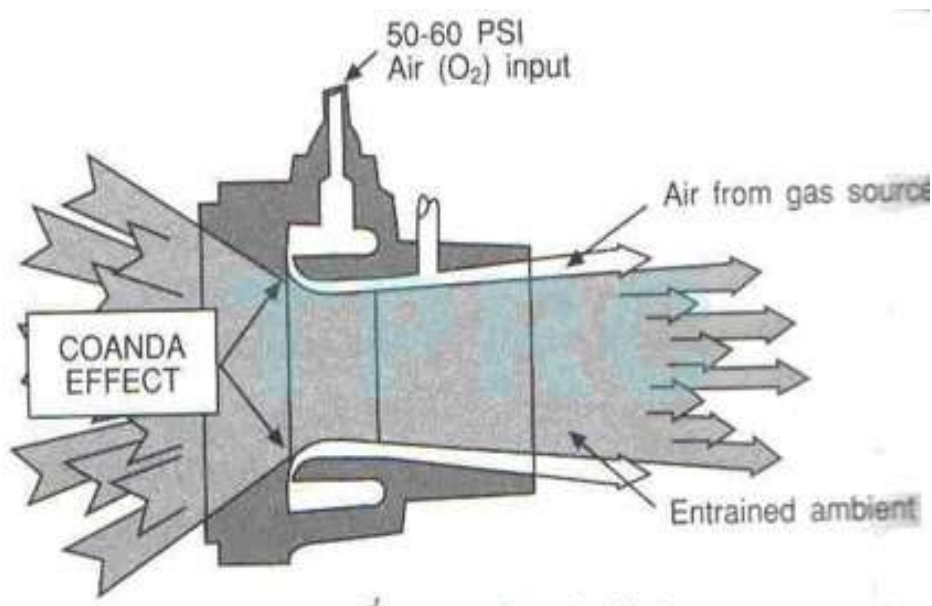
7. ป้องกันการลุกลามของเชื้อไปสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง
วิธีการล้างจมูก มีหลายวิธี (ดูจากภาพ)





EzPAP

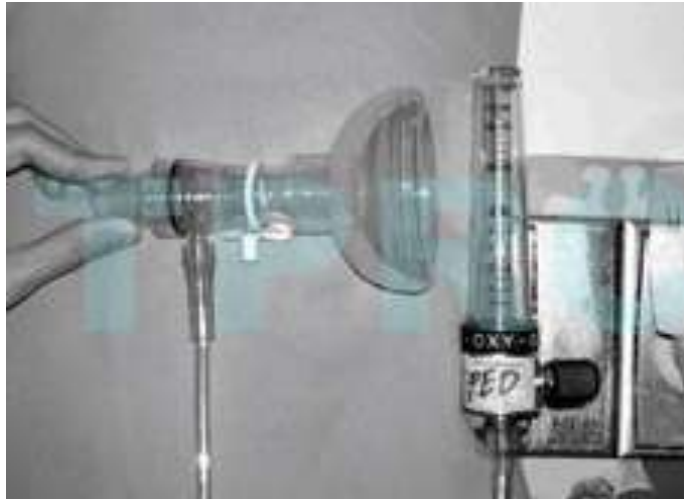
เป็น positive airway pressure system ให้แรงดันบวกเพื่อเพิ่มแรงดันในถุงลมปอด ทั้งช่วงการหายใจเข้า และการหายใจออก อาศัยหลักการของ coanda effect ในการเพิ่ม input flow ด้วยการดูดอากาศรอบๆ เข้ามาในระบบทำให้ total flow เพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าของ input flow





อุปกรณ์ในการทำ EzPAP ประกอบด้วย

1. pressure monitoring port
2. gas inlet port
3. ambient air inlet (ด้านขอบเป็นคลื่น)
4. mouthpiece หรือ soft mask
5. สายออกซิเจน



หลักการปฏิบัติ

- เด็กเล็กให้ใช้ mask ครอบบริเวณจมูกและปากให้สนิท ถ้าครอบถูกต้องจะได้ยินเสียงลมตามจังหวะการหายใจเข้า-ออกของผู้ป่วย
- เปิดอัตราการไหลของออกซิเจนหรืออากาศเริ่มต้นที่ 5 ลิตร/นาทีแล้วค่อยๆ เพิ่มจนได้ (expiratory airway pressure) ตามที่ต้องการหรือปรับจนกว่าจะได้ยินเสียงลมหายใจเข้า-ออกในปอดส่วนที่แฟบ
- แรงดันในช่วงหายใจออกที่เหมาะสมอยู่ในช่วงประมาณ 5-8 ซม.น้ำ

วิธีใช้ EzPAP

ให้หายใจผ่าน EzPAP ครั้งละประมาณ 2-3 นาที แล้วเปิด EzPAP ออกเพื่อให้หายใจตามปกติ ทำเช่นนี้ทุก 1-2 ชั่วโมงในเวลาตื่น

ประโยชน์

ช่วยป้องกันภาวะปอดแฟบ นำมาบำบัดผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบได้และใช้ร่วมกับการให้กายภาพบำบัด ทรวงอกเพื่อช่วยกระตุ้นการไอ



กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาการจัดเรียนการสอน ครั้งที่ 4/2554

วันที่ 13 มิถุนายน 2554

เรื่อง Child Life Service ที่ UCSF Benioff Children's Hospital

อ.วรรณไพโร แยมมา/อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิษฐ์ ผู้ลิขิต

จากการที่ รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ และ ผศ.ฉันทิกา จันทร์เปีย ได้ไปศึกษาดูงานเรื่อง Child Life Service ที่ UCSF Benioff Children's Hospital เมืองซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน 2554 ถึง 9 พฤษภาคม 2554 นั้น อาจารย์ได้นำประสบการณ์มาถ่ายทอดให้อาจารย์ในภาควิชาฯ ได้ฟัง ดังนี้

อาจารย์ได้เล่าถึงการทำงานของ Child Life Service ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง Child Life Specialist กับเด็ก วัยรุ่น และครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม และส่งเสริมพัฒนาการในขณะของเด็กและวัยรุ่นมารับการตรวจหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดย Child Life Specialist ทำหน้าที่ช่วยเหลือเด็กและครอบครัวให้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการปรับตัวต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยในแต่ละวัน Child Life Specialist ประจำหอผู้ป่วยมีหน้าที่ไปรับเอกสารสรุปประจำวันที่สำนักงาน ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วย รายชื่อผู้ป่วย อายุ โรค วันที่รับรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล ลักษณะการเจ็บป่วย จากนั้น Child Life Specialist จะไปที่หอผู้ป่วยและพูดคุยซักถาม Incharge Nurse เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ความพร้อมในการเล่น ปัญหาหรือความต้องการพิเศษด้านจิตสังคมและพัฒนาการที่ผู้ป่วยควรได้รับ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการตอบสนองหรือการจัดกิจกรรมที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ป่วยเอง เช่น อายุ การเจ็บป่วยของเด็ก โรค รวมถึงความพร้อมของผู้ป่วยเอง

ทีมงานของ Child Life Service จะประกอบไปด้วย Child Life Specialist 13 คน ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านพัฒนาการเด็กหรือจิตวิทยาเด็ก ผ่านการฝึกงานด้าน Child Life จำนวน 480 ชั่วโมง และสอบข้อเขียนจึงจะได้ Certified Child Life Specialist นอกจากนี้ยังมีครูจาก San Francisco Unified School District จำนวน 5 คน อาสาสมัครที่ทำงานหมุนเวียนประมาณ 150 คน และนักศึกษาฝึกงาน 2 คน ซึ่งแต่ละคนจะมีหน้าที่ความรับผิดชอบเฉพาะ เช่น งานด้านโรงเรียน งานด้านห้องเล่น งานด้านกิจกรรมศิลปะ งานดูแลอาสาสมัคร งานดูแลนักศึกษาฝึกงาน เป็นต้น

กิจกรรมของ Child Life Service ที่จัดให้บริการนั้นสรุปได้ดังนี้

- การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและเบี่ยงเบนความสนใจในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลหรือการทำหัตถการทางการแพทย์ โดยมีการสอนและสาธิตอุปกรณ์ทางการแพทย์จำลองให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงกระบวนการของหัตถการที่จะได้รับ
- การช่วยผู้ป่วยหาวิธีการหรือเทคนิคเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล การใช้ดนตรี ศิลปะ และสัตว์เลี้ยง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย
- กิจกรรมอื่นๆ ที่เหมาะสมตามวัย



- การสอนหนังสือแก่ผู้ป่วยในและพี่น้องของผู้ป่วย และสอนหนังสือแก่ผู้ป่วยนอกตามหลักสูตรบังคับของรัฐ แคลิฟอร์เนียตั้งแต่อุบาลจนถึงเกรด 12 โดยสอนในห้องเรียนที่จัดไว้โดยเฉพาะ
- การอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่ระบบโรงเรียนอีกครั้ง
- การจัดห้องกิจกรรมไว้เฉพาะ ได้แก่ Play Room ภายในห้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์จำลอง ของเล่นส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนห้อง Teen Lounge เป็นห้องที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ต้องการความเป็นส่วนตัว ในห้องมีหนังสือ อ่านเล่น คอมพิวเตอร์พร้อมอินเทอร์เน็ต DVD ภาพยนต์ เพลง เกมส์ และอุปกรณ์งานฝีมือ เช่น การร้อยลูกปัด และ All Star Technology Room เป็นห้องที่มีอุปกรณ์เทคโนโลยีระดับสูงในการสร้างความบันเทิง
- การเล่นเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาภูมิคุ้มกันบกพร่อง อากาศชัก หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย และการเล่นเพื่อการบำบัดโดยทำที่เดียวผู้ป่วย
- Book Buddies อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟัง
- การจัดทัวร์ชมโรงพยาบาล
- การจัดให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนเข้าเยี่ยมและจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย รวมทั้งการจัดงานเลี้ยงฉลองในโอกาสต่างๆ

นอกจากการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นแล้ว ยังมีการจัดกิจกรรมให้กับครอบครัวอีกด้วย เช่น Sibling Support และการจัด Family Resource Room ซึ่งภายในมีห้องมีมุมห้องสมุด มุมน้ำชากาแฟ มุมคอมพิวเตอร์พร้อมอินเทอร์เน็ต ตู้สำหรับเก็บของใช้จำเป็นสำหรับผู้ปกครองที่มาเฝ้าบุตรและไม่ได้เตรียมของใช้มา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และนอกจากนี้ยังมีการจัดทำอัลบั้มความทรงจำที่ดีในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ปกครองจัดทำไว้ในขณะที่บุตรของตนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าลักษณะการทำงานของ Child Life Service ของโรงพยาบาลแห่งนี้มีการทำงานเป็นระบบอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นทีมงาน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ สถานที่ และกิจกรรม แพทย์และพยาบาลมีบทบาทในการประเมินความต้องการด้านจิตสังคมและพัฒนาการ ส่วนการช่วยเหลือเป็นหน้าที่ของ Child Life Specialist

สำหรับในประเทศไทย ขณะนี้มีหลายโรงพยาบาลพยายามจัดตั้ง Child Life Service ซึ่งเน้นเรื่องการเล่นเพื่อความเพลิดเพลินเป็นส่วนใหญ่ แต่กิจกรรมยังไม่ตอบสนองด้านจิตสังคมและพัฒนาการของผู้ป่วยมากนัก และยังไม่มียุทธศาสตร์ในตำแหน่ง Child Life Specialist ที่ชัดเจน ในอนาคตหากโรงพยาบาลมี Child Life Service ที่จัดตั้งเป็นองค์กรและเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล มีการทำงานเป็นทีม การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กแต่ละประเภท แต่ละบุคคล แต่ละอายุ น่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นทุกคนรวมทั้งครอบครัวดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาทั้งในขณะที่เจ็บป่วยและปกติได้



กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาการจัดเรียนการสอน ครั้งที่ 5/2554

วันพุธที่ 20 กรกฎาคม 2554

เรื่อง “Health care in Sweden”

อ.วรรณไพโร แยมมา/อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทน์นิตย์ ผู้ลิขิต

จากการที่ผศ.ดร.อาภาวรรณ หนูคง เดินทางไปศึกษาดูงานภายใต้โครงการแลกเปลี่ยนอาจารย์ของหน่วยงาน Malardalen University และ Mahidol University ณ ประเทศสวีเดน ระหว่างวันที่ 10-30 เมษายน 2554 อาจารย์ได้นำความรู้มาแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขของประเทศสวีเดน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลกลางและ County Councils โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- Primary care ประกอบด้วย family doctor และ local hospitals
- Psychiatric care
- Hospital-based care

Primary care center เป็นการทำงานประสานกันของบุคลากร 4 กลุ่ม ภายใต้หลังคาเดียวกัน ได้แก่

- Midwifery nurse
- Pediatric nurse
- Preschool teacher
- Social worker

ในการปฏิบัติเรื่อง Holistic care เน้นการมี Relationships กับครอบครัว เรื่อง Family-centered care มีนโยบายให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแล การจัดห้องให้บิดามารดาอยู่ร่วมกัน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เหมือนบ้าน ใช้การสังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการ การประเมินพัฒนาการ การประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดา-บุตร และเน้นการ Communication โดยมี hotline 1177

สำหรับการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลของ Malardalen University ประเทศสวีเดน เป็นหลักสูตรการศึกษา 3 ปี จำนวน 180 เครดิต ประกอบด้วย Caring science 90 เครดิต Medical science 57 เครดิต Health care education 22.5 เครดิต และ Public health science 10.5 เครดิต สำหรับหลักสูตรปริญญาโทเป็นหลักสูตร 1 ปี เรียน 60 เครดิต การประเมินผลการศึกษาเป็น Pass with distinction (VG) Pass (G) Fail (U) ในแต่ละปีมีนักศึกษาพยาบาลประมาณ 350-400 คน

ในการจัดการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานักศึกษาในด้านความสามารถในการรับรู้ การสร้างองค์ความรู้ การประเมิน การวิเคราะห์และการแก้ปัญหาอย่างอิสระ รวมถึงการเตรียมตัวในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตการทำงาน ในการศึกษาภาคปฏิบัตินอกจากความรู้และทักษะแล้ว นักศึกษาจะต้องพัฒนาความสามารถในด้านการค้นคว้าหาความรู้และประเมินความรู้ในระดับผู้รู้ (scholarly level) การพัฒนาตนเอง โดยอาศัยความรู้ใหม่ๆ และการแลกเปลี่ยนความรู้กับทั้งผู้มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในสาขานั้นๆ ด้วย



การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นความร่วมมือระหว่าง Malardalen university และ County council of Vastmanland ซึ่งกำกับดูแลโรงพยาบาลต่างๆ รวมถึง primary health care และ Psychiatric care เป็นความร่วมมือในเรื่องแนวทางการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมีข้อตกลงในเรื่องการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในคลินิก การส่งเสริมทัศนคติในการปฏิบัติงาน การวางแผน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกปฏิบัติ และการประเมินผล

บุคลากรด้านการเรียนการสอนบนคลินิก ประกอบด้วย

1. Clinical supervisor เป็นผู้ประสานงานการจัดการเรียนการสอนระหว่าง Malardalen University และ County Councils เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการผู้ประสานงานจะได้รับเงินเดือน 50% จาก University และอีก 50% จาก County Councils

2. Preceptor เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก ซึ่งผ่านการฝึกอบรมให้เข้าใจถึงวิธีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาจะอยู่ภายใต้การดูแลของ Preceptor โดย Preceptor 1 คน จะมีนักศึกษาอยู่ในความดูแล 2-4 คน preceptor จะมอบหมายให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี การเรียนรู้เกิดจากการที่นักศึกษาได้พบและให้การดูแลผู้ป่วย นักศึกษาจะต้องรายงานและประเมินผลกับ Preceptor ทุกวัน นอกจากนี้ยังมีการปรึกษาหารือ (reflection) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3. Clinical lecture เป็นบุคลากรจาก University ทำงานร่วมกับ clinical supervisor และ preceptor ในการจัดการเรียนการสอน และร่วมประเมินผลนักศึกษา การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาถือว่าเป็นภาระงานส่วนหนึ่งของพยาบาล สำหรับพยาบาลที่เลือกไม่รับผิดชอบงานสอน จะต้องรับผิดชอบงานบริการมากขึ้น

วิธีการจัดการเรียนการสอนในคลินิกนั้น (Supervision model) ใช้ patient focus model ซึ่งช่วยบูรณาการการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยใช้หลักการของ Caring Science เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมี preceptor เป็นผู้กระตุ้นให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์ (critical thinking) โดยคำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพภายใต้วัฒนธรรมของการดูแลผู้รับบริการ สิทธิผู้ป่วย และครอบคลุมถึงจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ทั้งพยาบาล นักศึกษา และผู้ป่วยจะต้องร่วมกันค้นหาและเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ (health resource) และความต้องการการดูแลที่เร่งด่วน

จะเห็นได้ว่าการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลของ Malardalen University นั้น ต้องอาศัยความรับผิดชอบต่อสังคมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกัน โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนภายใต้วัตถุประสงค์และเป้าหมายเดียวกัน คือ ผลิตนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ภายใต้ความร่วมมือในแนวทางการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ชัดเจน นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนในคลินิกจะมี preceptor เป็นตัวหลัก ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการสอนบนคลินิกที่ชัดเจน โดยข้อตกลงที่ว่าจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาถือเป็นภาระงานส่วนหนึ่งของพยาบาล ส่วนพยาบาลที่เลือกไม่รับผิดชอบงานสอน จะต้องรับผิดชอบงานบริการมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจาก preceptor บ้านเรา คือใช้เวลาในวันหยุดเพื่อทำหน้าที่ในการสอนบนคลินิก เพราะการสอนนักศึกษาไม่ถือเป็นภาระงานส่วนหนึ่งของพยาบาล ทำให้ภาระหน้าที่ทั้งหมดอยู่กับอาจารย์ประจำหอผู้ป่วย



นั้นๆ ก็ทำให้เกิดปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ตามมาคือ การใช้จำนวนอาจารย์ที่มากในการสอนบนคลินิก ซึ่งปัจจุบันจำนวนอาจารย์ไม่เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษาทำให้ภาระงานหรือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาจารย์นั้นมีมาก

ประเด็นที่น่าสนใจคือ การจัดการเรียนการสอนในคลินิกนั้น เราใช้ patient focus model มากน้อยเพียงใด ที่จะช่วยบูรณาการการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติให้กับนักศึกษาพยาบาลโดยใช้หลักการของ Caring Science อันเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ปัจจุบันเราพยายามเน้นและสอนให้นักศึกษาให้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอยู่แล้ว แต่อาจเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยที่มากและการขาดความร่วมมือที่ชัดเจนในระดับองค์กรใหญ่ ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนบนคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้เป็นแบบ Mälardalen University ได้ แต่เราจะทำอย่างไรที่จะใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อวิธีการจัดการเรียนการสอนในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้มากที่สุด โดยยังคงคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ได้

กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน



กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 1/2554
เรื่อง ความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล
ในหัวข้อ “การฉีดยา ครั้งที่ 1”

อ.อรุณรัตน์ คันธา ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาองค์กร
แห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอน
วิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล ในหัวข้อ “การฉีดยา ครั้งที่ 1” เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2554 เวลา 12.00-13.30 น.
ห้อง 901 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี เป็นผู้นำในการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมาจากภาควิชาต่างๆ มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง “การฉีดยา”

ประเด็นที่ 1 การใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดผิวหนัง

รองศาสตราจารย์ปราณี ทุไพบุระ ได้เปิดประเด็นในเรื่อง “การใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาด
ผิวหนังอย่างไรก่อนที่จะฉีดยา” อาจารย์เล่าว่าได้มีโอกาสดูแลนักศึกษาจากสวีเดนที่มาฝึกที่หอผู้ป่วย พบว่านักศึกษา
สวีเดนใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดจากบนลงล่างครั้งเดียว รองศาสตราจารย์ปรางค์ทิพย์ อูจะรัตน์ ได้แสดงความคิดเห็น
ต่อเนื่องว่าการใช้เช็ดสำลีชุบแอลกอฮอล์มี 2 แบบ คือ การเช็ดวนจากด้านในออกด้านนอก โดยไม่จำเป็นต้องกลับสำลี
เช็ดอีกรอบ หรืออีกวิธีหนึ่งคือเช็ดจากบนลงล่างตรงตำแหน่งที่จะฉีดยา อาจารย์ธัญยรัชต์ องค์กรเกียรติ เล่าว่าได้มี
โอกาสไปดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น พยาบาลที่ญี่ปุ่นฉีดยาของใส่สำลีชุบแอลกอฮอล์แผ่นสำเร็จรูป แล้วเช็ดครั้งเดียวโดยเช็ด
จากบนลงล่าง แต่เนื่องจากบ้านเราใช้สำลีก้อนกลมๆ ซึ่งถ้าเช็ดจากบนลงล่างเพียงครั้งเดียวอาจจะไม่สะอาดพอ
เกี่ยวกับเรื่องนี้อาจารย์ ดร.สุพินดา เรื่องศิริรัฐเชียร เล่าว่าตามศูนย์สุขภาพชุมชนก็ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์แผ่นสำเร็จรูป
แล้วก็เช็ดครั้งเดียวเช่นกัน

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ อุณาภิรักษ์ เล่าว่า ได้สอนนักศึกษาบนหอผู้ป่วยให้เตรียมสำลีชุบแอลกอฮอล์ 2 ก้อน
ใส่ถ้วยหรือ tray ฉีดยา หรือใส่ในถุงพลาสติกของสำลี จะไม่กำสำลีไว้ในมือ การที่เตรียมสำลีไป 2 ก้อน เนื่องจาก
ผิวหนังผู้ป่วยบางคนไม่ค่อยสะอาด ต้องเช็ดซ้ำ การเช็ดไม่มีการกลับสำลี รองศาสตราจารย์กนกพร หมูพยัคฆ์ เล่าว่า
นักศึกษาที่ออกชุมชน เช็ดจากบนลงล่างไม่ซ้ำไปมา เช็ดตรงกลางและเช็ดข้างๆ ทั้ง 2 ข้าง เช็ดสำลีไม่วน ซึ่งคิดว่าจะ
ไม่ได้ผิดหลักการใดๆ

รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ ได้เปิดประเด็นว่า “ถ้าที่ไม่มีแอลกอฮอล์จะทำอย่างไร” โดยเฉพาะ
การฉีดยาที่บ้าน และเล่าว่ามีงานวิจัยสนับสนุนในกรณีที่ถูกฉีดยาและเร่งด่วน เมื่อไม่มีแอลกอฮอล์จริงๆ สามารถใช้
น้ำต้มสุกได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจและควรจะทำวิจัยต่อไป และอีกประเด็นที่เป็นปัญหาของนักศึกษาในการเช็ด
สำลีชุบแอลกอฮอล์ คือ “นักศึกษามักจะไม่ทราบว่าจะต้องรอให้แอลกอฮอล์แห้งก่อนค่อยฉีดยา” โดยไม่ทราบกลไกการ
ออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์อีกทั้งพยาบาลมักจะชอบใช้มือพัดโบกเพื่อให้แอลกอฮอล์แห้ง ซึ่งไม่ถูกต้อง ดังนั้นในการเช็ด
ควรใช้สำลีที่เหมาะสม ไม่ชุ่มเกินไป เพราะจะทำให้แห้งช้า โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ กล่าวว่า



แอลกอฮอล์จะทำปฏิกิริยากับผิวหนังภายใน 1 นาทีแล้วจะแห้ง ซึ่งนั่นคือแอลกอฮอล์สามารถระงับเชื้อได้ แต่การโบกพัดจะยิ่งทำให้เชื้อโรค ฝุ่นละอองบริเวณนั้นกระจาย และไม่ควรเป่า เพราะการเป่าจะยิ่งเกิดเชื้อโรคมามากยิ่งขึ้น

อาจารย์ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ เปิดประเด็นว่า “จะเทแอลกอฮอล์ลงบนสำลียังไง ไม่ให้ชุ่มเกินไป” ปัจจุบันโรงพยาบาลศิริราชได้ใส่สำลีไว้ในซอง ไม่ได้ใช้ forceps หยิบสำลีจากกระปุกแล้วมาจุ่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในขวดแล้ว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ เล่าว่ากรณีที่ใช้ forceps หยิบสำลี ควรจุ่มสำลีลงในแอลกอฮอล์เพียงครึ่งก่อนเพื่อไม่ให้ชุ่มเกินไป รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี เล่าว่า เทแอลกอฮอล์ลงบนสำลีที่อยู่ในซอง 2 ก้อน เหลือสำลีแห้งไว้ 1 ก้อน อาจารย์ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ เสนอว่าไม่ควรเทแอลกอฮอล์ลงบนสำลีที่อยู่ด้านกระดาษ เพราะหมึกจะซึมที่สำลี และควรแบ่งสำลีแห้งก่อนเทแอลกอฮอล์ รองศาสตราจารย์พัสมณต์ คุ่มทวีพรและรองศาสตราจารย์สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา เล่าว่าหอผู้ป่วยที่พานักศึกษาขึ้นฝึกนั้นจะเข็นรถฉีดยาไปที่เตียงผู้ป่วยและเตรียมยาที่เตียงผู้ป่วย หรือเตรียมยาใส่ใน tray ฉีดยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สิ้นสุกใส บอกว่าการฉีดยานั้นแต่ละคนมีเทคนิคที่ต่างกันไป อย่างไรก็ตามต้องยึดหลักการ อย่า Contaminant และการให้นักศึกษาเตรียมยาต่อหน้าผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกไม่ไว้วางใจ ไม่อยากให้นักศึกษาฉีด ดังนั้นจึงแก้ไขโดยการเตรียมยาที่เคาเตอร์พยาบาลก่อนไปฉีดผู้ป่วย อาจารย์ ดร.สุพินดา เรืองศิริรัฐเอียร เปิดประเด็นเรื่องการใส่สำลีแบบประหยัด ซึ่งรองศาสตราจารย์ปราณี ทุไพบเราะ เล่าว่าพยาบาลที่อยู่ประจำโรงเรียนจะใช้ไม้พันสำลีชุบแอลกอฮอล์ ซึ่งจะลดราคาลงมาก แต่เนื่องจากเมื่อพิจารณาถึงการติดเชื้อพบว่า มีการติดเชื้อที่สูงมากกว่า ค่าใช้จ่ายจึงสูงตามไปด้วย ดังนั้นควรคำนึงถึงหลักการติดเชื้อมากกว่า

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี ได้สรุปวิธีการใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดผิวหนัง ถ้าเป็นสำลีก้อน จะให้เช็ดตรงบริเวณที่เราจะฉีดยาโดยเช็ดกว้างออกมา 2-3 นิ้ว เช็ดเป็นวงกลม ไม่เข้าไปมา หรือเช็ดจากบนลงล่าง กว้าง 2-3 นิ้วไม่ซ้ำที่เดิมเช่นกัน ถ้าเป็นสำลีแผ่น ให้เช็ดครั้งเดียวจากบนลงล่าง เมื่อเช็ดเสร็จแล้วต้องรอให้แอลกอฮอล์ให้แห้ง ไม่ใช่มือพัดโบก หรือเป่า เพราะจะยิ่งทำให้เกิดเชื้อโรคมามากขึ้น

ประเด็นที่ 2 เทคนิคการฉีดยา

รองศาสตราจารย์สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา เล่าถึง “เทคนิคการฉีดยา” ขึ้นกับว่าฉีดเข้าอะไร ต้องคำนึงถึงขนาดของเข็ม และผู้ป่วย ถ้าคนอ้วนองศาของเข็มที่แทงให้ประมาณ 60-90 องศา ถ้าฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ต้องจับผิวหนังให้ตึง แล้วแทงเข็ม โดยหงายปลายตัดขึ้น แล้วแทงเข้าไป โดยมีหนึ่งจับ Syringe ให้แน่น แล้วทดสอบว่าเข็มเข้าไปเส้นเลือดหรือไม่ สำหรับในกรณีถ้าเข็มมีความยาว 1.5 นิ้ว ผู้ป่วยอ้วน ก็สามารถฉีดยาในมุม 60 องศา ส่วนถ้าเข็มมีความยาว 1 นิ้วฉีดยาในมุม 60 องศา ให้แทงเข็มเกือบชิดเข็ม ถ้าฉีดสะโพกให้ตั้งฉากกับผิวหนัง 90 องศา รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี กล่าวว่าถ้าเข็มยาวให้ใช้องศาที่น้อย ส่วนเข็มสั้นองศาจากประสบการณ์สอนนักศึกษาพบว่ากรณีแทงเข็มเข้าไปลึก 5/8 ของความยาวเข็ม และทดสอบว่าปลายเข็มไม่ได้อยู่ในหลอดเลือด เวลาฉีดยาเข็มมักจะเคลื่อนจนชิดเข็ม ซึ่งต้องระวังไม่ให้เกิดขึ้น

การฉีดยาในเด็ก รองศาสตราจารย์สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา เล่าว่าการฉีดวัคซีนในเด็กแรกเกิดถึง 8 เดือน ให้ฉีดที่หน้าขาเท่านั้น โดยใช้เข็มเบอร์ 27 รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี เล่าว่าวิธีการฉีดยาไม่เจ็บ นอกจากเข็มต้องคม



แล้ว ก่อนแทงเข็มควรทำให้กล้ามเนื้อหย่อน แล้วดึงกล้ามเนื้อให้ตึง เช่นการฉีดยาที่ต้นแขน ให้ท้าวเอวและวางมือในท่าเปิดจะทำให้กล้ามเนื้อหย่อน ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ถ้าผู้ป่วยยอมควรดึงเนื้อขึ้น และการแทงเข็มไม่แทงเร็วหรือเข้าไป ความกลัวการฉีดยาจะยิ่งทำให้เกร็งและเจ็บ

สรุปเทคนิคการฉีดยา ดึงผิวหนังให้ตึง เข็มคม ดันยาช้าๆ

ประเด็นที่ 3 ผสมยาอย่างไรไม่เกิดฟองมาก

อาจารย์ ดร.สุพินดา เรื่องหิริฐฐีเยร เล่าว่าเวลาที่ฉีดยา Hemax จะมีฟองมาก ดูดแล้วยาไม่ออกมีแต่ฟอง อาจารย์อรุณรัตน์ คันธา เล่าถึงเทคนิคการทำให้ไม่เกิดฟองว่า ควรใส่ตัวทำละลายช้าๆ และเขย่าขวดยาเบาๆ จะช่วยได้ อาจารย์ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ เล่าว่าการผสมยา Cefobic ห้ามใส่อากาศเข้าไปในขวดก่อนดูดยา เพราะเมื่อผสมยาแล้วจะเกิดอากาศในขวด หากใส่อากาศเข้าไปอีกจะมีแรงดันมาก ยาจะกระเด็นพุ่งออก ฉะนั้นต้องระวังการผสมยาตัวนี้

ประเด็นที่ 4 การฉีดยาทาง IV

สำหรับการฉีดยาทาง IV ตามหลักการต้อง Close System แต่ในทางปฏิบัติในบางหอผู้ป่วยที่มีการฉีดยาทาง IV หลาย dose ทางจุกเหลืองของสาย IV ทำให้เกิดการรั่วซึม จึงมีการปลดรอยต่อ แล้วฉีดยาเข้า IV ซึ่งไม่เป็น close system ต้องระวัง Contaminate อย่างไรก็ตาม การฉีดยาที่จุกเหลืองควรเปลี่ยนเป็นเข็มเล็ก เช่นเบอร์ 24 25 เพื่อป้องกันการรั่วซึม

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี ได้สรุปประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการฉีดยาในวันนี้ มี 4 ประเด็น ดังนี้

1. วิธีการใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดผิวหนัง
2. เทคนิคการฉีดยา
3. การผสมยา
4. การฉีดยาทาง IV

สำหรับการเสวนาในวันนี้ ทางคณะกรรมการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้เข้าร่วมเสวนาจะได้ฟังประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับเรื่อง “การฉีดยา” ถ้ามีสิ่งใดที่อยากจะแลกเปลี่ยนก็สามารถเล่าสู่กันฟังได้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งต่อไป



กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 2/2554
เรื่อง ความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล
ในหัวข้อ “การฉีดยา ครั้งที่ 2”

อ.อรุณรัตน์ คันธา ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาองค์กร
แห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอน
วิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล ในหัวข้อ “การฉีดยา ครั้งที่ 2” เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2554 เวลา 12.00-
13.10 น. ณ ห้อง 801/1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี เป็นผู้นำ
ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมาจากภาควิชาต่างๆ มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องการฉีดยา
เป็นการต่อเนื่องจากครั้งที่แล้ว สำหรับในวันนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเน้นเกี่ยวกับ การฉีดยาทางหลอดเลือดดำ
ทาง NSS lock และ Heparin lock

ประเด็นที่ 1 การ clot ใน extension tube

สำหรับการฉีดยาทางหลอดเลือดดำทาง NSS lock หรือ Heparin lock นั้น มักจะเจอปัญหาการ clot ของ
เลือดใน extension tube การแก้ปัญหาดังกล่าว ได้มีผู้เล่าประสบการณ์ว่า ให้ใช้วิธี lock extension tube ขณะที่
ดัน NSS เข้าไป และมีอาจารย์อีกท่านเล่าว่า ก่อนที่จะฉีด NSS เข้าไปควรดึงลูกสูบออกมาเพื่อเอา air ที่ค้างใน extension
tube ออก ซึ่งพบว่าสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

ประเด็นที่ 2 การฉีดยาทาง NSS lock และ Heparin lock

การฉีดยาทาง NSS lock และ Heparin lock สามารถฉีดได้ 2 ทาง คือทางจุกยางสีเหลืองของ extension
tube และการหมุนฝาเปิดแล้วใช้ Syringe ต่อโดยตรง ซึ่งถ้าเป็นไปตามหลักการที่ถูกต้องนั้น การฉีดทางจุกยางสีเหลือง
จะลดการติดเชื่อและการปนเปื้อนมากกว่า โดยเฉพาะนักศึกษาที่ยังขาดความชำนาญ แต่ในขณะนี้ทางหอผู้ป่วยใช้การ
หมุนฝาเปิดใช้ Syringe ต่อโดยตรง โดยให้เหตุผลว่าการฉีดทางจุกยางสีเหลืองจะมีโอกาสรั่วซึมสูง เพราะในแต่ละวัน
ผู้ป่วยจะได้รับยาจำนวนหลายครั้ง ถ้าใช้เข็มแทงบ่อยๆ โอกาสรั่วซึมจะมีสูง

ประเด็นที่ 3 ขั้นตอนการฉีดยาทาง NSS lock และ Heparin lock

ขั้นตอนการฉีดยาทาง NSS lock และ Heparin lock พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย เช่น
หอผู้ป่วยอายุรศาสตร์มีการฉีดยาทาง NSS lock ดังนี้ NSS 5 CC. → ยา → NSS 5 CC
หอผู้ป่วยเฉพาะทางมะเร็ง รักษาโดยยาเคมีบำบัดมีการฉีดยาทาง NSS lock ดังนี้ NSS 10 CC. →
ยาเคมีบำบัด → NSS 10 CC
หอผู้ป่วยศัลยกรรมเฉพาะทางที่มีผู้ป่วยเกี่ยวกับการอุดตันหลอดเลือด จะมีการฉีดยาทาง Heparin lock
ดังนี้ NSS 3 CC. → ยา → NSS 3 CC → Heparin 2 CC โดยใช้ Heparin 50:1 หมายถึง Heparin 50 U ใน
ปริมาตร 1 CC



มีความแตกต่างกันในรายละเอียดของจำนวน NSS อาจารย์เล่าว่า การให้ NSS จำนวนเท่าไรนั้นต้องพิจารณาที่ความยาวของสาย extension tube ซึ่งโดยปกติใช้ประมาณ 1.5-2 cc และควรจะมีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์และฝ่ายการพยาบาลฯ เพื่อหาข้อสรุปที่ตรงกัน และในการฉีดยาแต่ละครั้งในผู้ป่วยบางรายมักจะมียาฉีดยาหลายชนิด ดังนั้นพยาบาลควรจะปรึกษาเภสัชกรก่อนว่า ยาแต่ละตัวมีการทำปฏิกิริยาต่อกันหรือไม่

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี ได้สรุปประเด็นจากที่ได้แลกเปลี่ยนเรื่องรู้ในการฉีดยาทางหลอดเลือดดำทาง NSS lock และ Heparin ในวันนี้ ดังนี้

การฉีดยาทางหลอดเลือดดำทาง NSS lock และ Heparin ขึ้นกับหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง แต่จะมีหลักการที่เหมือนกันคือ ถ้าเป็นการใช้ NSS lock การฉีดยาจะเป็นดังนี้ NSS → ยา → NSS แต่ถ้าเป็น Heparin lock ดังนี้ NSS → ยา → NSS → Heparin และควรมีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์และฝ่ายการพยาบาลฯ เพื่อหาข้อสรุปที่ตรงกันจะเป็นสิ่งที่ดี เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพต่อไป



กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 3/2554
เรื่อง ความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล
ในหัวข้อ “การสวนปัสสาวะ ครั้งที่ 1”

อ.ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย/นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล ในหัวข้อ “การสวนปัสสาวะ ครั้งที่ 1” เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2554 เวลา 12.00-13.30 น. ณ ห้อง 801/1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี รศ.ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี เป็นผู้นำกิจกรรม สำหรับกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะ ทั้งแบบสวนทิ้งและสวนคา ซึ่งมีรายละเอียดที่น่าสนใจ ดังนี้

อ.อัจฉรา มาตมาลัย กล่าวว่า ใน ward สูติศาสตร์ การสวนปัสสาวะก่อนคลอดค่อนข้างสวนยากเพราะมีหัวเด็กมาตุงอยู่ ทำให้สอดสายเข้าไปตรงๆ ไม่ได้ ต้องสอดขึ้นก่อน แล้วค่อยลง โดยใช้ catheter ที่เป็นสายยางแดงใส่เข้าไป และหลังคลอดบางทีมีเย็บจะบวม ทำให้หาช่องใส่สายสวนปัสสาวะไม่เจอ นักศึกษาจะใส่ผิดเข้าช่องคลอดอยู่บ่อยๆ ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาก็คือ ให้สังเกตช่องคลอดก่อน เพราะเห็นได้ชัดเจนกว่า แล้วช่องสวนปัสสาวะก็จะอยู่บนช่องคลอด และปัจจุบันไม่นิยมการโกนขนบริเวณ perineum แล้ว

ปัจจุบันนี้จะไม่ใส่สายยางแดงไว้ใน Set สวนปัสสาวะที่ปลอดเชื้อ จะแยกสายยางแดงปลอดเชื้อไว้นอก set สำหรับการ Flushing ทั่วๆ ไปจะใช้น้ำเปล่า แต่หากเป็นการสวนปัสสาวะ เมื่อเปิด set แล้ว จะใช้ sterile water ในการ Flushing ก่อนสวน และผ้าสีเหลืองกลางของโรงพยาบาลจะเป็นผ้าผืนใหญ่คลุมเข้า ทำให้มีบริเวณปลอดเชื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการดีทำให้มือของนักศึกษาไม่ contaminate

รศ.ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี กล่าวว่า กรณีที่สายสวนปัสสาวะ Contaminate เราจะไม่เปลี่ยน set ใหม่ แต่จะเปลี่ยนเฉพาะสายสวนปัสสาวะเท่านั้น และเวลาที่สวนปัสสาวะผู้ป่วย ควรมีคนช่วยนักศึกษาเนื่องจากนักศึกษาบางคนได้ผ่านการฝึกในห้องปฏิบัติการพยาบาล เวลาปฏิบัติจริงอาจไม่มั่นใจนัก ต้องการกำลังใจมาก และต้องใช้มือแหวกคางไว้ตลอดเวลาจนกว่าจะสวนปัสสาวะเสร็จ

อ.อัจฉรา มาตมาลัย กล่าวว่า หญิงหลังคลอดมี lochia มาก ทางสูติฯ ใช้ถุงมือในการ flushing ไม่ได้ใช้ forceps แล้ว และใช้น้ำเปล่าในการ flushing เมื่อเปิด set สวน แล้ว flushing ด้วย sterile water อีกครั้ง โดยใช้ถุงมือ sterile ในการ flushing

รศ.ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี ถามใน 2 ประเด็นคือ ประเด็นที่ 1 กรณี flushing ที่เทน้ำเปล่าลงในช่องสำลี จะมีวิธีการหยิบสำลีอย่างไรจึงจะดีที่สุด ประเด็นที่ 2 กรณีเมื่อเปิด set สวน แล้วใส่ถุงมือ sterile แทนการใช้ forceps ในการ flushing โดยขอความเห็นจากที่ประชุมว่า จะเปลี่ยนถุงมือคู่มือหรือใช้ถุงมือคู่มือเดิมหยิบสาย catheter และถ้าเปลี่ยนถุงมือคู่มือจะแหวก labia คางไว้จนใส่ catheter ได้อย่างไร หรือมีวิธีการทำอย่างไร

ประเด็นที่ 1 หลายท่านมีความเห็นว่า ใช้มือซ้ายหยิบสำลีที่อยู่ในช่องให้มือขวา แล้วใช้มือขวา Flushing โดยไม่ใช้มือขวาหยิบสำลีในช่อง



ประเด็นที่ 2 หลายท่านมีความเห็นว่า ควรเปลี่ยนถุงมือปลอดเชื้อคู่มือใหม่ ใช้สำลีแหวก labia ค้างไว้ตรงตำแหน่ง urethra แล้วเปลี่ยนถุงมือคู่มือใหม่ เวลาจับสายสวนปัสสาวะก็จะไม่จับตรงปลายพอดี จะจับห่างปลายสายออกไปประมาณ 3 นิ้ว รศ.ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ ให้ข้อเสนอว่า กรณีใส่ Foley catheter พอใส่สายจนเห็นน้ำปัสสาวะออกมาแล้ว ควรใส่ลึกเข้าไปอีก 1 นิ้ว มิฉะนั้นเวลาใส่น้ำเข้าไป balloon จะเข้าไปคาอยู่ตรงท่อปัสสาวะได้

ทำกิจกรรม รศ.ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี ได้สรุปว่าการสวนปัสสาวะนั้น เราจะยังคงใช้ sterile water ในการ Flushing ก่อนสวนปัสสาวะอยู่ โดยใน ward จะใช้ถุงมือ หรือ forceps ในการ Flushing สำหรับการใส่ถุงมือ Flushing นั้น จะใช้ถุงมือ 2 คู่ โดยถุงมือคู่แรกใช้ Flushing และใช้สำลีแหวก labia ค้างไว้ แล้วทำการเปลี่ยนถุงมือคู่ที่สอง แล้วจึงสวน catheter

สำหรับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการสวนปัสสาวะที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพพื้นฐานทางการพยาบาลต่อไป



กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 4/2554
เรื่อง ความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล
ในหัวข้อ “การสวนปัสสาวะ ครั้งที่ 2”

รศ.ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล ในหัวข้อ “การสวนปัสสาวะ ครั้งที่ 2” เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 801/1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี รศ.ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี เป็นผู้นำกิจกรรม สำหรับกิจกรรมในครั้งนี้มีประเด็นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2 ประเด็นคือ

1. ถ้ามีคำสั่งการรักษาให้สวนปัสสาวะผู้ป่วย อาจารย์ควรสอนให้นักศึกษาเริ่มจากการทำ flushing ก่อนทุกครั้งหรือไม่ ที่ประชุมได้ทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างหลากหลาย ซึ่งได้ข้อสรุปดังนี้

อาจารย์ควรสอนให้นักศึกษาทำการประเมินความสะอาดของบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกก่อนทุกครั้ง หากบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกสกปรก ควรทำการ Flushing ก่อนดำเนินการสวนปัสสาวะ หากประเมินแล้วพบว่าบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของผู้ป่วยสะอาด นักศึกษาสามารถทำการสวนปัสสาวะได้เลย ทั้งนี้เพราะในขั้นตอนของการสวนปัสสาวะ จะมีการทำ flushing ก่อนสวนอยู่แล้ว

2. ในทางปฏิบัติเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะ อุปกรณ์ในชุดสวนปัสสาวะจะเตรียม forceps 1 อัน สำหรับการทำ flushing ก่อนสวนปัสสาวะ ซึ่งนักศึกษาจะได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติในห้อง LRC โดยใช้ forceps ในการ flushing เมื่อ flushing ในขั้นตอนสุดท้าย ต้องใช้มือแหวก labia minora ค้างไว้ เพื่อเช็ดบริเวณ urethral orifice และต้องค้างไว้ไม่ปล่อยมือ มีคำถามว่า บนหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช การสวนปัสสาวะจะใช้ถุงมือ 2 คู่ ในขั้นตอนของการแหวก labia minora ค้างไว้เพื่อเช็ดบริเวณ urethral orifice ควรทำอย่างไร ที่ประชุมได้ทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างหลากหลายได้ข้อสรุป 2 แนวทางดังนี้

แนวทางที่ 1 ให้วางสำลีค้างไว้บริเวณ urethral orifice สามารถปล่อยมือที่แหวกได้ เพราะสำลีสามารถค้างอยู่ได้ เมื่อใส่ถุงมือ sterile คู่ใหม่ ให้เอามือซ้ายแหวก labia minora และยกชิ้นเล็กน้อยจะสามารถมองเห็น urethral orifice ได้อย่างชัดเจน ใช้นิ้วก้อยของมือขวาเขี่ยสำลีออกไป หยิบขามรูปไตที่บรรจุสายสวนปัสสาวะที่หล่อลื่นไว้แล้ว มาวางไว้ใกล้ perineum และหยิบสายสวนปัสสาวะดำเนินการสวนด้วยวิธี aseptic technique ต่อไป

แนวทางที่ 2 ให้แยกสำลีชุบน้ำต้มสุก 1 ก้อนออกจาก set flushing เมื่อทำการ flushing ตามขั้นตอนแล้ว ให้ถอดถุงมือออก เปลี่ยนถุงมือ sterile คู่ใหม่ ใช้มือซ้ายแหวก labia minora และยกชิ้นเล็กน้อยค้างไว้ จะสามารถมองเห็น urethral orifice ได้อย่างชัดเจน ใช้มือขวาหยิบสำลีชุบน้ำต้มสุกที่แยกไว้ (ระวังอย่าให้ถุงมือ contaminate) เช็ดบริเวณ urethral orifice หยิบขามรูปไตที่บรรจุสายสวนปัสสาวะที่หล่อลื่นไว้แล้วมาวางไว้ใกล้ perineum และหยิบสายสวนปัสสาวะดำเนินการสวนด้วยวิธี aseptic technique ต่อไป

กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
ภาควิชาการพยาบาลสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



Update family care in Sweden

ผศ.ทัศนีย์วรรณ พุกษาเมธานันท์/ผศ.กันยรักษ์ เยงเจริญ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาอาจารย์และการจัดการความรู้ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้จัดกิจกรรมการจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่อง Update family care in Sweden โดยมี อาจารย์ ดร.พรทิพย์ คณานับ อาจารย์ประจำของภาควิชาฯ เป็นวิทยากร เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2554 ณ ห้อง 801/1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งอาจารย์ ดร.พรทิพย์ คณานับ ได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานและได้ไปเยี่ยมชม ณ Malardalen University ซึ่งประกอบด้วย 4 schools ได้แก่ School of education, culture and communication, School of innovation, design and engineering, School of health, care, and social welfare และ School of sustainable development of social and technology

การจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล อยู่ภายใต้การดูแลของ School of Health, Care, and Social Welfare หลักสูตรปริญญาตรีมีนักศึกษา ประมาณ 360 คน/ปี หลักสูตรการศึกษา 3 ปี จำนวน 180 เครดิต ประกอบด้วย caring science 90 cr. Medical science 57 cr. Health care education 22.5 cr. และ public health science 10.5 cr. สำหรับหลักสูตรปริญญาโท หลักสูตร 1 ปี 60 cr. มี 7 หลักสูตร การสอบนักศึกษาจะมีผลการศึกษาเป็น Pass with distinction (VG) Pass (G) Fail (U)

การจัดการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานักศึกษาในด้านความสามารถในการประเมินและการใช้ทักษะคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล การตั้งปัญหาหรือข้อวินิจฉัย และการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ การเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตการทำงาน ในด้านการศึกษา นอกจากความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานแล้ว นักศึกษาจะต้องพัฒนาความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้และการประเมินความรู้ในระดับผู้มีความรู้ หรือผู้ได้รับการศึกษา (scholarly level) การติดตามการพัฒนาคำรู้ใหม่ๆ ในด้านต่างๆ การแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น ทั้งผู้ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในสาขานั้นๆ การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นความร่วมมือระหว่าง Malardalen university และ County council of Vastmanland ซึ่งกำกับดูแลโรงพยาบาลต่างๆ ได้แก่ Sala, Fagersta, Vasteras และ Kopring รวมถึง primary health care และ Psychiatric care เป็นความร่วมมือในเรื่องแนวทางการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมีข้อตกลงในเรื่องการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในคลินิก การส่งเสริมทัศนคติในการปฏิบัติงาน การวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกปฏิบัติ และการประเมินผล การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของภาระงานสำหรับพยาบาล สำหรับพยาบาลที่เลือกไม่รับผิดชอบงานสอน จะต้องรับผิดชอบงานบริการมากขึ้น

บุคลากรด้านการเรียนการสอนบนคลินิก ประกอบด้วย Clinical Supervisor, Preceptor และ Clinical Lecture โดย Clinical Supervisor เป็นผู้ประสานงานการจัดการเรียนการสอนระหว่าง Malardalen University และ County councils ผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้และความคุ้นเคยกับ Supervision model หลักสูตรและเนื้อหาในการเรียน รวมทั้งแผนการเรียนการสอนของนักศึกษา (study guides) ซึ่งผู้ที่ดำรงตำแหน่งนี้



ในปัจจุบันคือ Ms. Monica Dahlgren เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการ ผู้ประสานงาน Ms.Monica จะได้รับเงินเดือน 50% จากมหาวิทยาลัย และอีก 50% จาก County councils

Preceptor เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก ซึ่งผ่านการฝึกอบรมให้เข้าใจถึงวิธีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล

Clinical Lecture เป็นบุคลากรจากมหาวิทยาลัย ซึ่งจะทำงานร่วมกับ Clinical Supervisor และ Preceptors ในการจัดการเรียนการสอน และร่วมประเมินผลการเรียนการสอนของนักศึกษา

การเรียนการสอนในคลินิก ใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนแบบ Organization-Clinical Practice Model หรือ Supervision Model โดยใช้ Patient Focus Model เป็นหลักในการเรียนสอนและการดูแลผู้ป่วย โดยมีแนวคิดที่ว่า Patient Focus Model ช่วยบูรณาการการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยเริ่มจากการนำความรู้ภาคทฤษฎีที่นักศึกษาได้เรียนมา ได้แก่ ความรู้ด้าน Caring science ด้านการแพทย์ และความรู้ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการพยาบาล มาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วย การเรียนการสอนคำนึงถึง Patient rights และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (nurse-patient relationship) การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ทางคลินิก เกิดจากการที่นักศึกษาได้พบและให้การดูแลผู้ป่วย นักศึกษาจะสลับบทบาทระหว่าง การลงมือกระทำ หรือการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย (action) และการสะท้อนหรือถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดออกมา (reflection) โดย Preceptors จะกระตุ้นให้นักศึกษาฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ (critical thinking) ทั้งพยาบาล นักศึกษา และผู้ป่วยจะร่วมกันวิเคราะห์เพื่อค้นหาและเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ (health resource) และความต้องการการดูแลที่เร่งด่วน นักศึกษาจะต้องรายงานและประเมินผลกับ Preceptor ทุกวัน นักศึกษาจะอยู่ภายใต้การดูแลของ Preceptor โดย Preceptor 1 คน จะมีนักศึกษาอยู่ในความดูแล 1-2 คน Preceptor จะมอบหมายให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี นักศึกษา 1 คนจะให้การดูแลผู้ป่วย 1-2 คน นักศึกษาจะมีสมุดบันทึกประจำตัว (Student Journal or Portfolio) ซึ่งเมื่อเริ่มต้นการศึกษา นักศึกษาจะบันทึกเป้าหมายในการเรียนของตน และทำอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมายนั้น นักศึกษาจะบันทึกประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองได้รับในแต่ละวัน Preceptor จะอ่านบันทึกของนักศึกษาแล้วให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะแก่นักศึกษา นอกจากนี้ นักศึกษาจะมีการพูดคุยปรึกษาหารือ (reflection) ร่วมกับ Head Supervisor สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ Head Supervisor จะประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษา 2 ครั้งคือ Midterm และ Final โดยใช้เกณฑ์การประเมินของมหาวิทยาลัย



กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์



แนวปฏิบัติการใช้ยา Thrombolytic Agent

ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล/ผศ.ศรัณยา โฆสิตะมงคล ผู้นำกิจกรรม

อ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ ผู้ลิขิต

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย พบสถิติผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ถึงปีละ 150,000 คน ซึ่งต้องใช้ค่ารักษาไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท/ปี/คน (5,000 ล้านบาท) โดยส่วนใหญ่จะมาด้วยปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ประมาณ 70-75% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ประสิทธิภาพของการรักษาคือ การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการรักษาที่ถูกต้องอย่างทันที่ว่าจะสามารถลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้มาก จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น โรงพยาบาลศิริราช สถาบันประสาทวิทยา จะมีช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) สำหรับรับผู้ป่วยประเภทนี้ไว้รักษา และมีระบบการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับยา Thrombolytic Agent อย่างไรก็ดี ก็ยังพบปัญหาของการใช้ยารักษาให้ประสิทธิภาพอยู่

จากความสำคัญดังกล่าว ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และผศ.ศรัณยา โฆสิตะมงคล ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำประเด็นปัญหาของการใช้ยา เข้าร่วมเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลและการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดอุดตัน ได้แก่ ยา Thrombolytic Agent ซึ่งยาตัวนี้กำลังเป็นที่ถกเถียงกันในชื่อของภาษาไทย จึงยังไม่ได้บัญญัติศัพท์อย่างเป็นทางการเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นการใช้เรียกชื่อยาตัวนี้ จึงยังคงใช้ในลักษณะของคำในภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ที่ได้จากการนำยา Thrombolytic Agent มารักษาแล้ว อันตรายของการใช้ยาก็มีความสำคัญเพราะภาวะแทรกซ้อนของยาอาจนำมาซึ่งการเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนควรรู้ถึงข้อบ่งชี้ของการนำยา Thrombolytic Agent มารักษา โดยต้องระบุให้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจริงๆ

ประเด็นที่นำมาพิจารณา มีดังนี้

1. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาของการมารับการรักษา
2. ข้อบ่งชี้ในการรักษา

1. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาของการมารับการรักษา

อาการส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพและจะเกิดขึ้นรวดเร็วหรือทันทีทันใด ซึ่งมักพบอาการดังต่อไปนี้

- อ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกขาครึ่งซีก
- เวียนศีรษะ ร่วมกับเดินเซ
- ตามัว หรือ มองเห็นภาพซ้อน
- พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง
- ปวดศีรษะ อาเจียน
- ซึม ไม่รู้สึกตัว



การรักษาด้วยยา Thrombolytic Agent ได้นั้น อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เกิน 3 ชั่วโมง (หลัง Onset) อย่างไรก็ตามขณะนี้ได้มีการยืดหยุ่นเรื่องของเวลาให้ได้ถึง 4.5 ชั่วโมง แต่ปัญหาที่พบคือ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะให้ประวัติว่าตื่นนอนมา มีอาการแขนขาอ่อนแรง แต่ในความเป็นจริงญาติอาจพบความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนหน้านั้นแล้ว เช่น เห็นเหมือนมีปากเบี้ยวๆ เล็กน้อยตั้งแต่หัวค่ำ เป็นต้น ดังนั้น ความสำคัญของการซักประวัติจึงอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยอย่างเดียว แต่อาจได้จากญาติด้วย เพราะถ้าหากเวลาล่วงเลยออกไปการรักษาก็จะไม่ได้ผล ซึ่งประเด็นนี้ ผศ.ดร. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิจำให้เหตุผลว่า การที่ต้องทำภายใน 3 ชั่วโมงนี้ เป็นไปได้ว่าการจับตัวกันของลิ่มเลือด (clot) ยังไม่แข็งตัวเต็มที่ จึงทำให้การให้ยามีประสิทธิภาพดี

การรักษาด้วยยา Thrombolytic Agent จึงจำเป็นต้องอาศัยความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรค และต้องการผู้เชี่ยวชาญระบบประสาท ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการตรวจพิเศษ เช่น CT หรือ MRI ที่พร้อมตลอด 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่พร้อมจึงจัดระบบพิเศษที่จะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวดเร็ว เรียกว่า Fast Tract และนอกจากนี้ต้องจัดให้มีสถานที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke โดยการจัดเป็น Stroke Unit หรือ Stroke corner

2. ข้อบ่งชี้ในการรักษา

ผู้ป่วย Ischemic Stroke ต้องมีข้อบ่งชี้ในการรักษาครบทุกข้อดังต่อไปนี้ จึงสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด

- 2.1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 3 ชั่วโมง (4.5 ชม.)
- 2.2 อายุมากกว่า 18 ปี
- 2.3 มีอาการทางระบบประสาทที่สามารถวัดได้โดยใช้ NIHSS จะประเมินโดยแพทย์เป็นส่วนใหญ่
- 2.4 ผล CT scan ของสมองไม่พบเลือดออก
- 2.5 ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจประโยชน์หรือโทษที่จะเกิดจากการรักษา และยินยอมให้การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด

หากมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ห้ามให้ยาละลายลิ่มเลือดเด็ดขาด

1. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ไม่ทราบเวลาที่เริ่มเป็นอย่างชัดเจนหรือมีอาการภายหลังตื่นนอน
2. มีอาการเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage)
3. มีอาการทางระบบประสาทที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว (NIHSS < 4) หรือ มีอาการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง (NIHSS > 18)
4. มีอาการชัก
5. ความดันโลหิตสูง (SBP \geq 185 mmHg, DBP \geq 110 mmHg)
6. มีประวัติเลือดออกในสมองหรือ มีประวัติเป็น Stroke/Head injury ภายใน 3 เดือน
7. รับประทานการแข็งตัวของเกล็ดเลือด (heparin หรือ warfarin) ภายใน 48 ชั่วโมงหรือตรวจพบความผิดปกติของเกล็ดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้



- มีค่า Partial-thromboplastin time ผิดปกติ
- มีค่า Prothrombin time มากกว่า 15 วินาที
- มีค่า International normalized ratio (INR) มากกว่า 1.5

8. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm

9. มี Hct น้อยกว่า 25%

10. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน

11. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน

12. มี BS <50 mg/dl หรือ > 400 mg/dl

13. มีประวัติ Myocardial infarction ภายใน 3 เดือน

14. มีการเจาะหลอดเลือดแดงในตำแหน่งที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้ภายใน 7 วัน

15. พบเลือดออกหรือมีการบาดเจ็บ กระดูกหักจากการตรวจร่างกาย

16. ผล CT brain พบเนื้อสมองตายมากกว่า 1 กีบ (hypodensity > 1/3 cerebral hemisphere)

หรือพบการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ เช่น พบสมองบวม mass effect, sulcal effacement

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระหว่างได้รับยาเป็นสิ่งสำคัญ ในหลายโรงพยาบาลจะมีมาตรฐานการให้ยาทั้งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วยังต้องมีมาตรฐานในการให้การช่วยเหลือ ซึ่งคงใช้หลักในการช่วยชีวิต (ABCD) และต้องอาศัยทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การดูแล แต่อย่างไรก็ตามประเด็นการได้รับยา Thrombolytic Agent อย่างมีประสิทธิภาพยังคงต้องอาศัยความรู้ในเรื่องของอาการและการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทย



แนวปฏิบัติการใช้ยา Enoxaparin

ผศ.อัจฉริยา พงษ์นุ้มกุล/ผศ.รัตนภรณ์ คงคา ผู้นำกิจกรรม
อ.ธนัชฐา สมัย ผู้ลิขิต

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome ; ACS) เป็นโรคที่มีสถิติการเกิดสูงและเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ รวมทั้งเป็นกลุ่มที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ สาเหตุที่สำคัญคือ การอุดตันในหลอดเลือด จนเลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจได้ไม่เพียงพอ ดังนั้นการรักษาทางยาเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะการใช้ยาฉีดกันเลือดแข็งตัว ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัจฉริยา พงษ์นุ้มกุล ซึ่งเชี่ยวชาญในการดูแลและการสอนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเอาประเด็นการบริหารยาฉีดกันเลือดแข็งตัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเน้นให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบริหารยาที่ถูกต้อง ซึ่งได้ข้อสรุปดังนี้

ปัจจุบันมีการนำเอายาละลายลิ่มเลือดกลุ่มเฮปารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (Low molecular weight heparin; LMWH) เข้ามาใช้ในการรักษา ซึ่งยาตัวนี้พบในปี คศ. 1916 จากตับสุนัขและวัว ปัจจุบันสังเคราะห์จาก mucosa ของหมู ชนิดของยาที่ใช้ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพในการรักษาเทียบเท่ากับ Heparin แต่มีข้อดีกว่า Heparin คือ สะดวกในการบริหารยา การปรับยา และผลข้างเคียงน้อยกว่า แต่ปัญหาที่พบบ่อยในการให้ยาละลายลิ่มเลือดกลุ่มเฮปารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำ ซึ่งบริหารยาโดยให้ขนาด 1 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง ปัญหาที่พบคือ เกิดรอยเลือด รอยจ้ำเลือด ก้อนเลือด (Hematoma) ตรงตำแหน่งบริเวณที่ฉีดยา บางรายมีขนาดใหญ่มาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียสภาพลักษณะ วิตกกังวล และในบางรายพบว่ามีอาการปวดแสบปวดร้อนขณะและหลังฉีดยา บางรายทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ กระดูกพรุน

การใช้ aspirin ร่วมกับ heparin ซึ่ง inhibit platelet aggregation และ coagulation ได้ใน UA/ NSTEMI สามารถป้องกันการเกิด AMI และ Sudden Death ได้เมื่อเทียบกับการใช้ aspirin อย่างเดียว ยาในกลุ่ม anticoagulation นี้ สามารถแบ่งได้เป็น unfractionated heparin (UFH) และ Low-molecular-weight heparin (LMWH)

1. Unfractionated heparin (UFH) จากการศึกษาค้นคว้า meta-analysis ในผู้ป่วย UA/ NSTEMI พบว่า UFH ร่วมกับ aspirin มีประโยชน์มากกว่าเมื่อเทียบกับให้ aspirin อย่างเดียว โดยสามารถลดการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดซ้ำ recurrent ischemia และลดอัตราการตาย หรือ MI ที่ 2-12 สัปดาห์ ได้ร้อยละ 33 ดังนั้นผู้ป่วย UA ที่เป็น intermediate หรือ high risk ควรจะได้รับ heparin ทุกราย ขนาด UFH ที่แนะนำให้ใช้ 1 คือ 60-70 ยูนิต/ กิโลกรัม ฉีด bolus เข้าทางหลอดเลือดดำตามด้วยหยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 12-15 ยูนิต/กิโลกรัม/ชั่วโมง และตรวจ aPTT หลังจากเริ่มยา 6 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงขนาดของ heparin ควรปรับขนาดของ heparin ให้ได้ aPTT ratio เป็น 1.5-2 เท่าของค่า baseline หรือให้ค่า aPTT อยู่ในช่วงประมาณ 50-70 วินาที ระยะเวลาที่ให้ประมาณ 3-5 วัน

2. Low-molecular-weight-heparin (LMWH) ปัจจุบันมีการนำ LMWH มาใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากมีข้อดีกว่า UFH ได้แก่ มีฤทธิ์ anti-Xa มากกว่า จึงมีผล antithrombotic ดีกว่า Plasma protein binding น้อยกว่า ทำให้ bioavailability ดีกว่า และ predict anticoagulant response ได้ดีกว่า ไม่ต้อง monitor aPTT Heparin-induced thrombocytopenia น้อยกว่า เนื่องจากมี bioavailability ที่สูงพอที่จะฉีดเข้าใต้ผิวหนังได้ จึงสะดวกกว่าและอาจป้องกันปัญหา rebound effect จากการให้ UFH ได้จากคุณสมบัติที่กล่าวมา ถ้าพิจารณาในเรื่องของ Pharmacokinetic และ safety profile แล้ว LMWH น่าจะดีกว่า UFH โดยมีข้อมูลของยา Enoxaparin พบว่าดีกว่า



UFH การรักษาโดยใช้ LMWH จะต้องระวังเรื่องขนาดยาด้วย เนื่องจากไม่สามารถ check ค่า aPTT เพื่อตรวจสอบขนาดยาได้เหมือนกับ UFH และผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตเสื่อม โดยเฉพาะถ้า creatinine clearance < 30 mL/min ต้องปรับลดขนาดยาลง

ยากุ่มใหม่ Indirect factor Xa inhibitor : Fondaparinux

- ไม่ย่อยสลายที่ตับ ไม่มี protein binding ทำให้การให้ยาคงที่ไม่ต้องปรับตามน้ำหนัก
- กลไกการออกฤทธิ์ จับกับโปรตีน antithrombin แล้วไป deactivate เฉพาะ factor Xa
- ไม่มีรายงาน case ผู้ป่วยว่า heparin เหนียวนำไปเกิดภาวะ thrombocytopenia
- ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้สูงอายุ

ข้อบ่งชี้ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในประเทศไทย

- ป้องกันการเกิด Venous Thromboembolic Events (VTE) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกแขนขา เช่น กระดูกสะโพกหัก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในระหว่างเจ็บป่วยเฉียบพลัน รักษา DVT และ PE ในระยะเฉียบพลัน

- รักษา unstable angina หรือ non-ST segment elevation myocardial infarction (UA/NSTEMI)

ป้องกันการเสียชีวิตจาก ACS MI และ refractory ischemia

- รักษา ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) ป้องกันการเสียชีวิตจาก ACS และการกลับเป็น MI ซ้ำ

- Fondaparinux : มีประโยชน์ใน STEMI ที่ไม่ได้ทำ primary PCI

Enoxaparin : Clexane ขนาดและการบริหารจัดการ

- UA/NSTEMI : 1mg/kg q 12 hrs (2-8 days)

- STEMI :

< 75 years of age	>75 years of age (Elderly)
30mg single IV bolus plus 1mg/kg SC followed by 1mg/kg q12 h SC	No initial IV bolus; 0.75 mg/kg SC q12 h SC

- Severe renal impairment (CrCl < 30mL/min) :

< 75 years of age	>75 years of age (Elderly)
30mg single IV bolus plus 1mg/kg SC by 1mg/kg q 24 h SC	No initial IV bolus; 1 mg/kg SC q 24 h SC



- ผู้ป่วยที่ทำ PCI : If the last CLEXANE administration was give

< 8 hours before balloon inflation	No additional dosing needed
> 8 hours before balloon inflation	Administer an IV bolus of 0.3 mg/kg of CLEXANE [®]

- ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย Deep Vein Thrombosis

	Dosage and duration
DVT treatment with or without PE	1 mg/kg BID SC for 10 days or 1.5 mg/kg OD SC for 10 days CrCl <30mL/mim : 1mg/kg OD
DVT prophylaxis	40 mg SC, OD for 7- 10 days...4 wks, GA 12 hrs. before surgery LA 2 hrs after catheter removal, CrCl < 30mL/mim : 20 mg OD

- ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ทำ Hemodialysis

	Dosage and duration
Chronic hemodialysis	0.5-1 mg/kg as a bolus in the arterial line at the beginning of the session, half of the dosage will be repeated every 2 hours if the dialysis session last more than 4 hrs.
Hemodialysis in patients with hemorrhagic risk	0.5-0.75 mg/kg as a bolus in the arterial line at the beginning of the session

- การบริหารยา : การฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

- รูปแบบยา : เข็มฉีดยา prefilled (PFS)

- ขนาดยา : 40 mg/0.4 ml (4,000 axti Xa IU), 60 mg/0.6 ml (6,000 axti Xa IU), 80 mg/0.8 ml (8,000 axti Xa IU)

การระมัดระวัง

- เพิ่มภาวะเลือดออกง่าย

- ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายได้รับสิ่งแปลกปลอม/ ภาวะตอบสนองไวเกินของร่างกาย (Hypersensitivity)

- การตกเลือดในผู้สูงอายุ (ปี > 80 อายุ)

- ไตทำหน้าที่ลดลง (ปรับขนาดยา)



- ภาวะที่ร่างกายมีเกล็ดเลือด (platelets) ต่ำกว่าปกติ < 140,000 cells/cu.mm.) (Thrombocytopenia)

ยาเกินขนาด

- ฉีดยา Protamine 1 มก. / mg ของยา enoxaparin ซ้ำๆ ทางหลอดเลือดดำ (<= 8 ชั่วโมง)
- ฉีดยา Protamine 0.5 mg/mg ของยา enoxaparin ซ้ำๆ ทางหลอดเลือดดำ(> 8 ชั่วโมง และ <= 12 ชั่วโมง)
- อาจไม่จำเป็นต้องให้ยา Protamine (> 12 ชั่วโมง)

Fondaparinux

ข้อบ่งใช้	ขนาดและวิธีการบริหารยา
ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	2.5 mg วันละครั้ง เป็นระยะเวลา 5-9 วัน (สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด VTE เนื่องจากเคลื่อนไหวได้อาจจำกัด จะใช้เป็นระยะเวลา 6-14 วัน) โดยเริ่มให้ครั้งแรกหลังการผ่าตัดประมาณ 6-9 ชั่วโมง
รักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	วันละครั้ง เป็นระยะเวลา 5-9 วัน ตามขนาดยาด้านล่าง <ul style="list-style-type: none"> - 5 mg สำหรับน้ำหนักตัว < 50 kg - 7.5 mg สำหรับน้ำหนักตัว 50-100 kg - 10 mg สำหรับน้ำหนักตัว >100 kg
รักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	2.5 mg วันละครั้ง จนกว่าผู้ป่วยจะออกจากกรพ.หรือเป็นระยะเวลา 8 วัน แล้วแต่ระยะใดถึงก่อน สำหรับผู้ป่วย STEMI การให้ยาครั้งแรกจะให้ทาง IV

ยาเกินขนาด

- หยุดยา
- ให้เลือดทดแทน
- เป็นกระบวนการที่เอาแอนติบอดีที่ติดปกติออกไปจากร่างกาย (plasmapheresis)

การประเมินผู้ป่วยที่จะใช้ยา Inj Enoxaparin : Clexane

- ข้อห้ามใช้ ผู้ที่มีประวัติแพ้ยา Enoxaparin heparin หรือ heparin ชนิดโมเลกุลต่ำตัวอื่นๆ
- ห้ามใช้ยาในภาวะที่กำลังมีเลือดออก หรืออยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง
- ห้ามใช้ในผู้ที่มีภาวะ heparin thrombocytopenias
- ตรวจสอบผล lab ต่างๆ ได้แก่ CBC, platelet count * (ถ้าลดลง 50%หรือ น้อยกว่า 100,000/mm³)
- ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับยา Amikacin Amidarone Amphotericin B Atracunum Ciprofloxacin Dobutamine? (มีฤทธิ์ไม่เข้ากัน)



- ตรวจสอบผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มยาที่ต้องเพิ่มการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ Warfarin Aspirin NSAIDs Clodiprogel Dextran Steroids ไม่ว่าจะรูปแบบใดก็ตาม เนื่องจากจะทำให้ bleeding มากขึ้น
- ตรวจสอบ sign of bleeding อาการจ้ำเลือด หรือมีภาวะเลือดออก
- ตรวจสอบ MAR เกี่ยวกับประวัติการฉีดยา ขนาด เวลา และตำแหน่งที่ฉีด
- ตรวจสอบผู้ป่วย ควรฉีดยานี้ก่อน หลัง การใส่และถอด catheter 10-12 ชั่วโมง

สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ

- ห้ามฉีด I.M.
- ห้ามฉีด หากยามีการเปลี่ยนสี หรือ ผลิตภัณฑ์ฉีกขาด
- ห้ามใส่ฟองอากาศออก หรือดูดอากาศเข้าไป เพราะอาจมียาบางส่วนสูญหาย
- ห้ามถู หรือ คลึงบริเวณที่ฉีด เพราะจะทำให้ เกิดรอยขีด หรือ bleeding

สิ่งที่ควรปฏิบัติหรือยืนยันคำสั่งการรักษา

- Double check ชื่อ นามสกุล HN/AN ผู้ป่วย ชนิด ขนาดยา วันหมดอายุ

แนะนำให้ผู้ป่วย

- ห้ามถู นวด บริเวณที่ฉีด
- สังเกตอาการ ภาวะเลือดออก หรือ จุดจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง หรือ อาการปวด ให้รีบรายงาน
- ต้องแจ้งแพทย์แผนกอื่นๆ หรือ ทันตแพทย์ ว่าได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

การบริหารยา

ชนิดบรรจุในหลอดพร้อมฉีดที่มีอุปกรณ์นิรภัยอัตโนมัติ

ลักษณะ	แบบเก่า	แบบใหม่
บรรจุภัณฑ์แบบเก่า	ชนิดบรรจุในหลอดพร้อมฉีดแบบธรรมดา (Prefilled syringe)	ชนิดบรรจุในหลอดพร้อมฉีดชนิดที่มีอุปกรณ์นิรภัยอัตโนมัติ (Prefilled Syringe with Safety Device)
ขนาดหลอดฉีดยา	ขนาดเล็ก ประมาณ 0.5 มม.	ขนาดใหญ่ขึ้น ประมาณ 3 เท่า
วัตถุประสงค์	-	1. เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากการทิ่มแทงของเข็มหลังการฉีดยา 2. เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อรุนแรงจากอุบัติเหตุเข็มแทงหลังจากฉีดยา เช่น การติดเชื้อ HIV การติดเชื้อ Hepatitis B เป็นต้น

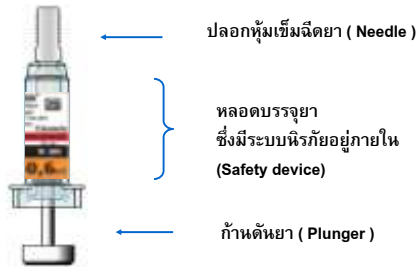


การบริหารยาชนิดบรรจุในหลอดพร้อมฉีดยาที่มีอุปกรณ์นิรภัยอัตโนมัติ (Safety lock)

1. ส่วนประกอบ Pre-filled syringe with safety device

วิธีการฉีดยา

CLEXANE Prefilled Syringe with Safety Device



2. การเตรียมบริเวณที่จะฉีด

- ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) บริเวณส่วนท้องด้านข้าง ข้างซ้าย ขวา ควรให้ห่างจากสะดืออย่างน้อยประมาณ 5 เซนติเมตร

- ทำความสะอาดบริเวณที่จะฉีดด้วยแอลกอฮอล์ โดยฉีดสลับข้างจากตำแหน่งเดิมในการฉีดแต่ละครั้ง

3. การตรวจสอบหลอดบรรจุยาก่อนฉีด

- ตรวจสอบวันหมดอายุที่ฉลากหรือกล่อง : ไม่ควรใช้หากพบว่ายามีอายุ

- ตรวจสอบสภาพหลอดบรรจุยา : หลอดบรรจุยาไม่เสียหาย ยาอยู่ในลักษณะใส ไม่มีอนุภาคใดๆ

4. เตรียมการใช้ยา

กรณีที่ไม่ต้องทำการปรับปริมาตรที่เกิน

- ถอดฝาออกจากเข็มฉีดยา

- หากมีปริมาตรหยดของเหลวอยู่บริเวณปลายเข็ม ให้กำจัดหยดของเหลวออกก่อนที่ทำการฉีด โดยตั้งเข็มให้มีลักษณะชี้ลง และเคาะเบาๆบริเวณหลอดบรรจุยา (ห้ามทำการไล่ฟองอากาศในเข็มฉีดยาก่อนฉีด)

กรณีที่ต้องทำการปรับปริมาตรยาส่วนที่เกิน

- ถอดฝาออกจากเข็มฉีดยา

- ปรับปริมาตรยาตามขนาดยาที่จะฉีด

- ควรจะทิ้งปริมาตรที่เกินก่อนทำการฉีด โดยทำการคว่ำเข็มฉีดยาลง (เพื่อที่จะให้ฟองอากาศอยู่ในหลอดบรรจุยา)

และทำการกำจัดปริมาณยาส่วนเกินลงในภาชนะที่เหมาะสม (ถ้าปริมาตรยาส่วนเกินไม่ได้ถูกกำจัดทิ้งก่อนทำการฉีด ระบบนิรภัยของอุปกรณ์นิรภัย จะไม่สามารถทำงานเมื่อสิ้นสุดการฉีดยา)

5. วิธีการฉีดยา

- เตรียมพร้อมในท่านอน หรือนั่งในท่าที่สบาย ดึงผิวหนังขึ้นมาเป็นก้อนด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้

- แหวงเข็มในแนวตั้งฉากกับผิวหนัง ฉีดยาบริเวณผิวหนังที่ดึงขึ้นมา โดยให้ดึงผิวหนังตลอดเวลาขณะฉีดยา

และทำการฉีดยาจนหมดเข็ม



- ระบบนิรภัยจะถูกทำงานอย่างอัตโนมัติเมื่อ Plunger ถูกกดลงเต็มที่ เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากการใช้เข็มที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

หมายเหตุ : เมื่อ Plunger ถูกกดลงอย่างเต็มที่ระบบนิรภัยจะถูกกระตุ้นให้ทำงานเท่านั้น

- จัดเก็บเข็มฉีดยาลงในกล่องทิ้งเข็มทันที



แนวปฏิบัติการใช้ยา Granulocyte colony-stimulating factor with febrile neutropenia

อ.พิจิตรา เล็กดำรงกุล/ผศ.จงจิต เสน่หา/อ.ธนิษฐา สมัย ผู้นำกิจกรรม

อ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ ผู้ลิขิต

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติการเสียชีวิตของประชากรไทยตั้งแต่ปี 2545 พบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมากเป็นอันดับ 1 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ในปัจจุบันวิทยาการด้านการรักษาโรคมะเร็งได้เจริญรุดหน้าไปมาก มีการพัฒนาวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์หลายประการ เช่น กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะการติดเชื้อในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia: FN) ที่เป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งหากเกิดภาวะ FN แล้วนั้นย่อมส่งผลให้ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น การใช้ยาปฏิชีวนะที่มากขึ้น รวมถึงการให้ยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไปต้องล่าช้าออกไป และแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ดังนั้น อาจารย์พิจิตรา เล็กดำรงกุล ซึ่งเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะปัญหาภาวะเม็ดเลือดขาว จึงนำประเด็นนี้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชาวอายุรศาสตร์ โดยมีทีมงานของ COE มะเร็งเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงษ์ถาวรภมร ผู้ช่วยศาสตราจารย์จงจิต เสน่หาและอาจารย์ธนิษฐา สมัย ซึ่งมีเนื้อหาสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia มีดังต่อไปนี้

- อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ซึ่งพบว่าผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ไม่มีความแตกต่างในเรื่องความเสี่ยง กล่าวคือ อายุที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 65 ปีไม่ได้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุ 65 ปี

- ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น

- มีระดับ serum albumin น้อยกว่า 3.5 mg/dl

- ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

- ขนาดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

- ระดับ Hb ที่ต่ำกว่า 12

การวินิจฉัยภาวะ Febrile Neutropenia จะต้อง มี 2 ภาวะนี้ร่วมกัน

1. ภาวะไข้ คือ ภาวะที่มีอุณหภูมิทางช่องปาก มากกว่าหรือเท่ากับ 38.3 องศาเซลเซียส 1 ครั้ง หรือมากกว่า หรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส นานมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง

2. เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) โดยจำนวนสัมบูรณ์ของนิวโทรฟิล (Absolute Neutrophil Count: ANC) $< 500/\text{mm}^3$ หรือ $< 1000/\text{mm}^3$ และมีแนวโน้มที่จะลดลงเหลือ $< 500/\text{mm}^3$ ในเวลาต่อมา

การใช้ Granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะจะช่วยลดการเกิดภาวะ Neutropenia หรือ ระยะเวลาการเกิด Neutropenia ให้สั้นลง ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia น้อยลง ซึ่งจากแนวปฏิบัติการใช้ G-CSF ในปี 2010 ของ European Organisation for Research



and Treatment of Cancer (EORTC) ได้กำหนดแนวทางการใช้ G-CSF โดยประเมินจากแบบประเมินต่อไปนี้ ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดประเณินจากยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนี้

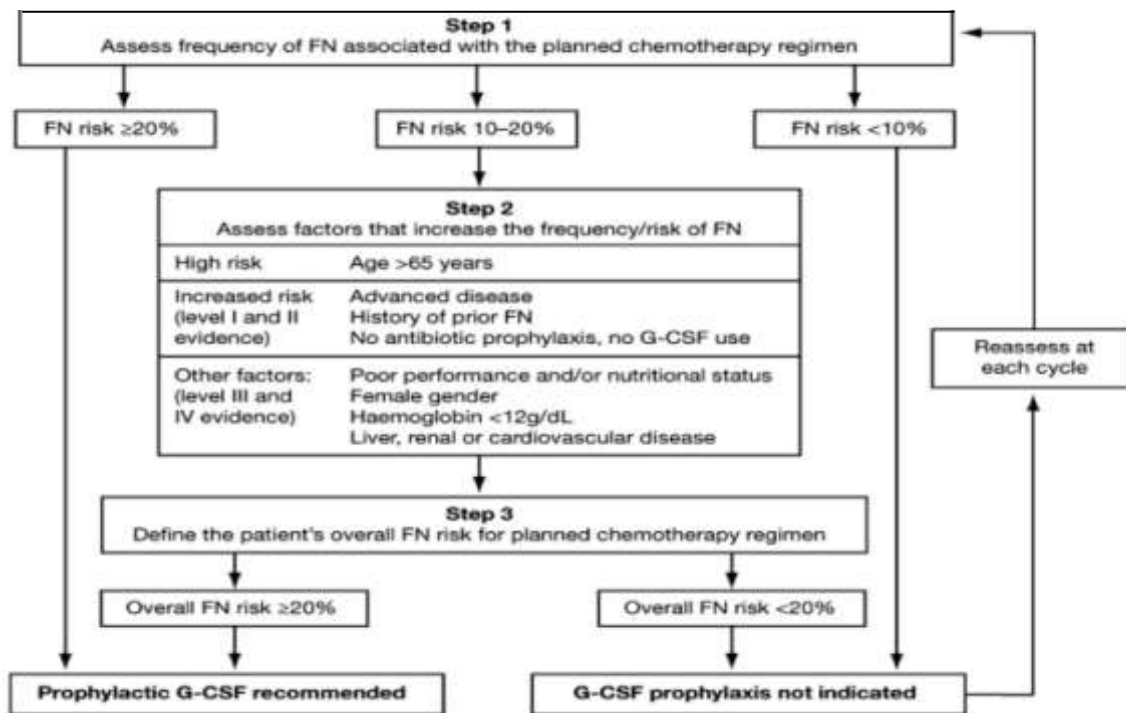
Malignancy	FN risk category (%)	Chemotherapy regimen and reference	FN risk (%)	
Breast cancer	>20	AC -- docetaxel ^{41,109,110}	5-25	
		Docetaxel -- AC ¹⁰⁹	40	
		Doxorubicin/docetaxel ^{111,114}	33-48	
		Doxorubicin/paclitaxel ^{41,111,112}	21-32	
		TAC ^{41,111,114}	22-25 (no FF)	
		DD/DDG FEC ¹¹³	5-7 (FEG-F FF)	
		DDG ¹ doxorubicin -- paclitaxel -- cyclophosphamide ¹¹⁵	7 (with FF)	
		DDG ¹ doxorubicin/ cyclophosphamide -- paclitaxel ¹¹⁶	2 (with FF)	
		DDG ¹ epirubicin/cyclophosphamide ¹¹⁷	8 (with FF)	
		DDG ¹ epirubicin/vinorelbine ¹¹⁸	10-20	
	10-20	Docetaxel ^{41,119}	15	
		Docetaxel ^{41,119}	16-17	
		Capecitabine/docetaxel ^{41,120}	13	
		Cyclophosphamide/mitoxantrone ¹²¹	11	
		FEC-D ^{77,80}	35-46 in clinical practice	
		FEC-100 ^{77,81}	13 despite FF	
			17 despite SP	
		AC ^{122,8}	14	
		Epidoxorubicin/cyclophosphamide ^{8,123}	13	
		CMF ¹²⁷	14	
		FEC 120 ^{127,124}	9-14	
		CMF ^{125,126}	0-3	
		CMF oral ¹²⁸	1	
<10	Doxorubicin/cyclophosphamide ¹⁰¹	0-3		
	Doxorubicin -- paclitaxel -- cyclophosphamide ¹⁰⁴	3		
	Doxorubicin/cyclophosphamide -- paclitaxel ¹²⁵	5		
	FAC 50 ¹²⁷	5		
	Epirubicin/cyclophosphamide + lemidamide ¹²⁸	7		
	Small cell lung cancer >20	ACE ^{1,14,45,86,129,130}	24-57	
		Topotecan ^{4,41,131}	28	
		ICE ¹³²	34	
		VIC ¹³³	70	
		DDG ¹ ACE ^{88,134}	34-56	
DDG ¹ ICE ¹³²		18		
DDG ¹ CAV -- PE ¹³⁵		4		
CAV ¹³⁵		14		
Etoposide/carboplatin ⁴⁷		10-20		
Topotecan/cisplatin ^{41,136}		19		
10-20	Trirapazamine/cisplatin/etoposide/irradiation ¹³⁷	14		
	CODE ¹³⁸	19		
	CAV -- PE ^{138,139}	3-9		
	Paclitaxel/carboplatin ¹⁴⁰	9		
	<10	Docetaxel/carboplatin ^{41,45}	26	
		Non-small cell lung cancer >20	Etoposide/cisplatin ^{4,141}	54
			Cisplatin/vinorelbine/cetuximab ¹⁴²	22
			VIC ^{41,143}	25
			Paclitaxel/cisplatin ^{41,144}	16
			Docetaxel/cisplatin ^{44,144}	5-11
Vinorelbine/cisplatin ^{41,146}			1-10	
Paclitaxel/carboplatin ^{145,147,148}			0-9	
Gemcitabine/cisplatin ^{146,149}			1-7	
Gemcitabine/cisplatin ¹⁴⁵			4	
Bevacizumab/paclitaxel/carboplatin ¹⁴⁹	5.2			



Malignancy	FN risk category (%)	Chemotherapy regimen and reference	FN risk (%)	
Non-Hodgkin's lymphoma/chronic lymphocytic leukaemia	>20	DNAP ^{152,151}	48	
		ESHAP ^{151,152-154}	30-64	
		R-ESHAP as salvage after prior rituximab (R) ¹⁵⁴	33.5%	
		CHOP-21 ^{4,155}	17-50	
		DD/DOG ¹⁵⁶ VAPEC-g ^{157,158}	44/23	
		DD/DOG ¹⁵⁶ ACVBP ^{157,159}	78/52	
		Hyper CVAD + rituximab (Burkitt's lymphoma) ¹⁵⁷		
		ICE/B-ICE ^{157,170}	11.5-24 with PP	
		Stanford V ¹⁵⁹	Grade 3-4 neutropenia, 25%	
		MGPPEB-VCAD ¹⁵⁹	Grade 3-4 neutropenia, 45%	
		TC ¹⁶⁰	35	
		TC ¹⁶⁰	10%, despite PP ⁶	
		FCR ¹⁶⁰	Grade 3-4 neutropenia 33.7%	
		ACOD ^{161,162}	11	
		B-CHOP-21 ^{161,163}	19	
		Fludarabine/mitoxantrone ^{161,163}	11	
		Dose adjusted DPOCH ^{161,164}	19% of cycles ¹⁶⁵ 51 ¹⁶⁴	
		Mega CHOP-B-Ara-C cyclophosphamide (mantle cell) ¹⁶⁵	15	
Hodgkin's disease	>20	BGem ¹⁶⁶	61% grade 3 or 4 neutropenia	
		BGemOs (elderly patients) ¹⁶⁷	43% grade 3 or 4 neutropenia ¹⁶⁷	
	>20	BEACOPP ¹⁶⁸⁻¹⁷⁰	>90% grade 4 leikopenia ¹⁷⁰ 4% grade 3-4 neutropenia ¹⁶⁹ 10% septic deaths ¹⁷⁰	
		ABVD (Hodgkin's lymphoma) ¹⁷¹	4	
		CEC ¹⁷²	48% grade 3-4 neutropenia	
		IGIV ¹⁷³	28% grade 3-4 neutropenia	
Ovarian cancer	>20	Docetaxel ^{174,175}	33	
		Paclitaxel ^{174,176}	22	
	10-20	Topotecan ^{175,176,178}	10-18	
	10-20	Paclitaxel/carboplatin ^{177,178}	3-8	
	<10	Gemcitabine/cisplatin ¹⁷⁹	9	
Urothelial cancer	>20	Paclitaxel/carboplatin ¹⁸⁰	25	
		MVAC ¹⁸¹	26	
		DDGc MVAC ¹⁸¹	10	
Germ cell tumours	>20	BOP - VIP-846	46	
		VelP ^{182,183}	67	
	10-20	Cisplatin/etoposide ^{181,184}	10	
		BEF - ep ¹⁸⁵	13	
Colorectal cancer	10-20	5-FU/leucovorin ^{186,187}	1-15	
		FOLFIR ^{186,187}	3-14	
	<10	FOLFOX ^{188,189}	0-8	
		IFL ^{191,190}	3-7	
Metastatic gastric cancer	>20	Irinotecan ^{191,192}	20	
		LVFU	40	
		LVFU-cisplatin	24	
		LVFU-irinotecan ^{1,193}	29	
		DCF ¹⁹⁴	29	
	>20	TC ¹⁹⁵	21	
		TCF ¹⁹⁶	41	
		ECF ¹⁹⁶	18	
		10-20	Docetaxel-irinotecan ^{196,197}	14.9
			FOLFOX-4 ^{197,198}	11

Malignancy	FN risk category (%)	Chemotherapy regimen and reference	FN risk (%)
Other malignancies	>20	Irinotecan (Metastatic colorectal cancer) ^{191,192}	2-7
		TIC (head and neck cancers) ^{43,198}	30
		MAID (sarcoma) ^{43,199}	58
		Paclitaxel/cisplatin (cervical cancer) ^{43,200}	28
		Gemcitabine/irinotecan (pancreatic cancer) ^{43,147}	17
		Stanford V (Hodgkin's lymphoma) ^{159,171}	14
		Doxorubicin/cisplatin (endometrial cancer) ²⁰¹	2
		TAP (endometrial cancer) ²⁰¹	3
TPF (laryngeal cancer) ²⁰²	10.9		
Oesophageal	10-20	ECF	13.2
		ECX	10.5
		EOF	11.5
		EOX ²⁰³	9.8

โดยประเมินจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับ เทียบกับตารางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia และการใช้ยา G-CSF ดังนี้



แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะพบว่าในปัจจุบัน G-CSF มีบทบาทสำคัญที่ช่วยลดการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia ได้ก็ตาม พยาบาลในฐานะผู้ดูแลหลัก ยังคงต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia ของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอื่นประกอบด้วยก็ได้ เช่น แบบประเมิน MASCC เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และลดปัญหาการเกิด Febrile Neutropenia ให้ได้ผลดีที่สุด



Multiple Drug Resistance Organism : Antimicrobial resistance

อ.พรทิพย์ สารีโส/ผศ.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช ผู้นำกิจกรรม

อ.พิจิตรา เล็กตำรงกุล ผู้ลิขิต

ในปัจจุบันมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่หลากหลาย และมีการใช้เป็นวงกว้าง ซึ่งในบางครั้งก็มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ซึ่งการใช้ที่ไม่เหมาะสมนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการดื้อยาอย่างหนึ่ง อาจารย์พรทิพย์ สารีโส และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช ซึ่งเชี่ยวชาญในด้านโรคติดเชื้อ จึงนำประเด็นของการดื้อยาหรือ Antimicrobial resistance มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชาวอายุรศาสตร์ สรุปได้ดังนี้

สาเหตุของการเกิดเชื้อดื้อยา

1. Natural cause เกิดจากตัวเชื้อแบคทีเรียเอง ถ้ามีการดื้อยาแล้วจะแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้นและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจจะเกิดจาก gene mutation หรือ gene transfer หรือการสร้าง biofilm ต่างๆ ขึ้นมาปกคลุมตัวเองไม่ให้ยาปฏิชีวนะเข้ามาทำลายตัวเชื้อได้

2. Social cause

Societal pressure

- การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม
- การใช้ยาปฏิชีวนะผิดประเภท
- การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง/เหมาะสม
- แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ชัดเจน
- ในอุตสาหกรรมหรือเกษตรกรรมต่างๆ

แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมคือ

ควรเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และควรที่จะรู้เชื้อ และทราบการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนให้ยาปฏิชีวนะ แต่หากการติดเชื้อนั้นจะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิต ก็ควรที่จะให้ยาปฏิชีวนะภายหลังการเพาะเชื้อทันที โดยที่ยังไม่ต้องทราบผลของการเพาะเชื้อ แต่อย่างไรก็ตาม แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะต่างๆ นั้น ขึ้นอยู่กับว่าในแต่ละโรงพยาบาล กำหนดแนวทางการใช้อย่างไร และโรงพยาบาลนั้นๆ มีเชื้อดื้อยาประเภทใดมากที่สุด ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลก็จะแตกต่างกันออกไป

แนวทางการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

- การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
- มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- ล้างมือก่อนและหลังการทำหัตถการหรือให้การดูแล และการสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง
- Appropriate isolate precaution โดยควรมีการจัดแยกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

หากปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวข้างต้นแล้ว ย่อมที่จะส่งผลให้ในอนาคต การเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจะ

ลดลง



เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และ เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics)

รศ.ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา/ผศ.รัตนภรณ์ คงคา ผู้นำกิจกรรม
อ.นาตยา แสงวิชัยภัทร ผู้ลิขิต

ปฏิกริยาระหว่างยาและร่างกาย (Drug-Body Interactions) เป็นพื้นฐานความรู้ของพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการบริหารยาให้กับผู้ป่วย เพราะจะมีผลต่อการตัดสินใจในการให้ยาที่ถูกต้อง หรือเมื่อมีเหตุต้องตัดสินใจในการจัดการกับการให้ยาแก่ผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ต้องมีการตัดสินใจว่าควรจะให้ยาอะไรก่อนหรือหลัง หรือควรรอได้ เพื่อช่วยให้การใช้ยานั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยา เช่น มีความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยาทั้งด้านที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ การแพ้ยา มีความเข้าใจเหตุผลในการให้ยา ผู้ป่วยครบตามจำนวนและเวลาที่กำหนด รวมถึงมีความรู้เพื่อสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อรายงานความผิดปกติได้ เป็นต้น ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดการเสวนา เรื่อง การบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเภสัชวิทยา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนภรณ์ คงคา ซึ่งเนื้อหาสรุปได้ดังนี้

1. ความหมาย เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics)
2. การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย (absorption)
3. การกระจายตัวของยา (distribution)
4. การเปลี่ยนแปลงยา (metabolism)
5. การขับถ่ายยาออกจากร่างกาย (excretion)

1. ความหมาย เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics)

เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) หมายถึง การออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกาย (what drug does to the body) หรือการที่ยามีผลต่อร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับทั้งผลทางด้านชีวเคมีและสรีรวิทยาของยา กลไกที่ทำให้เกิดผลทั้งด้านที่พึงประสงค์คือฤทธิ์ในการรักษา และผลที่ไม่พึงประสงค์คืออาการข้างเคียงและพิษของยา การจับของยาเข้ากับโมเลกุลของร่างกายที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับ (drug target) รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาที่ใช้กับการตอบสนองที่เกิดขึ้นในร่างกาย (dose-response relationship)

เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) หมายถึง การเป็นไปของยาเมื่อยาเข้าสู่ร่างกาย หรือหมายถึง การที่ร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับ (what the body does to the drug) ซึ่งได้แก่ การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย (absorption) การกระจายตัวของยา (distribution) การเปลี่ยนแปลงยา (metabolism) และการขับถ่ายยาออกจากร่างกาย (excretion) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้รวมกับขนาดยาที่ให้จะเป็นสิ่งที่กำหนดถึงความเข้มข้นของยาในบริเวณที่ยาไปออกฤทธิ์และเป็นผลต่อเนื่องไปถึงความแรงของฤทธิ์ยาที่เกิดขึ้น เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (onset) และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย (duration of action)



2. การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย (Drug Absorption) หมายถึง การดูดซึมยาจากบริเวณที่ให้ยา (site of administration) เข้าสู่ plasma ดังนั้น การดูดซึมยาจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้ยา ในทุกๆ ทาง ยกเว้นโดยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ (intravenous injection) ดังนี้

2.1 การให้ยาทางปาก (Oral administration) เป็นวิธีการให้ยาที่ใช้มากที่สุด ยาจะถูกดูดซึมมากที่สุดที่ “ลำไส้เล็ก” ปัจจัยที่มีผลต่อการดูดซึมในทางเดินอาหาร ได้แก่

- Gastrointestinal motility : การทำงานของระบบทางเดินอาหาร หากยาเดินทางจากกระเพาะอาหารมายังลำไส้ได้เร็ว การดูดซึมยาจะเกิดขึ้นได้เร็ว เช่น การได้รับยาที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหารก็อาจลดหรือเพิ่มการดูดซึมยาได้

- Splanchnic blood flow : การไหลเวียนของเลือดในระบบทางเดินอาหาร หากมีการไหลเวียนดี ยาจะถูกดูดซึมได้ดี เช่น การให้ยาบางชนิดหลังรับประทานอาหารการดูดซึมยาจะดีขึ้น เนื่องจากการรับประทานอาหารจะเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในระบบทางเดินอาหาร

- Particle size and formulation : Particle size และสูตรการตั้งตำรับยามีความสำคัญต่อการดูดซึมยา แม้ว่าจะเป็นยาชนิดเดียวกัน และขนาดยา (dose) ที่เท่ากัน เมื่อให้ในผู้ป่วยคนเดียวกันแต่เป็นยาที่มี particle size และสูตรตำรับที่แตกต่างก็อาจทำให้การดูดซึมมีความแตกต่างได้

- Physicochemical factor : อาหารหรือยาบางชนิดมีคุณสมบัติที่อาจรบกวนต่อการดูดซึมยาชนิดอื่น เช่น Tetracycline จะจับกับแคลเซียมมาก หากให้ยานี้ร่วมกับอาหารที่มีแคลเซียมสูง จะทำให้การดูดซึมยาลดลง

2.2 การให้ยาโดยการอมใต้ลิ้น (Sublingual administration) เป็นการดูดซึมยาโดยตรง ใช้ในกรณียาที่ต้องการ “rapid response” หรือยาที่ถูกทำลายได้โดย gastric pH ทำให้ไม่สามารถให้โดยการรับประทาน หรือยาที่ถูก metabolize อย่างรวดเร็วที่ตับ ซึ่งยาที่ถูกดูดซึมผ่านวิธีการนี้จะเข้าสู่ systemic circulation ได้โดยตรงโดยไม่ผ่าน portal circulation จึงไม่มีการผ่านขั้นตอน first pass metabolism ตัวอย่างยาที่ให้โดยวิธีการนี้ เช่น Glyceril trinitrate sublingual

2.3 การให้ยาทางทวารหนัก (Rectal Administration) โดยมากใช้ในกรณีที่ต้องการให้ออกฤทธิ์เฉพาะที่ ณ บริเวณนั้นๆ แต่การดูดซึมยาผ่านวิธีการนี้จะไม่แน่นอน

2.4 การให้ยาโดยการทาภายนอก (Application to epithelial surfaces) ใช้กับยาที่ต้องการให้ออกฤทธิ์เฉพาะที่ในบริเวณที่ทา ซึ่งโดยทั่วไปการดูดซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ systemic circulation เกิดขึ้นได้น้อยมาก แต่ก็มียาบางชนิดที่มี lipid solubility สูงๆ จะสามารถดูดซึมเข้าสู่ systemic circulation ผ่านผิวหนังได้ เช่น แผ่นแปะผิวหนัง (transdermal patch) และยังสามารถหลีกเลี่ยง presystemic หรือ first pass metabolism ได้ด้วย

2.5 การให้ยาโดยการสูดดม (Inhalation) วิธีการนี้ทำให้ได้ plasma concentration ที่รวดเร็วเพราะปอดมีพื้นที่ผิวมากและมีการไหลเวียนของเลือดมาก นอกจากได้ผลทาง systemic effect แล้ว ยาบางอย่างที่ต้องการผลที่บริเวณหลอดลมหรือปอดโดยตรง เมื่อให้ทางการสูดดมก็จะเป็นผลดีเพราะช่วยลดการเกิด systemic side effect ลงได้ เช่น Bronchodilators (ยาขยายหลอดลม) ที่ให้ในรูปของยาพ่น (aerosol)



2.6 การฉีดยาเข้าทางเส้นเลือดดำ (Intravenous (IV) injection) เป็นวิธีการให้ยาที่ได้ผลรวดเร็วและแน่นอนที่สุด เมื่อยาเข้าสู่เส้นเลือดดำแล้วจะเข้าสู่หัวใจห้องขวาบน-ล่าง ผ่านไปยังปอด และกลับเข้าสู่หัวใจห้องซ้ายบน-ล่าง และสูบบดไปยัง systemic circulation ทั่วร่างกาย

2.7 Bioavailability คือ สัดส่วนของยาที่เข้าสู่ systemic circulation ซึ่งเป็นตัวพาเอายาไปสู่บริเวณที่ยาออกฤทธิ์ หลังจากการให้ยาโดยการรับประทาน ยาที่ดูดซึมได้จะถูกนำเข้าสู่ portal circulation ที่ตับก่อนที่จะเข้าสู่ systemic circulation และที่ตับนี้เองเป็นบริเวณที่มีเอนไซม์ที่สามารถทำลายยา ซึ่งอาจทำให้ปริมาณยาที่จะเข้าสู่ systemic circulation ลดลง นอกจากนี้ในบริเวณของลำไส้เองก็มีเอนไซม์ที่สามารถทำลายยาได้เช่นเดียวกัน ซึ่งการที่ยาถูกทำลายไปก่อนที่จะเข้าสู่ systemic circulation นี้เรียกว่า **“first pass metabolism”** หรือ **“presystemic metabolism”** ดังนั้น bioavailability อาจไม่เท่ากับปริมาณยาที่ดูดซึมได้จากทางเดินอาหารก็ได้ สำหรับการให้ยาโดยการฉีดเข้าสู่เส้นเลือดดำ (Intravenous injection) เป็นการที่ยาเข้าสู่ systemic circulation ได้โดยตรง ดังนั้น Bioavailability จึงเท่ากับปริมาณยาทั้งหมดที่ให้เข้าสู่เส้นเลือดดำ

3. การกระจายตัวของยา (Drug Distribution)

หลังจากที่ยาเข้าสู่หลอดเลือดแล้วจะมีการกระจายไปยัง fluid compartment ต่างๆ ของร่างกาย การกระจายของยานั้นขึ้นกับ physiological factors และ physicochemical properties ของยา ในช่วงแรกของการกระจายจะขึ้นกับปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและการไหลเวียนเลือด โดยที่อวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก เช่น ตับ ไต สมอง ก็จะได้รับยาก่อน ส่วนอวัยวะอื่นๆ เช่น กล้ามเนื้อ อวัยวะภายใน ผิวหนัง ไขมัน ก็จะได้รับยาช้ากว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายตัวของยา ได้แก่

1. Permeability across barrier โดยมากการกระจายตัวของยาจากหลอดเลือดเข้าสู่ลำไส้เกิดขึ้นได้รวดเร็ว เพราะ capillary endothelial membrane ทั่วไปมีความสามารถในการยอมให้สารต่างๆ ซึมผ่านได้ง่าย ยกเว้นสารที่เป็น lipid insoluble ซึ่งซึมผ่านได้ยาก ทำให้การกระจายตัวของยาถูกจำกัด

2. Drug binding โมเลกุลของยาในแต่ละโมเลกุลจะอยู่ทั้งในรูปอิสระ (free form) และไม่อิสระ (bound form) ซึ่งเฉพาะโมเลกุลที่อิสระเท่านั้นที่สามารถกระจายตัวไปยังส่วนต่างๆ ได้ ดังนั้นยาที่อยู่ใน systemic circulation หากมี protein binding สูงจะกระจายตัวไปยังตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ได้ช้า

3. Fat : water partition ยาที่เป็น lipid soluble drugs บางชนิดที่ fat : water partition สูงๆ อาจถูกเก็บสะสมในไขมัน ซึ่งทำหน้าที่เหมือนกับเป็น drug reservoir เช่น ยา Thiopental จะกระจายตัวไปสะสมในไขมันทั่วร่างกายภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับยา ไขมันค่อนข้างจะเป็น stable reservoir เนื่องจากการไหลเวียนเลือดต่ำ

4. การเปลี่ยนแปลงยา (Drug Metabolism) หรือ Biotransformation เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางชีวเคมี 2 ปฏิกิริยา ได้แก่

1) **Phase I reaction** : ปฏิกิริยา oxidation reduction และ hydrolysis ซึ่งมักเป็นการเติม reactive group เข้าไปในโมเลกุล ซึ่งผลที่เกิดขึ้นมักจะมี chemically reactive มากขึ้นและอาจมี toxicity มากขึ้น



2) Phase II reaction : ปฏิกิริยา conjugation ซึ่งเป็นการเติม substituent group เข้าไปยังโมเลกุลของยา โดยผลที่เกิดขึ้นมักจะเป็น pharmacologically inactive และมี lipid soluble น้อยลงและทำให้ถูกขับออกทางน้ำดีหรือทางปัสสาวะได้ดีขึ้น

ทั้งสอง Phase เกิดขึ้นเพื่อทำให้ยามี lipid solubility ที่ลดลงและถูกกำจัดออกไปทางไตได้ดีขึ้น Phase I และ Phase II reactions เกิดขึ้นมากที่สุดที่ “ตับ” สารที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ metabolism เรียกว่า “Metabolite”

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงยา มีดังนี้

1. Enzyme Induction การสังเคราะห์เอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยาเกิดขึ้นได้เมื่อได้รับสารเคมีต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมและยาบางชนิด สารที่สามารถเหนี่ยวนำทำให้เกิดการสร้างเอนไซม์ที่ใช้เปลี่ยนแปลงยา (metabolize) ได้เรียกว่า “enzyme inducer” ซึ่งการที่มีเอนไซม์เพิ่มขึ้นจะทำให้อัตราการเปลี่ยนแปลงของยาเพิ่มขึ้นและเร็วขึ้น หากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็น active substances ก็อาจทำให้มีโอกาสเกิด toxicity ได้มากขึ้น ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงยาที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ระดับยาในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว และทำให้ยาหมดฤทธิ์เร็ว

ยาหลายชนิดมีฤทธิ์เป็น Enzyme inducer เช่น rifampin ethanol carbamazepine ส่วนสารเคมีต่างๆ ที่เป็น enzyme inducer เช่น ควันบุทรี เป็นต้น

2. Enzyme Inhibition การยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของยาทำให้ระดับยาเพิ่มสูงขึ้น และทำให้มีฤทธิ์ยาวนานขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากตัวยาเองได้มากขึ้น ยาหรือสารที่ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงยา เรียกว่า “enzyme inhibitor” ตัวอย่างยาหรือสารที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inhibitor ได้แก่ cimetidine ketoconazole clarithromycin and grapefruit juice

3. Genetic polymorphisms ความแตกต่างทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แต่ละคนมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของยาที่แตกต่างกันไป

4. Disease ความผิดปกติต่างๆ ของตับ อาจทำให้การเปลี่ยนแปลงของยาที่ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับผิดปกติได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็น hepatitis, alcoholic liver disease, fatty liver disease, biliary cirrhosis จะมีการเปลี่ยนแปลงยาที่ตับเกิดขึ้นได้น้อยลง ซึ่งจะลดลงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค นอกจากความผิดปกติของตับแล้ว การลดลงของการไหลเวียนเลือดที่ตับ ซึ่งเกิดจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือการใช้ยากี่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของยาที่ตับได้เช่นกัน

5. Age ในเด็กแรกเกิดจะสามารถเปลี่ยนแปลงยาโดยเกิดปฏิกิริยาใน phase I reaction ได้ แต่ในอัตราที่ช้ากว่าในผู้ใหญ่ และยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงยาโดยปฏิกิริยา conjugation (Phase II) ได้ ปฏิกิริยาใน phase I และ phase II จะค่อยๆ เกิดขึ้นได้สมบูรณ์หลังจากช่วง 2 สัปดาห์

ในผู้สูงอายุจะมีการไหลเวียนเลือดที่ตับและการทำงานของเอนไซม์จากตับลดลง ทำให้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงยาลดลงกว่าในวัยผู้ใหญ่

5. การขับถ่ายยาออกจากร่างกาย (Drug Excretion) ร่างกายสามารถกำจัดยาออกได้ทาง ไต ตับ น้ำดี และปอด นอกจากนี้ยาอาจถูกกำจัดออกทางน้ำนมและเหงื่อได้ด้วยแต่ในปริมาณที่น้อยมาก ยาอาจถูกกำจัดออกจากร่างกายทั้งในรูปแบบที่ไม่ถูกเปลี่ยนแปลง หรือ ถูกเปลี่ยนแปลงก็ได้ อวัยวะหลักในการกำจัดยา คือ ไต ซึ่งสารที่เป็น polar compound จะถูกกำจัดออกได้ดีกว่าสารที่มี high lipid solubility ดังนั้น จึงเห็นว่ายาที่เป็น lipid soluble จะถูก



เปลี่ยนแปลงยาให้ได้เป็นสาร polar compound ก่อนจึงจะถูกขับออกมาได้ นอกจากการขับออกทางไตโดยปัสสาวะแล้ว ยาบางอย่างอาจขับออกได้ทางอุจจาระ ทางน้ำนม และทางปอดได้ โดยทางปอดนั้นโดยมากเป็นทางในการกำจัดยาที่เป็น gas หรือ vapor



Diabetes & Medications adherence

อ.ชลธิรา เรียงคำ/ผศ.วันดี โตสุขศรี ผู้นำกิจกรรม

อ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ ผู้ลิขิต

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะดูแลตนเองได้ รับรู้ประโยชน์ของการรักษา รับรู้ว่าคุณเองจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่ก็ยังคงมีปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการไม่รับประทานยา (Medication Adherence & Medication compliance) อาจารย์ชลธิรา เรียงคำ ซึ่งเป็นอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน จึงจัดเสวนาหัวข้อ Diabetes & Medications adherence ร่วมกับอาจารย์ในภาควิชา เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบริหารยารักษาเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสรุปได้ดังนี้

1. Medication compliance หมายถึง ผู้ป่วยเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตามแพทย์สั่ง Medication adherence เป็นคำที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผู้ป่วยเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตาม และรับประทานยาให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งมักจะต้องนำมาติดตัวไปด้วยเสมอ จึงใช้คำว่า “เกาะติดยา”

2. Medication adherence in Diabetes จาก Systematic review : Adherence rates to Diabetes medications varied from 31-87 % in retrospective. (Odegard, P.S., 2007) พบปัญหาแบ่งออกเป็น

- Diabetes medication does more than twice daily
- The ability to read the diabetes medication prescription label
- Forgetting due to busy schedule
- Difficulty taking multiple medications
- Misunderstanding or Denial of disease
- Failure to see treatment as necessary, especially if asymptomatic
- Low expectations about treatment
- Financial barrier
- Physical barrier

ส่วนงานในประเทศไทย เช่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย (ภวัศกร ชัยมัน, 2009) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ เพศ จำนวนชนิดยาเบาหวานที่ต้องรับประทาน คะแนนความรู้ และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

3. ผลข้างเคียงของการใช้ยาเบาหวาน ได้แก่

ชื่อยา	ผลข้างเคียง
1. ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonyleureas : SU) : Glibenclamide Glipizide Gliclazide	อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ไบควัวไนด์ (Biguanides) : Metformin (Glucophage)	อาจเกิดภาวะคั่งของกรดแลคติก และไม่ควรใช้ กับผู้ป่วยโรคตับ หรือไตเสื่อม อาจพบอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ขมในปาก
3. อัลฟาไกลูโคซิเดส อินฮิบิเตอร์ (Alpha- glucosidase inhibitor) : Acarbose หรือ Glucobay และ Voglibose หรือ Basen (Basen FDT ® (Fast Disintegrating Tablet) ซึ่งยาจะแตกตัวในปากทันทีที่รับประทาน	ผลข้างเคียง ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ผายลม ท้องเสียได้
4. ไธอะโซลิดินไดโอน (Thiazolidinedione) : Avandia และ Actos	ระมัดระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับ พหุของ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี หัวใจทำงานล้มเหลวโดย แนะนำให้ตรวจเอนไซม์ตับทุก 2 เดือนในปีแรก หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดอาจทำให้ผลยาคุมกำเนิด ลดลง

4. ประเด็นปัญหาที่สำคัญของการไม่รับประทานตามแผนการรักษา อาจมาจากระยะเวลาของการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่สั้น และเนื้อหาเข้าใจยาก

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ เคยหยุดใช้ยาเบาหวาน รับรู้อาการ รับรู้ผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วย กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รับรู้ความจำเป็นเกี่ยวกับยาและความกังวลเกี่ยวกับยา

5.1 มีการศึกษาเชิงทดลองที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- การใช้อุปกรณ์ เช่น ปฏิทิน อุปกรณ์เตือนกินยา กล่องบรรจุยา
- การให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม
- การศึกษาในบริบทเกี่ยวกับ health literacy ของผู้ป่วย



ประเด็นปัญหาการใช้ยาในระบบทางเดินอาหาร

ผศ.จنگลวรรณ มุสิกทอง/รศ.ปราณี ฑูไพบเราะะ ผู้นำกิจกรรม
อ.ชลธิรา เรียงคำ ผู้ลิขิต

ปัญหาสุขภาพในระบบทางเดินอาหารส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ยาในระยะยาว ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสิทธิผลของการรักษาจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาทั้งจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว ในการจัดการกับปัญหาโดยเฉพาะการได้รับยาที่เหมาะสม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จنگลวรรณ มุสิกทองและรองศาสตราจารย์ปราณี ฑูไพบเราะะ ซึ่งเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบนี้ จึงนำประเด็นปัญหาของการได้รับยาระบบทางเดินอาหารมาเสวนาแลกเปลี่ยนทั้งความรู้เกี่ยวกับปัญหา การรักษาในโรกระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ปัญหาสุขภาพในระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย ได้แก่ GERD, Peptic ulcer, GI Bleeding, IBS (Irritable Bowel Syndrome), NASH, Chirrhosis, HCC มีปัจจัยที่เป็นปัญหาเรื้อรัง ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - ชนิดของอาหาร : ทำลายสุขภาพ คาร์โบไฮเดรตสูง ไขมันสูง
 - เวลาในการบริโภคอาหาร : ไม่ครบทุกมื้อ ไม่ตรงเวลา
 - รับประทานอาหารเดิมๆ บ่อยครั้ง
2. เชื้อ Helicobacter Pylori
3. การใช้ยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร หรือ ใช้ยาเกินความจำเป็น เช่น NSIAD, ASA
4. การใช้ยารักษาโรคประจำตัวเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของตับ เช่น ยารักษาวัณโรค

GERD : โรคกรดไหลย้อน ซึ่งพบว่ากรดอาจไหลย้อนจากหลอดอาหารไประคายเคืองกล่องเสียงทำให้เกิดเสียงแหบได้
ประเด็นปัญหาการใช้ยาในระบบทางเดินอาหาร

1. รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เช่น ในกลุ่ม PPI
2. รับประทานยาเกินความจำเป็น ใช้ยาเกินขนาด ทำให้มีผลต่อตับ
3. รับประทานยาไม่ถูกวิธี
4. รับประทานยาตามการโฆษณาจากสื่อต่างๆ ซึ่งอาจมีการโฆษณาเกินจริง
5. การรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่างๆ
6. รับประทานยาเอง โดยไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคที่แท้จริง

แนวทางการลดปัญหา : เปลี่ยน Life style

- ปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้อง
- ไม่ใช้ยาเกินความจำเป็น

- ถ้ารับประทานยาที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ควรรับประทานให้ถูกวิธี เช่น รับประทานยาหลังอาหาร
- รับประทานยาให้ต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง
- ถ้ารับประทานยาแล้วไม่หายควรพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุที่แท้จริง
- ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยา PPI (Proton pump Inhibitor)

Proton-Pump Inhibitors and Osteoporotic Fractures

การศึกษาทางระบาดวิทยาที่ผ่านมาได้แสดงถึงความสัมพันธ์ของการใช้ยาในกลุ่ม Proton-Pump Inhibitors (PPI) กับการเกิดกระดูกสะโพกหัก เชื่อว่าการใช้ยาในกลุ่ม PPI เป็นเวลานาน

⇒ มีการหลังกรดจากกระเพาะอาหาร ↓

⇒ การดูดซึมแคลเซียมจากทางเดินอาหาร ↓ และอาจมีผลต่อสมดุลของกระดูกโดยตรง กรดที่หลังมาจากกระเพาะอาหารมีส่วนช่วยส่งเสริมการละลายและดูดซึมแคลเซียมจากทางเดินอาหาร Gray และคณะ ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการใช้ยาในกลุ่ม PPI และความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก ติดตามประชากรจำนวน 130,487 ราย เป็นผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนในช่วงอายุ 50-79 ปี ที่ไม่เคยมีกระดูกสะโพกหักมาก่อนในช่วงระยะเวลาของการติดตามเฉลี่ย 7.8 ปี พบว่าการใช้ยาในกลุ่ม PPI มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักในตำแหน่งต่างๆ : กระดูกสะโพกหัก กระดูกข้อมือหรือแขนหัก กระดูกสันหลังยุบตัว แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความหนาแน่นของกระดูกสะโพก มีการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจนในช่วงเวลา 3 ปี อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่ม PPI ต่อการดูดซึมแคลเซียมยังมีผลที่ขัดแย้งกันรอติดตามผลการศึกษาต่อไป (Gray SL, et al. Proton pump inhibitor use, hip fracture and change in bone mineral density in postmenopausal women: Results from the Women's Health Initiative. Arch Intern Med 2010; 170:765.

Recurrent Clostridium difficile Infection and Proton-Pump Inhibitors

งานวิจัยที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ Clostridium difficile ↑ รวมทั้งอัตราการติดเชื้อซ้ำ ↑ ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่า การใช้ยาในกลุ่ม proton-pump inhibitor (PPI) อาจ ↑ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อชนิดต่างๆ รวมทั้ง Clostridium difficile Linsky และคณะ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อมูลการรักษาใน New England Veterans Healthcare System ระหว่างปี ค.ศ. 2003-2008 จำนวน 1,166 ราย พบว่าเป็นผู้ชายร้อยละ 97 อายุเฉลี่ย 74 ปี มีหลักฐานของการติดเชื้อ Clostridium difficile โดยตรวจพบทอกซินในอุจจาระและได้รับการรักษาด้วย metronidazole หรือ vancomycin ผู้ป่วยจำนวน 527 ราย (ร้อยละ 45.2) รับประทานยาในกลุ่ม PPI ในช่วงเวลา 14 วัน ที่ทำการรักษาการติดเชื้อ Clostridium difficile และผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 82.4 รับประทานยา กลุ่ม PPI เป็นเวลานาน 15-90 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยจำนวน 639 ราย ร้อยละ 54.8 ไม่ได้รับประทานยาในกลุ่ม PPI ตั้งแต่เริ่มรักษา มีเพียงร้อยละ 6.4 เท่านั้นที่ได้รับประทานยาในกลุ่ม PPI ในระหว่างติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 251 ราย ร้อยละ 21.5 ตรวจพบหลักฐานในอุจจาระบ่งชี้การกลับเป็นซ้ำของการติดเชื้อ Clostridium difficile โดยพบว่าผู้ป่วย



ที่รับประทานยากลุ่ม PPI ตั้งแต่ช่วงที่เริ่มทำการรักษา *Clostridium difficile* มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อ *Clostridium difficile* ซ้ำมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยากลุ่ม PPI การศึกษาแบบทบทวนข้อมูลเดิมนี้อาจไม่สามารถตรวจสอบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา PPI จากแพทย์ผู้ดูแลได้มีการซื้อยามาดังกล่าวมารับประทานเองหรือไม่ นอกจากนี้การศึกษานี้ได้ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยเพศชายในวัยสูงอายุ จึงเป็นการยากที่จะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้กับประชากรโดยทั่วไป ข้อมูลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ยา PPI อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ *Clostridium difficile* (Linsky A, et al. Proton pump inhibitors and risk for recurrent *Clostridium difficile* infection. *Arch Intern Med* 2010; 170:772.) ซึ่งรองศาสตราจารย์ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา เพิ่มเติมข้อมูลว่าเป็นการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยที่ได้รับ Antibiotics อยู่ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะติดเชื้อได้ง่ายอยู่แล้ว ทำให้พบอุบัติการณ์การติดเชื้อดังกล่าวสูงขึ้น

High-Dose vs. Low-Dose Proton-Pump inhibitors

แนวทางการรักษาต่างๆ ในปัจจุบันแนะนำให้ใช้ยา PPI ในขนาดสูงเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกจากแผลเปปติค จากบางการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าการใช้ยา PPI ในขนาดต่ำก็สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้เช่นเดียวกัน Wang และคณะ ได้รวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่ดำเนินการแบบเลือกสุ่มโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบมาทำการวิเคราะห์แบบ meta-analysis พบว่ามีเพียงงานวิจัย 7 รายงานที่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์ครั้งนี้ ผลของการวิเคราะห์ พบว่าการใช้ยา PPI ในขนาดสูงมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากการใช้ยา PPI ในขนาดต่ำ ในการช่วยลดภาวะเลือดออกซ้ำ

PPI use is associated with bacterial peritonitis

ปัจจุบันในเวชปฏิบัติพบว่า มีการรักษาผู้ป่วยตับแข็งที่มีปัญหาทาง GI ด้วยยา PPI ↑ ยา PPI ⇔ มีการยับยั้งการหลั่งกรดมาก และนาน ⇔ Bact. ใน GI ↑ งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยตับแข็งที่เป็น spontaneous bacterial peritonitis มีประวัติรับประทานยา PPI ก่อนมารักษาในรพ. ร้อยละ 69 ส่วนผู้ป่วยตับแข็งที่ไม่มีปัญหา spontaneous bacterial peritonitis มีประวัติรับประทานยา PPI ร้อยละ 31 (Bajaj JS, et al. Association of proton pump inhibitor therapy with spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients with ascites. *Am J Gastroenterol* 2009 ; 104 : 1130-4.)

การใช้ยาเกี่ยวกับโรคตับอักเสบ

Should antiviral therapy be offered to elderly patients

การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ที่อายุ 60 ปี ด้วยยา interferon และ ribavirin เกิดผลข้างเคียงบ่อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ผู้สูงอายุต้องหยุดยาก่อนเวลา ทำให้ผลการรักษาลดลง และเสี่ยงต่อการเป็น HCC Ikeda และคณะ ศึกษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ที่อายุมากกว่า 60 ปี และได้รับการรักษาด้วย interferon ⇔ ความเสี่ยงต่อการเกิด HCC ↓ และมีโอกาสอยู่รอดดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ปัญหาที่สำคัญ คือ จำเป็นต้อง ↓ ขนาดยา ribavirin / หยุดยาชั่วคราวจากผลข้างเคียงของยา และผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อระบบประสาทจากยา interferon ทำให้สับสน



อ่อนเพลีย สมรรถภาพการทำงานในชีวิตประจำวัน ซึมเศร้า (ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท/ จิตเวช) ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนว่าควรให้การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ก่อนอายุ 60 ปี ⇨ ลดผลข้างเคียงของยา ผู้สูงอายุที่อายุมาก แต่สมรรถภาพของตับยังทำงานได้ในเกณฑ์ปกติ เกร็ดเลือดต่ำปานกลาง อาจรักษาด้วยยา interferon ได้ (ติดตามการเปลี่ยนแปลงของ lab.CBC) Floreani A. Should antiviral therapy be offered to elderly patients Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2009 ; 6 : 503-4.

Reference งานวิจัย

- จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, พฤษภาคม-มิถุนายน 2553.
- จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, กรกฎาคม-สิงหาคม 2552.

ซึ่งมีการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความรู้อย่างกว้างขวาง สรุปได้ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีปัญหากระเพาะและลำไส้เล็กอักเสบ รับประทานยารักษาโรคทางระบบกระเพาะและลำไส้เล็กอักเสบ ร่วมกับรับประทานยาต้านกรดด้วย แม้ว่าจะได้รับยาลดกรดร่วมด้วยแล้วก็ตาม จึงขอให้เป็นที่พึงเผื่อระวัง โดยมีผู้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่าในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะรับประทานเฉพาะยารักษาโรคกระเพาะ และรับประทานยาลดกรดไม่ครบ จึงอาจเป็นเหตุให้เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวได้
- ยาอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นยาลดกรด คือ H2 Inhibitor เช่น Ranitidine อาจทำให้เกิดภาวะ Agranulocytosis ได้
- การซื้อยามารับประทานเองในผู้ที่มีความรู้ อาจทำได้ แต่ควรพบแพทย์เนื่องจากเพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยสาเหตุที่แท้จริงของโรค และเผื่อระวังความเสี่ยงได้ถูกต้อง
- ยา Alum milk และยา Alum gel มีข้อแตกต่าง ดังนี้
 - ยา Alum milk มีส่วนผสมของ Magnesium Hydroxide ทำให้ลดอาการท้องผูก
 - ยา Alum gel มีส่วนผสมของ Aluminium ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้
- ซึ่งสามารถใช้ยา Alum milk และยา Alum gel ร่วมกับ PPI ได้ ถ้ายังมีอาการปวดแสบท้องร่วมด้วย เช่นเป็นในช่วงกลางคืนโดยรับประทานยา PPI bid ac และรับประทานยา Alum milk และยา Alum gel เสริมช่วงกลางคืน
- อาการ GERD อาจมีแนวทางในการดูแลเสริม ดังนี้
 - หลังรับประทานอาหาร ให้นั่งประมาณ 2-3 ชั่วโมง (อย่ารีบนอนหลังอาหาร)
 - ทานอนที่ช่วยบรรเทาการเกิดกรดไหลย้อน คือ นอนตะแคงซ้าย
 - ไม่ควรใส่เสื้อผ้ารัดๆ

อาการนำที่อาจทำให้การวินิจฉัยล่าช้า หรือคลาดเคลื่อน

- บางครั้งพบผู้ป่วย GERD ที่แผนก ENT เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยอาการเสียงแหบ
- อาจพบการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนได้ ในรายที่มาตรวจด้วยอาการจุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ ซึ่งอาจทำให้สงสัยว่าเป็นโรคหัวใจ
- รายที่มาด้วยอาการ Chest pain ร่วมกับภูมิแพ้ ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงคือ GERD



- มีผู้ป่วยที่มาตรวจที่ ER ด้วยอาการจุกแน่น ภายหลังวินิจฉัยได้ว่าเป็น Thyroid crisis ทำให้อาจมีการ delay diagnosis และทำให้การรักษาล่าช้า

- ผู้ป่วยหืดหอบ เนื่องจากภาวะกรดไหลย้อน เข้าสู่ sinus ทำให้เกิด sinusitis induced Asthma แพทย์รักษาโดยให้รับประทานยา Ranitidine ต่อเนื่อง

คำสอนของผู้ใหญ่ที่มีมาแต่โบราณ อาจนำมาเป็นแนวคิดปรับใช้เพื่อลดอาการในระบบทางเดินอาหารได้

- หลังรับประทานอาหารให้นั่งให้ข้าวเรียงเม็ดก่อน แล้วค่อยไปนอน

- หลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ไม่ควรอาบน้ำ จะทำให้ท้องอืด เนื่องจากการอาบน้ำ ความเย็นของน้ำทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหารลดลง ความสามารถการย่อยอาหารลดลง



การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (Bronchodilators)

ผศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ/อ.พรรณนิภา สืบสุข ผู้นำกิจกรรม

อ.ธนัชฐา สมัย ผู้ลิขิต

การรักษาโรคปอดเรื้อรังที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งคือ การใช้ยาเพื่อขยายหลอดลม ซึ่งมีทั้งการใช้ยาชนิดรับประทานและยาพ่น ซึ่งยาขยายหลอดลมนั้นเป็นการช่วยรักษาบรรเทาอาการของโรคเท่านั้น แต่ไม่ได้ทำให้โรคนั้นดีขึ้นหรือหายขาด แต่ฤทธิ์ของการขยายหลอดลม ทำให้อากาศผ่านเข้าไปในปอดได้มากขึ้น ตัวอย่างยาขยายหลอดลม ได้แก่ ยากระตุ้นเบต้า Beta Agonist, ยาในกลุ่มธีโอฟิลลีน Theophylline และยาต้านโคลิเนอร์จิก Anticholinergics ยาเหล่านี้ใช้บ่อยในหอผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์ อย่างไรก็ตามยาเหล่านี้จะมีผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือถ้าใช้ผิดวิธีจะทำให้ด้อยประสิทธิภาพได้ ซึ่งผศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และอ.พรรณนิภา สืบสุข ซึ่งเชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจ จึงนำประเด็นการใช้ยามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังนี้

1. **ข้อบ่งใช้** : ยาขยายหลอดลม เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการทำให้หลอดลมที่หดเกร็ง ตีบตัว เกิดการขยายตัว จึงใช้รักษาภาวะที่มีการตีบตัวของหลอดลมในโรคทางเดินหายใจต่างๆ เช่น หืด หลอดลมอักเสบ ถุงลมพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หลอดลมพอง เป็นต้น ที่ใช้บ่อย ได้แก่ อะมิโนฟิลลีน ซินดีนิต, ทีโอฟิลลีนชนิดออกฤทธิ์ยาว และยากระตุ้นบีตา 2

2. วิธีการบริหารยา Bronchodilator

- พ่นยาขยายหลอดลมไปสู่ปอดโดยใช้สเปย์พ่นโดยตรงไปยังปอด
 - ขนาดเล็ก-ช่วยลดผลกระทบ
- ขนาดของอนุภาคกำหนดวิธีการที่จะยาจะเดินทางผ่านทางเดินหายใจ
 - $> 5 \text{ um}$ => ทางเดินหายใจส่วนบน, ในขณะที่ $< 0.05 \text{ m}$ จะหายใจออกที่ตีที่สุด
 - ดีที่สุด/เหมาะสมที่สุด คือ = 1-5 um
- อุปกรณ์ที่ใช้
 - สเปร์ย์ผงหรือแห้ง
 - สเปร์ย์-เปิดใช้งานได้เมื่อต้องการสุดคม
 - ผงเคมีแห้ง-เป็นอนุภาคขนาดที่เหมาะสมต่อการสูดดมทำให้เกิดการกระจายตัวของอนุภาค
- แบบพ่น
 - ใช้กับ face mask และยาพ่น
 - เปิด Jet (air) หรือมีการสั่นสะเทือนทำให้อนุภาคเล็กลง
 - เปิด flow 6- 8 LPM



3. ยากลุ่มที่ผู้ป่วยสามารถใช้พ่นได้เอง

ยาที่ใช้บ่อยในการพ่นยา คือ

3.1 Beta2- adrenoceptor agonists :

- เช่น Salbutamol, terbutaline, (ออกฤทธิ์เร็ว) ส่วน salmeterol, formoterol (ออกฤทธิ์ช้า)
- กระตุ้นที่ B2-adrenoceptors ของกล้ามเนื้อเรียบ (bronchial smooth muscle)
- การเลือกยาตัวนี้เพื่อช่วยลดผลกระทบ
 - Pharmacokinetics : (กลไกการออกฤทธิ์ของยาจะขึ้นอยู่กับขนาดและชนิดของยา)
 - การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับ
 - ออกฤทธิ์เร็วใน 5 นาที
 - Salbutamol-ออกฤทธิ์ใน 6 hrs
 - Salmeterol- ออกฤทธิ์นานกว่า 12 hrs
 - คุณสมบัติของ Lipophilic
 - ความทนในการใช้ยา (drug tolerance เมื่อใช้ไปนานๆ การกระตุ้น Bronchodilator จะลดลง)
 - Adverse effects :
 - โครนิกและกล้ามเนื้อสั่น
 - หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (Tachycardia) (ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติอื่นๆ)
 - ปวดศีรษะ
 - ใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่เป็น Hyperthyroidism

3.2 Antimuscarinics (anticholinergics) :

- เช่น Ipratropium, tiotropium
 - รับ cholinergic 3 ชนิด
 - ปมประสาท Parasympathetic
 - เซลล์ประสาท Presynaptic cholinergic (Ach)
 - Postsynaptic mediators for bronchoconstriction
- ดังนั้นจึงส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อเรียบหลอดลมและการหลั่งเมือก
- ใช้ในผู้ป่วย COPD มากที่สุด
 - Pharmacokinetics :
 - ดูดซึมไม่ดี, ไม่ถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด/สมอง
 - ออกฤทธิ์ช้า (30-60 นาที)
 - ครึ่งชีวิตเป็น 16 นาที - 3.5 ชั่วโมง
 - Adverse effects :
 - ปากแห้ง คลื่นไส้ ท้องผูก ปวดศีรษะ ปัสสาวะคั่ง



3.3 Methylxanthines :

- เช่น Theophylline, aminophylline
 - พบในธรรมชาติ เช่น กาแฟ ชา และช็อคโกแลต
 - ยาขยายหลอดเลือด ลดการบวม/ต้านการอักเสบ (ควบคุมระบบหายใจ → กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีแรงมากขึ้นด้วยและมีผลต่อภูมิคุ้มกัน)

- **Pharmacokinetics:**

- **ให้ทางปาก, ให้ทางหลอดเลือดดำ**

- metabolized
- ยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (5-20 mg/l)
- ผลของพิษยา
 - > 20 mg/l
 - มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร คือ ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน
 - มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ปวดศีรษะ วิดกกังวล
 - > 40 mg/l
 - มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ชักเกร็ง
 - มีผลต่อระบบหลอดเลือด คือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง

หมายเหตุ ยาทั้ง 3 กลุ่มยังไม่มีใครบอกได้ว่ายาตัวไหนดีที่สุด แต่ส่วนใหญ่จะใช้ร่วมกัน

- **Adverse effects :**

- ระบบทางเดินอาหารเสีย
- กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (นอนไม่หลับ หงุดหงิด ชักและปวดหัว)
- ความดันโลหิตต่ำ (peripheral vasodilatation)
- กระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias)

- **Contras :** cardiac disorders, ความดันโลหิตสูง (hypertension), hepatic impairment

Beradual forte

ส่วนประกอบ :

- ยาชนิดน้ำบรรจุหลอดพลาสติกใช้ได้ครั้งเดียวกับเครื่องพ่นสูด หลอดละ 4 มล. มีตัวยาสำคัญคือ ipratropium bromide 500 mcg และ fenoterol 1,250 mcg
- ipratropium bromide มีฤทธิ์ยับยั้งการกระตุ้นรีเฟล็กซ์ของเส้นประสาท vagus
- fenoterol hydrobromide เป็นยากระตุ้นซิมพาเทติกที่ออกฤทธิ์กระตุ้นเฉพาะต่อ Beta-2 receptor เมื่อได้รับยาในขนาดที่แนะนำให้ใช้ในการรักษา ทำให้เกิดการขยายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดและหลอดลม จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดลมหดตัวจากการกระตุ้นของสารกระตุ้น เช่น histamine, methacholine อากาศเย็นและสิ่งแปลกปลอมต่างๆ



Salbutamol / (Ventolin)

- Salbutamol มีคุณสมบัติเป็น B-adrenergic agonist ดังนั้น จึงให้ผล
 - ขยายหลอดลม (bronchodilator)
 - ขยายหลอดเลือดและหลอดเลือดส่วนปลาย (vasodilator)
 - คลายกล้ามเนื้อมดลูก (uterine relaxation)
 - กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อลาย
 - ทำให้หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia)
- Inhaler for asthma : Metered-dose inhaler 90-180 mg (1-2 puff) ทุกๆ 4-6 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ และก่อนออกกำลังกาย : Inhalation solution (Nubulizer) 2.5 mg 3-4 ครั้งต่อวัน
- Inhaler for severe bronchospasm : Nubulizer 2.5-5 mg (0.5-1 ml ของ nubulizer ขนาด 0.5% ใน 2-3 ml) ทุก 4 - 6 ชั่วโมงและเมื่อมีอาการ หรืออาจให้ทุก 1-2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์
- สำหรับโรคหอบหืด (asthma) 2-4 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองอาจเพิ่มขนาดได้ไม่เกิน 32 mg/day (ถ้าเกินกว่านั้นให้มาพบแพทย์)

Theophylline / (Nuelin SR)

Theophylline มีฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมและหลอดเลือดที่ปอด จึงมีฤทธิ์ในการขยายหลอดลมและขยายหลอดเลือดที่ปอด ทั้งนี้ยังมีฤทธิ์ในการเป็นยาขับปัสสาวะ ขยายหลอดเลือดหัวใจ กระตุ้นหัวใจและสมองส่วน cerebrum ซึ่งส่งผลให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อกะบังลมดีขึ้น

ข้อบ่งใช้

- ใช้ในโรคหอบหืด (Bronchial asthma) และโรคภูมิแพ้อุดกั้น

ขนาดและวิธีการใช้ (Dose and administration)

- ยาเม็ดออกฤทธิ์เนิ่นขนาด 250 mg

ผู้ใหญ่ รับประทาน 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี รับประทานมากกว่า 10 mg/kg ทุก 12 ชั่วโมง

Aerosol Therapy ใน Mechanical ventilator

Device ที่ใช้บริหาร aerosol ใน Mechanical ventilator

1. MDI (Meter dose inhaler)
2. SVN (Small volume nebulizer)



ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ aerosol ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. ขนาด Endotracheal tube, ventilator settings, ตำแหน่งการวางของ aerosol generator ในวงจรเครื่องช่วยหายใจและลักษณะของ adapter ที่ใช้
2. Humidity ใน ventilator circuit พบว่าความชื้นที่มากขึ้นอาจจะทำให้ aerosol deposition ใน lower airway ลดลงได้มากถึงร้อยละ 40 เพราะความชื้นทำให้ aerosol particle มีขนาดโตขึ้น (*Humidifier ควรตรงตามขีด*)
3. พยาธิสภาพในทางเดินหายใจของผู้ป่วย
4. Breath configurations ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีรูปแบบของลมหายใจเป็น square หรือ decelerating inspiratory flow และมี inspiratory flow สูงถึง 40-60 ลิตร/นาที ปัจจัยดังกล่าวจะลดปริมาณ aerosol ที่เข้าไปในทางเดินหายใจตอนล่าง
5. ขนาดของอนุภาคยาพ่น

ขนาดอนุภาคยา และตำแหน่งที่สะสมในปอด

ขนาดของอนุภาคยา (หน่วย ไมครอน)	ตำแหน่งบนทางเดินหายใจที่อนุภาคตกเกาะ
< 1	ล่องลอย ไม่ยึดเกาะกับส่วนใด และออกมากับลมหายใจออก
1-2	Alveoli เป็นขนาดที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ใช้ท่อช่วยหายใจ
2-5	Bronchi and bronchioles เป็นขนาดที่เหมาะสม เมื่อต้องการให้ยาออกฤทธิ์ที่ทางเดินหายใจส่วนล่างในผู้ป่วยที่หายใจเองได้
5-100	Mouth, nose and upper airway
>100	ไม่เข้าไปใน respiratory

การใช้ SVN (small volume nebulizer) ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

- ควรใช้ SVN ที่ผลิตละอองฝอย ที่มีขนาด 1-2 ไมครอน
- ในการพ่นยา ควรใช้แรงดัน gas จากภายในเครื่องช่วยหายใจเองทำให้มีการ Nebulize ยาเฉพาะช่วงหายใจเข้า เนื่องจากเครื่องช่วยหายใจจะมีการแบ่งอากาศจากวงจรมาให้ Nebulizer system ขณะให้แรงดันบวกกับผู้ป่วย ช่วยลดการสูญเสียของ aerosol ในช่วงหายใจออก ทำให้ไม่เปลืองยา
- ในผู้ป่วยที่หายใจเอง ยาจะเข้าสู่ทางเดินหายใจตอนล่างและปอดได้ ร้อยละ 8-12 แต่ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ยาจะเข้าสู่ทางเดินหายใจตอนล่างและปอดได้เพียงร้อยละ 1.2-3.0 เท่านั้น
- ประกอบ SVN เข้ากับ inspiratory limb ของ ventilator circuit ให้ห่างอย่างน้อย 30 cm จาก Y-piece เพื่อใช้ inspiratory limb เป็น drug reservoir ทำให้มีการสะสมของยาเพิ่มมากขึ้นในช่วงหายใจเข้า ช่วยให้มี drug delivery เพิ่มมากขึ้น



MDI ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

- MDI เป็นอุปกรณ์ที่ให้สารละอองฝอย ที่มีขนาดอนุภาค 2-5 ไมครอน
- สามารถต่อ MDI กับวงจรเครื่องช่วยหายใจได้ โดยใช้ adapter จะได้ปริมาณยาผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจ
ตอนล่างร้อยละ 3.9-5.6
- การใช้ spacer chamber จะให้ aerosol delivery ได้สูงมากกว่าถึง 4-6 เท่า
- การกด MDI จะต้องให้มีจังหวะที่สอดคล้องกันกับ inspiratory flow (การกด MDI 1-1.5 วินาทีก่อนเครื่อง
ตีลมเข้า จะลด drug delivery ได้มากถึงร้อยละ 35)
- ควรติดตั้ง spacer chamber เข้าทาง inspiratory limb ของ circuit และอยู่ห่างจาก endotracheal
tube ประมาณ 15 cm.
- ขนาดยาขยายหลอดลมที่ใช้ในผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจยังไม่มีมาตรฐาน แต่พบว่า การให้ salbutamol 4
puff ได้ฤทธิ์ในการขยายหลอดลมเท่ากับการให้ salbutamol 2.5 mg nebulizer
- ดูดเสมหะใน endotracheal tube ก่อนการพ่นยา
- ใช้ holding chamber เสมอ
- ปรับเครื่องช่วยหายใจให้ได้ tidal volume อย่างน้อย 500 มิลลิลิตร และ inspiratory flow rate ต่ำกว่า
40 ลิตร/นาที
- เขย่ากระบอกยาก่อนพ่นยาเสมอ และกดพ่นยาให้ตรงกับจังหวะเริ่มต้นการหายใจเข้า แล้วปล่อยให้ผู้ป่วย
หายใจออกตามปกติ
- รอ 20-30 วินาที ก่อนกดบริหารยาใหม่



ประเด็นปัญหาประเด็นปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยไตวาย

อ.นิตยา แสงวิชัยภัทร/ผศ.กรองกาญจน์ สังกาศ ผู้นำกิจกรรม

อ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ ผู้ลิขิต

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ผู้ที่มีชีวิตรอดอยู่จำเป็นต้องได้รับยาหลายขนาน ที่ใช้รักษาอาการของตัวโรคเองรวมถึงโรคร่วมต่างๆ ด้วย การคาดหวังจากประสิทธิภาพของยาเพื่อรักษาโรคนั้นเป็นสิ่งสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาหลายๆ ขนาน อาจพบปัญหาจากปฏิกิริยาของยา อาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาที่ใช้ด้วย ดังนั้นผู้ใช้ยา ผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย อาจารย์นิตยา แสงวิชัยภัทร และผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองกาญจน์ สังกาศ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไต จึงนำประเด็นดังกล่าวมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตวาย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่
 - 1.1 กลุ่มยาพื้นฐาน เช่น folic acid, phosphate binders, ferrous sulphate, sodium bicarbonate, vitamin B complex
 - 1.2 ยากลุ่มเฉพาะ ได้แก่ erythropoetin, antihypertensive, vitamin D
2. ยาที่เป็นประเด็นสำคัญในการเสวนา ได้แก่ phosphate binder ซึ่งเป็นยาที่สามารถจับกับฟอสเฟสในอาหาร เพื่อลดการดูดซึมของฟอสเฟสทางลำไส้ ชนิดของยากลุ่มนี้ ได้แก่ calcium carbonate, calcium acetate, aluminium hydroxide, alummilk
 3. การบริหารยา phosphate binder ให้ได้ประสิทธิภาพที่ดี คือการรับประทานยาให้ถูกวิธี ได้แก่
 - 3.1 ต้องรับประทานพร้อมอาหาร ควรรับประทานพร้อมอาหาร (พร้อมอาหารคำแรกทันที) การรับประทานหลังอาหารจะไม่ช่วยลดระดับฟอสเฟตในเลือด กลับจะไปเพิ่มระดับของแคลเซียมในเลือดมากเกินไป
 - 3.2 ถ้าเป็นรูปยาเม็ด ควรเคี้ยวยาก่อนกลืน
 - 3.3 ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในกลุ่มนี้กับยาอื่นๆ เช่น กลุ่ม Fluroquinolone ยาเสริมธาตุเหล็ก
 - 3.4 แม้ว่าระดับฟอสเฟตจะลดลงมาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ยังต้องรับประทานยาต่อ และควบคุมปริมาณอาหารที่มีฟอสเฟตสูงต่อไป
 - 3.5 ผู้ป่วยอาจได้รับยาจับฟอสเฟตที่มีอลูมิเนียมเป็นส่วนประกอบ ให้ไปจับฟอสเฟตที่มีอลูมิเนียมเป็นส่วนประกอบเป็นช่วงเวลาสั้นๆ
 - 3.6 รับประทานพร้อมอาหาร ห้ามถอดหรือเคี้ยวแคปซูล
 - 3.7 อาจรวมตัวกับยาบางชนิด ทำให้การดูดซึมยาอื่นเข้าสู่ร่างกายลดลง ลดการดูดซึมวิตามินบางชนิด ควรให้ยาอื่นๆ อย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อน หรือ 3 ชั่วโมงหลังจากให้ยาช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้ด้วย



4. ยาอื่นที่ช่วยย่นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มยาลดความดันโลหิต ธาตุเหล็ก (ใช้คู่กับการใช้ฮอร์โมน erythromycin), โซเดียมไบคาร์บอเนต (ควรจำกัดโปรตีนขณะใช้ยา ระวังการคั่งของโซเดียม), วิตามิน C (ห้ามรับประทานมากเกินไป เพราะจะทำให้ระดับ oxalate สูงขึ้น เกิดการตกผลึกในไต ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น), กรดโฟลิก (ไม่ควรรับประทานพร้อมผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนม)

ผลข้างเคียงและวิธีการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจึงต้องมีความระมัดระวัง จึงไม่ควรซื้อยารับประทานเอง และควรดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างถูกต้อง

กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
ภาควิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวชศาสตร์



เทคนิคการสร้างและการปรับปรุงข้อสอบเชิงปฏิบัติ

อ.กลิ่นชบา สุวรรณรงค์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “เทคนิคการสร้างและการปรับปรุงข้อสอบเชิงปฏิบัติ” เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2554 เวลา 9.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 801/1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฤวิไล นภาพงศ์สุริยา ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฤวิไล นภาพงศ์สุริยา ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ จัดทำข้อสอบของภาควิชา ในวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตเป็ยงเบน และข้อสอบในการสอบรวบยอด หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากที่ได้ทำการบรรยายถึงเทคนิค ของการออกข้อสอบ โดยเฉพาะข้อสอบปรนัยซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ในการออกข้อสอบมากที่สุดของคณะฯ ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ฤวิไล นภาพงศ์สุริยา ได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ลองสร้างข้อสอบและทำการวิพากษ์ ข้อสอบ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ดังมีรายละเอียดที่น่าสนใจดังนี้

เทคนิคการออกข้อสอบปรนัย

ข้อสอบปรนัย (objective test)

ข้อสอบปรนัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือคำถาม และคำตอบ ตัวคำถามของข้อสอบปรนัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ ผู้ตอบได้แสดงความรู้ความสามารถต่างๆ ตามที่ผู้ถามต้องการ ซึ่งจะวัดตั้งแต่ความจำผิวเผินไปจนถึงวัดพฤติกรรมที่ลึกซึ้ง คือการประเมินค่า คำถามแต่ละข้อจะถามเฉพาะจุดเล็กๆ ของเนื้อหา ดังนั้นจึงมีจำนวนมากข้อ ส่วนคำตอบของ คำถามประเภทนี้ผู้ตอบต้องใช้เวลาในการคิดและตอบเป็นส่วนใหญ่ การเขียนตอบจะใช้เวลาน้อยซึ่งอาจเขียนเป็น ประโยคสั้นๆ หรือทำเครื่องหมายบนคำตอบที่ต้องการ แบ่งได้ 5 ประเภทคือ

1. ข้อสอบแบบตอบสั้นๆ (short answer test)

ลักษณะข้อสอบ จะประกอบด้วยคำถามที่สมบูรณ์ ตั้งปัญหาเป็นรูปคำถามที่มีคำตอบตายตัวแน่นอน กำหนดให้ผู้ตอบแสดงความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยการเขียนคำตอบเพียงสั้นๆ

ข้อดี

1. สร้างง่าย สะดวกรวดเร็ว
2. เขียนคำถามได้มากข้อและเขียนคำตอบได้ง่ายกว่าข้อสอบอัตนัย
3. เหมาะสำหรับวัดพฤติกรรมความรู้-ความจำ

ข้อจำกัด

1. ยากที่จะเขียนคำถามเพื่อให้ได้เพียงคำตอบเดียว
2. ตรวจยากกว่าข้อสอบปรนัยประเภทกำหนดคำตอบมาให้
3. บางครั้งอาจเกิดปัญหาในการตรวจให้คะแนน เช่น ผู้ตอบใช้ภาษาผิดพลาด
4. ไม่เหมาะที่จะวัดพฤติกรรมขั้นสูง เช่น การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินค่า



2. ข้อสอบแบบเติมคำ (completion test)

ลักษณะข้อสอบเติมคำจะเขียนประโยคหรือข้อความตอนนำไป แล้วเว้นว่างข้อความหรือท้ายข้อความสำหรับให้เติมคำ เพื่อให้ข้อความนั้นถูกต้องสมบูรณ์ การเว้นช่องว่างให้เติมคำ อาจเว้นมากกว่าหนึ่งแห่งก็ได้แต่ไม่ควรมากเกินไปและควรมีขนาดเท่าๆ กัน การเขียนคำถามให้ชัดเจนเฉพาะเจาะจงไม่กำกวม ให้ได้คำตอบที่สั้นที่สุดและถูกต้องเพียงคำตอบเดียว

ข้อดี

1. สร้างง่ายสะดวกและรวดเร็ว
2. โอกาสที่ตอบถูกโดยการเดามีน้อย
3. สามารถสร้างคำถามวัดในเรื่องหนึ่งๆ ได้หลายข้อ

ข้อจำกัด

1. วัดพฤติกรรมการความรู้-ความจำ ซึ่งเป็นความรู้ขั้นต่ำ
2. ถ้าส่วนที่ต้องการเติมมีหลายเรื่อง การเว้นที่อาจเป็นการแนะคำตอบ
3. ขาดความเป็นปรนัยในกรณีที่เขียนประโยคนำไม่ดี

3. ข้อสอบแบบจับคู่ (matching test)

ลักษณะข้อสอบ จะประกอบด้วยส่วนของคำถาม และคำตอบ โดยผู้ตอบจะต้องจับคู่ระหว่างคำถามและคำตอบที่กำหนดให้ตรงกัน หรือสัมพันธ์กันอย่างมีเหตุผล การเขียนคำสั่งควรเขียนให้ชัดเจนว่าจะให้ผู้ตอบปฏิบัติอย่างไร จำนวนคำตอบควรมีมากกว่าจำนวนคำถาม 3-5 ข้อ คำที่อยู่ในส่วนของคำถามและคำตอบควรเป็นชนิดเดียวกันและเมื่อนำมาเข้าคู่กันแล้วจะได้ข้อความที่สอดคล้องกัน และควรวางตำแหน่งให้อยู่สลับกัน

ข้อดี

1. สร้างง่ายและประหยัดเวลา
2. ถามได้มากข้อในเวลาจำกัด
3. เหมาะสำหรับการวัดความจำ
4. ตรวจให้คะแนนสะดวกรวดเร็ว
5. สามารถพัฒนาเป็นข้อสอบแบบเลือกตอบได้

ข้อจำกัด

1. ยากที่จะสร้างข้อคำถามให้เป็นเอกพันธ์กัน
2. วัดความสามารถขั้นสูงได้น้อย
3. ข้อสอบข้อท้าย ๆ มีโอกาสตอบถูกได้ง่าย

4. ข้อสอบแบบถูกผิด (true-false items)

ลักษณะข้อสอบ เป็นข้อสอบที่ให้พิจารณาข้อความที่เป็นปัญหานั้นว่าถูกหรือผิดตามหลักวิชา โดยผู้ตอบต้องทำรหัสหรือเครื่องหมายลงที่ข้อความนั้นๆ ตามที่โจทย์กำหนด เช่น ถูก-ผิด ใช่-ไม่ใช่ เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย เป็นต้น การเขียนข้อสอบที่ต้องการจะถามให้อยู่ในรูปประโยคบอกเล่า โดยข้อความที่ถามไม่ควรจะยากเกินไป วางตำแหน่งข้อ



ถูก-ผิด สลับกันอย่างไม่มีระบบ เพื่อป้องกันการเดา หลีกเลี่ยงการใช้คำปฏิเสธซ้อน หรือคำที่อาจเป็นการชี้แนะคำตอบได้ เช่นคำว่า ทั้งหมด เสมอๆ ทุกๆ ไม่มีเลย อาจจะมีบางอย่าง

ข้อดี

1. ตรวจง่าย รวดเร็ว ยุติธรรม มีความเป็นปรนัย
2. วัดข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรู้ความจำได้ดี
3. สอบเนื้อหาวิชาได้มากกว่าข้อสอบแบบอื่นในเวลาที่เท่ากัน
4. ออกข้อสอบง่าย และได้จำนวนมากข้อ แต่ผู้สอบใช้เวลาทำน้อย
5. พัฒนาเป็นข้อสอบแบบเลือกตอบได้

ข้อจำกัด

1. ได้คะแนนจากการเดามีค่อนข้างสูง เพราะเลือกจากหนึ่งในสองอย่าง
2. ไม่สามารถที่จะวินิจฉัยได้ว่า สาเหตุที่ทำให้ข้อสอบผิดเนื่องมาจากอะไร
3. มีความเชื่อมั่นต่ำ ดังนั้นควรออกข้อสอบไม่น้อยกว่า 50 ข้อ
4. ส่วนมากวัดได้เฉพาะพฤติกรรมความรู้-ความจำ
5. ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ไม่ดี เพราะทำข้อสอบเพียงแค่ทำเครื่องหมายถูกผิดเท่านั้น

5. ข้อสอบแบบเลือกตอบ (multiple choice test)

ลักษณะข้อสอบ จะประกอบด้วยโจทย์หรือข้อความที่เป็นประโยคที่สมบูรณ์เป็นตัวคำถาม เพื่อวัดความรู้ ความสามารถ และตัวเลือกตั้งแต่ 3 ตัวเลือกขึ้นไปอีก 1 ชุด รวมเป็น 1 ข้อ ในตัวเลือกนั้นจะมีทั้งคำตอบถูก (key) และคำตอบผิด (distracter) ที่เป็นตัวลวงมาให้พิจารณา

รูปแบบของข้อสอบแบบเลือกตอบ

ข้อสอบแบบเลือกตอบจะมีคุณภาพมากหรือน้อย มักเกิดจากการเขียนตัวคำถาม และตัวเลือก

รูปแบบคำถามแบบเลือกตอบที่นิยมมี 3 ประเภท คือ

1) ประเภทคำถามเดี่ยว (single question) เป็นข้อสอบเลือกตอบที่แต่ละข้อมุ่งถามเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะ และสมบูรณ์ในตัวเอง โดยไม่เกี่ยวข้องกับข้ออื่นๆ เลย ซึ่งแต่ละข้อจะเป็นอิสระต่อกัน

2) ประเภทตัวเลือกคงที่ (constant choice) เป็นข้อสอบที่มีคำถามหลายข้อแต่มีตัวเลือกอยู่ชุดเดียว ใช้ตัวเลือกซ้ำกันได้ ตัวเลือกมีเพียง 4-5 ตัว ส่วนตัวคำถามมีกี่ข้อก็ได้ แต่นิยมใช้ 2-10 ข้อ

3) ประเภทสถานการณ์ (situational test) เป็นการยกข้อความหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับจุดประสงค์การเรียนการสอนให้ผู้สอบอ่านและตอบคำถาม คำถามชนิดนี้มีคุณค่าตรงที่สามารถวัดผลสัมฤทธิ์ของการศึกษาได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังสามารถวัดสมรรถภาพสมองขั้นสูงได้ง่ายกว่าข้อสอบประเภทอื่นๆ

ข้อดี

1. วัดพฤติกรรมทางการศึกษาได้หลายด้าน ตั้งแต่ความรู้ความจำไปจนถึงการประมาณค่า
2. เป็นข้อสอบที่ตรวจให้คะแนนง่าย ถูกต้อง รวดเร็ว และมีความเป็นปรนัย
3. มีความเชื่อมั่นสูง เพราะมีจำนวนข้อสอบมาก และตอบถูกโดยการเดามีน้อย
4. สามารถใช้สัญลักษณ์ รูปภาพหรือกราฟมาเขียนข้อสอบได้



5. วินิจฉัยข้อบกพร่องในการเรียนได้
6. ควบคุมความยากง่ายของข้อสอบได้
7. วิเคราะห์ปรับปรุงคุณภาพข้อสอบได้

ข้อจำกัด

1. สร้างข้อสอบให้ดี ทำได้ยาก และใช้เวลานาน เพราะต้องมีคุณภาพดีทั้งตัวคำถามและตัวเลือก
2. ไม่เหมาะที่จะวัดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การเสนอแนวคิด หรือทักษะการเขียน
3. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงในการสร้างข้อสอบ

หลักการสร้างข้อสอบแบบเลือกตอบ

- 1) ต้องยึดจุดประสงค์ในการสอนเป็นหลัก เขียนข้อสอบตามตารางวิเคราะห์หลักสูตรที่ได้กำหนดไว้ โดยจะต้องออกข้อสอบให้มีจำนวนข้อมากกว่าจำนวนข้อสอบในตารางวิเคราะห์หลักสูตร
- 2) คำถามควรเป็นประโยคคำถามที่สมบูรณ์ เพื่อจะช่วยให้มีความชัดเจน และเข้าใจง่ายกว่าประโยคบอกเล่า การถามคำถามจะต้องสั้น กระชับและได้ใจความ เน้นจุดที่เป็นคำถามให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเป็นปรนัย ไม่ใช่คำฟุ่มเฟือย ไม่ควรใช้ตัวเลือกซ้ำซ้อนกัน หรือมีความหมายเหมือนกัน
- 3) หลีกเลี่ยงคำถามที่เป็นประโยคปฏิเสธ โดยเฉพาะปฏิเสธซ้อน แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ประโยคปฏิเสธควรขีดเส้นใต้ให้ชัดเจน
- 4) ถามในสิ่งที่มิใช่ประโยชน์ สามารถหาข้อยุติได้ตามหลักวิชา เพื่อให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิด หลีกเลี่ยงการถามความจำจากตำรา สิ่งที่เป็นความเชื่อ
- 5) ตัวเลือกแต่ละตัวควรมีความยาวเท่าๆ กัน ถ้าตัวเลือกยาวไม่เท่ากัน ควรเรียงจากสั้นไปหายาว แต่ทั้งนี้ถ้าเป็น วัน เดือน พ.ศ. ตัวเลขหรือจำนวน ให้เรียงจากน้อยไปหามาก
- 6) ตัวเลือกต้องเป็นเอกพันธ์กัน (homogeneity) หรือไม่มีโครงสร้างสอดคล้องกัน มีทิศทางเดียวกัน และเป็นชนิดหรือประเภท เดียวกันเช่น ถามการพยาบาลคำตอบก็ควรเป็นการพยาบาลทุกข้อ
- 7) ควรระมัดระวังการใช้ตัวเลือกประเภท ปลายเปิด และปลายปิด ซึ่งได้แก่ ถูกทุกข้อ ไม่มีข้อถูก ผิดทุกข้อ สรุปรวบรัดไม่ได้ เป็นต้น
- 8) ตัวเลือกแต่ละตัวต้องเป็นอิสระต่อกัน ไม่ก้าวร้าวกัน ควรกระจายตัวเลือกที่เป็นตัวถูกให้อยู่ในตำแหน่งที่ต่างกัน และแต่ละตัวเลือกควรมีโอกาสเป็นตัวถูกในจำนวนที่เท่าๆ กัน
- 9) แต่ละข้อควรมีคำถามเดียวและมีคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว
- 10) คำตอบที่ถูกกับคำตอบที่ผิดต้องถูกต้องตามหลักวิชาไม่แตกต่างกันจนเด่นชัดเกินไป
- 11) ระวังการแนะนำคำตอบ
- 12) ข้อสอบที่ดีควรมีลักษณะ 5 ประการเป็นอย่างน้อย คือ ความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น ความยาก อำนาจจำแนก และความมีประสิทธิภาพ





ประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรภายนอกคณะฯ

อ.ฉัตรรัตน์ ถาวร ผู้ลิขิต

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “ประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรภายนอกคณะฯ” เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 711 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณิตรรัตน์ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณิตรรัตน์ ได้เล่าถึงประสบการณ์ในการเป็นวิทยากร และให้บริการวิชาการ ในเรื่องการบำบัดดูแลด้านจิตสังคมให้กับผู้รับบริการในกลุ่มต่างๆ โดยได้เน้นถึงความสำคัญของการเป็นวิทยากร หรือผู้ให้บริการว่าควรมีสิ่งต่างๆ ดังนี้

- ความเข้าใจตนเอง เมื่อเราสามารถเข้าใจตนเองได้แล้ว เราก็สามารถที่จะทำความเข้าใจในตัวผู้อื่น หรือผู้รับบริการของเราได้ เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือ หรือให้การบริการได้อย่างถูกต้อง

- ทักษะที่ดี เราควรมีทักษะที่ดีต่อผู้รับบริการ ทั้งนี้สิ่งที่สำคัญคือ ตัวเราเองต้องมีทักษะที่ดีต่อตนเองก่อนเช่นกัน และต้องมีความเชื่อมั่นว่าเราสามารถทำได้

- การสร้างสัมพันธภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เราได้ข้อมูล หรือเป็นสะพานที่จะเชื่อมระหว่างเรากับผู้รับบริการ เพื่อเป็นการลดช่องว่างที่เกิดขึ้นได้ดีที่สุด โดยวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพนั้นมีหลากหลายวิธี อาจจะไม่ใช้วิธีการ ทักทายเพียงอย่างเดียว

- การรู้จักสังเกต ควรรู้จักสังเกตผู้รับบริการ โดยเฉพาะในเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก เพื่อที่เราจะได้เข้าถึงตัวของผู้รับบริการ และสามารถช่วยเหลือเขาได้อย่างตรงจุดมากที่สุด

- การเอาใจใส่ และความสม่ำเสมอ ถือเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง เพื่อที่จะได้ให้ผู้รับบริการนั้นเกิดความไว้วางใจ และยอมรับการให้บริการของเรา

เพราะในแต่ละกลุ่มที่ได้ไปให้บริการนั้นมีความแตกต่างกันของผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นพื้นฐานทางด้านการศึกษา ครอบครัว ฐานะทางครอบครัว เป็นต้น ทำให้เราต้องให้ความสำคัญ ทำให้แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน เพราะฉะนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มย่อมแตกต่างกันด้วย ดังนั้น ผู้ให้บริการควรมีการเตรียมความพร้อมให้ดีที่สุด ก่อนที่เราจะไปให้บริการกับผู้รับบริการ

กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดี
เพื่อความสุขในการทำงาน

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบของกิจกรรมสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ระดับสำนักงาน โดยใช้ชื่อว่า “กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน” สำหรับการจัดประชุมในวันนี้จะเป็นการแนะนำ ทำความรู้จักกับกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ และการวางแผนการดำเนินงานจัดกิจกรรมของกลุ่มร่วมกัน โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ และอาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 13 มกราคม 2554 เวลา 10.00-12.00 น. ณ ห้อง 704 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรยากาศการพูดคุยในวันนี้เป็นไปอย่างสบายๆ โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ ได้กล่าวถึงประเด็นของการประชุมในวันนี้ว่า จากการทำผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เข้าร่วมการสัมมนา เรื่อง “การพัฒนาบุคลิกภาพและการให้บริการที่ดี” และ/หรือ เรื่อง “ที่ทำงานที่มีความสุข (HAPPY WORKPLACE)” มาแล้วนั้น จึงอยากให้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่าได้มีการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติหรือไม่และผลลัพธ์เป็นอย่างไร รวมถึงร่วมกันวางแผนการดำเนินงานจัดกิจกรรมของกลุ่ม ซึ่งการจัดกิจกรรมนี้มีเป้าหมายคือ ต้องการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้กับบุคลากรของคณะฯ แล้วทำให้บุคลากรเหล่านั้นได้นำความรู้/ประสบการณ์ที่ได้รับฟังกนำไปปฏิบัติต่อไป

ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความรู้/ความคิดเห็น/ประสบการณ์ที่ได้จากการสัมมนา การนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ รวมถึงผลลัพธ์ที่ได้รับการจากนำไปปฏิบัติดังกล่าว โดยส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำความรู้ไปใช้ในบางส่วนที่สามารถนำไปใช้ได้ และได้มีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับรูปแบบงานของแต่ละบุคคล ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีขึ้น จากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานจัดกิจกรรมของกลุ่ม โดยในลำดับแรกจะจัดทำมุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ประสบการณ์ของกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน ซึ่งจะอยู่บนหน้าเว็บไซต์การจัดการความรู้ (KM) โดยใช้ชื่อว่า “Service Mind For Happy Workplace” โดยจะจัดทำเป็นทั้งเว็บบอร์ดของกลุ่ม และจัดทำ blog โดยจะให้สมาชิกแต่ละคนสร้าง blog ของตนเอง เพื่อใช้เป็นช่องทางในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำความรู้จากการสัมมนามาใช้เพื่อให้เกิดความสุขในการทำงาน อาทิ เช่น ตัวอย่างเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ได้มีการนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติ เป็นต้น โดยอาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย จะเป็นผู้ดำเนินการจัดทำ blog ดังกล่าว รวมถึงแจ้งวิธีการใช้งานให้กับสมาชิกกลุ่มต่อไป





การพัฒนากลุ่มพี่เลี้ยง

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

งานทรัพยากรบุคคล ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมเสวนากลุ่มการให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน ในหัวข้อ “การพัฒนาพี่เลี้ยง” เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2554 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีนางสาวขวัญใจ เนียมพิทักษ์ และนางสาวสุกัญญา กิจจาสุนทร ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกิจกรรมในครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาระบบพี่เลี้ยงในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนของคณะพยาบาลศาสตร์ และมีกลุ่มเป้าหมายคือ บุคลากรที่หน่วยงานในสังกัดส่งรายชื่อมาเพื่อทำหน้าที่พี่เลี้ยง และ/หรือ ผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน (HAPPY WORKPLACE) โดยบรรยากาศของกิจกรรมในครั้งนี้เป็นไปอย่างสนุกสนาน ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมที่น่าสนใจ ดังนี้

กิจกรรม “ลักษณะของพี่เลี้ยง/น้องเลี้ยงที่ดีควรเป็นอย่างไร ?”

ได้แบ่งกลุ่มของผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสมัครใจ จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของพี่เลี้ยง-น้องเลี้ยงที่ดีควรเป็นอย่างไร พร้อมกับให้นำเสนอ เพื่อให้เห็นคุณลักษณะของพี่เลี้ยง-น้องเลี้ยงที่ดี

กิจกรรม “การสร้างสถานการณ์สมมติ”

โดยการให้โจทย์เหตุการณ์สมมติ แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดหาวิธีการพร้อมกับนำเสนอ โดยการสวมบทบาทเป็นพี่เลี้ยง เพื่อเป็นการฝึกทักษะว่าควรจะให้คำปรึกษาแนะนำน้องเลี้ยงในสถานการณ์ต่างๆ อย่างไร

กิจกรรมการประเมินคุณลักษณะของพี่เลี้ยงที่ประสบความสำเร็จ

โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำแบบประเมินคุณลักษณะของพี่เลี้ยงที่ประสบความสำเร็จ พร้อมเฉลย เพื่อให้ทราบว่าคุณลักษณะที่แต่ละคนมีความเป็นพี่เลี้ยงมากน้อยเพียงใด

สำหรับกิจกรรมในครั้งนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เห็นความสำคัญของระบบพี่เลี้ยงที่มีต่อองค์กรว่าเป็นระบบที่จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรใหม่กับบุคลากรเก่าได้ และกิจกรรมนี้ยังถือเป็นจุดเริ่มต้นระบบพี่เลี้ยงของคณะพยาบาลศาสตร์อีกด้วย





กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรม
การปฏิบัติงานของสายสนับสนุนวิชาการ



Google Document

อ.ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย งานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อเรื่อง Google Document เมื่อวันอังคารที่ 1 กุมภาพันธ์ 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญนายบุลลการ บัวหลวง มาให้คำแนะนำในการสร้าง Form บน Google Document เพื่อใช้ในการประเมินผลกิจกรรมต่างๆ ผ่านเว็บไซต์

กิจกรรมที่เกิดขึ้นในวันนี้ เริ่มมาจากความต้องการที่ว่าพวกเราต้องการที่จะสร้างแบบประเมินผลกิจกรรมต่างๆ ผ่านเว็บไซต์ ซึ่งพวกเรามองว่าน่าจะทำให้กระบวนการทำงานของพวกเราสะดวกและรวดเร็วขึ้น ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตอบแบบประเมินผ่านเว็บไซต์ได้ ก็จะช่วยลดขั้นตอนของการ key ข้อมูล อีกทั้งยังช่วยลดการใช้กระดาษอีกด้วย ดังนั้นก็เลยมาคุยกันว่าถ้ามีโปรแกรมอะไรบ้างที่สามารถใช้สร้างแบบประเมินนี้ได้ด้วยวิธีการง่ายๆ และรวดเร็ว ก็พบว่า Google Document นี่แหละที่จะช่วยพวกเราได้ ดังนั้น จึงได้เชิญนายบุลลการ บัวหลวง ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการใช้งานโปรแกรม Google Document มาให้คำแนะนำแก่พวกเรา

นายบุลลการ บัวหลวง แนะนำว่า เริ่มต้นเราต้องมี account ของ Gmail ก่อน หลังจากนั้นก็จะสามารถ login เข้าไปใช้งานเอกสารของ Google ได้ บน Google Document จะมีเมนูสำเร็จรูปสำหรับการสร้างฟอร์มให้เรียบร้อยแล้ว เราเพียงแค่คลิกเลือกว่าต้องการหน้าตาแบบสอบถามเป็นแบบใด ใส่ข้อความเข้าไป จากนั้นก็เลือก Template มาใส่เป็นโครงสร้างของเว็บประเมิน เท่านั้นเราก็จะได้แบบประเมินผลผ่านเว็บไซต์แล้ว เวลาใช้งานเราก็ส่ง URL ของเว็บประเมินผลนี้ไปให้ผู้ใช้งาน อาจส่งผ่านทาง E-mail ก็ได้ เมื่อผู้ใช้งานตอบแบบประเมินของเรา ข้อมูลจะถูกส่งมาเก็บบน Google ในรูปแบบตาราง Excel นั่นเอง ซึ่ง Google Document ก็สามารถที่จะวิเคราะห์ข้อมูลให้ในรูปแบบกราฟ คิดค่าความถี่และร้อยละให้เราได้โดยอัตโนมัติ แต่ในบางครั้งการวิเคราะห์ข้อมูลบน Google Document อาจไม่ได้ตอบโจทย์ที่เราอยากได้ เราก็เพียงแค่คัดลอกข้อมูลนี้ไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลเองต่อไปได้

ในระหว่างการบรรยาย ก็จะมีการสาธิตประกอบการบรรยายไปด้วยกัน ทำให้ผู้เข้าร่วมมองเห็นภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้ อาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ก็ได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องของการใช้ Google Document โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเอาข้อมูลจาก Google Document มาวิเคราะห์เอง เราสามารถใช้โปรแกรม Microsoft Excel ในการแปลงข้อมูลบางอย่างที่ถูกบันทึกไว้แต่ยังอยู่ในรูปแบบที่ยังไม่สามารถเอามาวิเคราะห์ได้ แปลงให้มาอยู่ในรูปแบบที่สามารถเอาไปใช้วิเคราะห์ได้

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ ถึงแม้จะใช้เวลาไม่นานนัก แต่ก็ได้รับประโยชน์ที่คุ้มค่าเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งภายหลังการอบรมแล้ว ผู้เข้าร่วมได้มีการนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการพัฒนาแบบฟอร์ม BAR, AAR, การประเมินผลกิจกรรม รวมถึงเอามาประยุกต์ใช้กับระบบการลงทะเบียนเข้าร่วมอบรมด้วย กิจกรรมดีๆ อย่างนี้ คงจัดขึ้นเรื่อยๆ ต้องติดตามต่อไปนะคะ



เคล็ดลับรอบรู้คู่คนทำงาน: 7 Wonder Gimmicks ครั้งที่ 1

อ.ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสายสนับสนุนวิชาการ โดยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง **เคล็ดลับรอบรู้คู่คนทำงาน: 7 Wonder Gimmicks** เมื่อวันพุธที่ 30 มีนาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 508 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญบุคลากรที่ได้มีโอกาสไปรับการอบรมจากคณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหิดล มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ที่ไม่มีโอกาสได้ไปเข้าร่วมฟังกัน ซึ่งก็คือนายอนุกุล ม่วงโมรี งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร โดยมาให้คำแนะนำในการใช้งานโปรแกรมในกลุ่ม 7 Wonder Gimmicks ดังนี้

7 Wonder Gimmicks ประกอบด้วย โปรแกรมย่อยๆ 7 โปรแกรม คือ Fences, PrtScr, Wunderlist, Pandora, WinRAR, Magnifier, และ MS Word Add In Tab เรามาลองใช้งานทีละโปรแกรมกันนะคะ

โปรแกรม Fences เป็นโปรแกรมที่ช่วยในการจัดกลุ่มไฟล์และ Shortcut ต่างๆ บนหน้าจอ ทำให้ Desktop สะอาด และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย หลักการของโปรแกรมนี้อาศัยการสร้างกรอบที่จะใช้จัดเก็บไฟล์และ Shortcut ต่างๆ ให้เป็นหมวดหมู่ ทำให้สามารถแก้ปัญหาการหาไฟล์บน Desktop ไม่เจอได้อย่างง่ายดาย วิธีการสร้างกรอบสามารถทำได้ ดังนี้

1. คลิกและลาก mouse ขวาที่ Desktop แล้วปล่อยเพื่อสร้างขอบเขตของ Fence จากนั้นจึงเลือก create new fence here

2. จะปรากฏ Dialog box ขึ้นมาให้ตั้งชื่อกรอบจากนั้นคลิกปุ่ม OK

3. ให้ลาก Shortcut/ File ต่างๆ บน Desktop ไปลงในกรอบที่สร้างไว้

การ DoubleClick ที่ Desktop 1 ครั้ง จะเป็นการซ่อน icon ทั้งหมดที่อยู่บน Desktop และเมื่อ DoubleClick ที่ Desktop อีกครั้งจะเป็นการเรียกให้แสดง icon ทั้งหมดที่อยู่บน Desktop ให้กลับมาเหมือนเดิม ในกรณีที่เรต้องการให้แสดงเฉพาะ Shortcut/ File ต่างๆ ที่อยู่ในกรอบของ Fence ที่เราสร้างไว้เท่านั้น ก็สามารถทำได้โดยคลิกขวาที่กรอบที่ต้องการ เลือก View แล้วเลือก exclude this fence from quick-hide ซึ่งโปรแกรมนี้อาจ Download ฟรี ได้ที่ <http://www.stardock.com/products/fences>

โปรแกรม PrtScr เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการเก็บหน้าจอภาพ ซึ่งการเก็บหน้าจอภาพจะมีประโยชน์โดยเฉพาะในกรณีที่เรต้องการทำเอกสารประเภทคู่มือ หรือต้องการเก็บภาพเว็บไซต์และภาพอื่นๆ โดยปกติถ้าเราไม่ใช้โปรแกรมนี้นี้ เราสามารถใช้ function ที่อยู่บน Keyboard ซึ่งก็คือปุ่ม PrtSc (Print Screen) นั่นเอง โดยที่การเก็บหน้าจอแบบปกติ สามารถทำได้ 2 วิธี ดังนี้

1. กดปุ่ม PrtSc จะเป็นการจับภาพหน้าจอที่เรากำลังใช้งานอยู่ โดยจับภาพไปทั้ง Desktop

2. กดปุ่ม Alt + PrtSc จะเป็นการจับภาพเฉพาะหน้าต่างที่เรากำลังใช้งานอยู่

เมื่อเราลงโปรแกรม PrtScr แล้ว ปุ่ม PrtSc จะทำหน้าที่ในการเรียกโปรแกรม PrtScr ขึ้นมาใช้งาน วิธีการใช้งานโปรแกรมสามารถทำได้ ดังนี้

1. คลิก mouse ซ้าย 1 ครั้ง จะเป็นการจับภาพบนหน้าจอทั้ง Desktop



2. คลิก mouse ซ้ายค้าง แล้วลากกรอบ จะเป็นการเลือกพื้นที่การจับภาพบนหน้าจอ แบบอิสระ
3. กดปุ่ม Ctrl + คลิก mouse ซ้ายค้าง แล้วลากกรอบ จะเป็นการเลือกพื้นที่การจับภาพบนหน้าจอแบบสี่เหลี่ยม
4. กดปุ่ม Alt + คลิก mouse ซ้าย จะเป็นการลากเส้นสีแดง ใช้กรณีที่ต้องการเน้นสิ่งที่อยู่บนหน้าจอ ก่อนจะทำการจับภาพบนหน้าจอ

ไฟล์ที่ได้จากการจับภาพบนหน้าจอ สามารถบันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .jpg หรือ .png ก็ได้ ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถ Download ฟรี ได้ที่ <http://prtsr.en.softonic.com/download>

โปรแกรม Wunderlist เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการบริหารจัดการงาน โดยใช้ในการบันทึกกิจกรรม /งานต่างๆ ที่เราต้องทำทั้งหมด วิธีการใช้งานโปรแกรมสามารถทำได้ ดังนี้

1. คลิกที่ไอคอน add List (เครื่องหมาย +) เพื่อสร้างโฟลเดอร์สำหรับเก็บงาน
2. พิมพ์ชื่องานที่ต้องทำในช่อง Add your task here และคลิกที่รูปนาฬิกา เพื่อกำหนดเวลาของงานที่จะต้องทำ จากนั้นกดปุ่ม Enter

3. งานที่ทำเสร็จแล้ว สามารถบันทึกสถานะว่าได้ทำเสร็จแล้ว โดยคลิกที่รูปสี่เหลี่ยมที่หน้างานนั้นๆ จะปรากฏเส้นขีดฆ่าตรงกลางชื่องานที่ทำเสร็จแล้ว

4. หลังจากบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมแล้ว เราสามารถคลิกดูสถานะของงานได้ ดังนี้

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 4.1 Today | งานที่ต้องทำวันนี้ |
| 4.2 Tomorrow | งานที่ต้องทำพรุ่งนี้ |
| 4.3 Next 7 days | งานที่ต้องทำภายในช่วง 7 วัน |
| 4.4 Later | งานที่ต้องทำหลัง 7 วันไปแล้ว |
| 4.5 Without Date | งานที่ต้องทำทั้งหมด |

ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถ Download ฟรี ได้ที่ <http://www.6wunderkinder.com/wunderlist>

โปรแกรม Pandora เป็นโปรแกรมที่ใช้กู้เอกสารคืน หลายๆ ท่านบางครั้งอาจเกิดปัญหาลบไฟล์โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งบางครั้ง Recyclebin ไม่สามารถช่วยเราได้ ถ้าเราลบไฟล์ออกจากเครื่องด้วยคำสั่ง shift + delete แต่ด้วยโปรแกรม Pandora เรายังมีโอกาสที่จะนำไฟล์ที่ลบไปกลับมาได้ ที่ใช้คำว่ามีโอกาสมัน เพราะว่ามีโอกาสที่จะทำไม่สำเร็จ วิธีการใช้งานโปรแกรมสามารถทำได้ ดังนี้

1. เปิดโปรแกรม Pandora เลือกเมนู Tools → Launch Wizard (ในกรณีที่ไม่มี DialogBox Pandora Recover Wizard ปรากฏเมื่อเปิดโปรแกรม Pandora ขึ้นมา) จากนั้นคลิก next

2. คลิกปุ่ม Open Recycle bin เพื่อตรวจสอบไฟล์ในถังขยะก่อนว่ามีหรือไม่

กรณีที่เจอไฟล์ เลือก Yes, I found my files

กรณีที่ไม่มีเจอไฟล์ เลือก No, I did not find my files

จากนั้นคลิก next

3. กรณีที่เลือกว่าเจอไฟล์ จะปรากฏข้อความบอกให้เราทำการคลิก mouse ขวาที่ไฟล์ที่ต้องการกู้คืนแล้วเลือกคำสั่ง Restore

4. กรณีที่เลือกที่ไม่เจอไฟล์

4.1 จะปรากฏหน้าจอให้เลือก drive ที่ไฟล์ที่ถูกลบทิ้งไปเคยอยู่

4.2 คลิกเลือก Browse: I want to browse the drive and review individual folders and files จากนั้นคลิก next

4.3 โปรแกรมจะทำการหาไฟล์ที่ถูกลบทิ้งไปก่อน

4.4 เมื่อพบไฟล์ที่ต้องการแล้ว ให้คลิกขวาที่ไฟล์นั้น แล้วเลือก recover to.. จะปรากฏหน้าจอให้เลือกว่าจะให้เก็บไฟล์ที่ถูกกู้คืนมาไว้ที่ไหน ซึ่งในกรณีนี้ควรเลือกเก็บไว้คนละตำแหน่งกับที่ไฟล์ที่จะกู้คืนเคยอยู่ จากนั้นคลิกปุ่ม Recover now ก็จะได้ไฟล์กลับคืนมา

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ ถึงแม้จะเรียนรู้ได้เพียงแค่ 4 โปรแกรม เนื่องจากเวลาไม่พอ แต่ก็ทำให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้ประโยชน์จากโปรแกรมต่างๆ ไม่มากก็น้อย ทางคณะกรรมการฯ หวังว่าผู้เข้าร่วมจะได้นำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการทำงานของท่านต่อไป สำหรับตัวโปรแกรมผู้เข้าร่วมสามารถ download ได้ที่ URL ที่แจ้งไว้ หรือเข้ามา download ได้ที่เว็บไซต์ของงานเทคโนโลยีสารสนเทศก็ได้ค่ะ และทางคณะกรรมการฯ จะจัดกิจกรรมต่อเนื่องในโอกาสต่อไป คอยติดตามพวกเรานะคะ





เคล็ดลับรอบรู้คู่คนทำงาน: 7 Wonder Gimmicks ครั้งที่ 2

นายอนุกุล ม่วงโมรี ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 2 ในหัวข้อ **เคล็ดลับรอบรู้คู่คนทำงาน: 7 Wonder Gimmicks** เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 508 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญนายอนุกุล ม่วงโมรี งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร มาเป็นวิทยากรในครั้งนี้ แต่เนื่องจากได้เรียนรู้ไปได้เพียง 4 โปรแกรม จึงได้มีการบรรยายต่อในวันพุธที่ 27 เมษายน 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 216 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในอีก 3 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรม Magnifier

เป็นโปรแกรมที่สามารถขยายมุมมองในหน้าจอ หากเรามีปัญหาในการอ่านตัวหนังสือที่ตัวเล็กมากๆ ก็สามารถใช้โปรแกรมนี้ช่วยได้

เมื่อเปิดโปรแกรมขึ้นมาแล้ว สามารถเริ่มใช้งานได้ทันที โดยการเลื่อนเมาส์ไปในที่ๆ ต้องการขยายและภาพที่ต้องการให้ขยายจะปรากฏขึ้นที่หน้าจอของโปรแกรม Magnifier ซึ่งโดยปกติจะอยู่ที่ส่วนบนของหน้าจอ

Magnifier มีหน้าจอให้ทำการปรับแต่งการใช้งานได้ ซึ่งหน้าต่างนี้จะปรากฏขึ้นมาทันทีเมื่อเปิดโปรแกรม โดยสามารถปรับกำลังขยายได้ที่ Magnification Level โดยระดับที่น้อยที่สุดคือ ระดับ 1 และระดับมากที่สุดคือระดับ 9 และหากต้องการออกจากโปรแกรม ให้คลิกที่ Exit

โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่ติดมากับตัว windows ทุกเวอร์ชันอยู่แล้ว จึงไม่ต้องทำการลงเพิ่มแต่อย่างใด สามารถเปิดโปรแกรมได้โดยไปที่ Start menu> Programs> Accessories> Accessibility> Magnifier

โปรแกรม WordAddinTabs

หลายคนอาจประสบปัญหาเวลาเปิดโปรแกรม Microsoft Word หลายๆ หน้าต่าง แล้วทำให้เกิดความสับสน เพราะจะมีหน้าต่างของโปรแกรม Word อยู่เต็ม Taskbar ไปหมด เราสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ด้วย Add-in ของ Word ที่มีชื่อว่า WordAddinTabs

เมื่อทำการลง Add-in ตัวนี้เสร็จเรียบร้อยแล้ว เมื่อเปิดโปรแกรม Word ขึ้นมา จะปรากฏ Tabs ขึ้นมาทันที โดยจะอยู่ใต้แถบ Ribbons โดย AddinTabs นี้ จะทำงานคล้ายๆ กับ Tabs ของ Internet Explorer โดยจะรวมหน้าต่าง Word หลายๆ หน้าต่าง ไว้ในแถบนี้ ทำให้สะดวกต่อการสลับหน้าต่างการทำงาน และการค้นหาสามารถโหลดโปรแกรมนี้ได้ที่ http://www.office-addin.com/images/download/WordAddinTabs_Setup.exe

โปรแกรมนี้มีข้อยกเว้นอยู่เล็กน้อย คือจะสามารถใช้ร่วมกับ Microsoft Word 2010 ได้เท่านั้น ไม่สามารถใช้ร่วมกับ Microsoft เวอร์ชันที่ต่ำกว่าได้ เช่น Microsoft Word 2003, 2007

โปรแกรม Winrar

ผู้ใช้โปรแกรม Winrar ส่วนใหญ่ อาจจะทราบเพียงแค่ว่า โปรแกรม Winrar ทำได้แค่บีบอัดไฟล์เท่านั้น แต่ Winrar สามารถทำอย่างอื่นได้เช่นกัน นั่นคือการหั่นไฟล์นั่นเอง

ปัญหาหลักๆ ที่เราเคยพบเจอกันนั่นก็คือ เราต้องการส่ง e-mail แต่ขนาดของไฟล์ที่ต้องการจะส่งมีขนาดเกินกว่าที่ webmail กำหนดไว้ เราสามารถทำการหั่นไฟล์เพื่อให้ได้ขนาดที่ต้องการ ดังนี้

1. คลิกขวาที่ไฟล์ หรือโฟลเดอร์ที่ต้องการ แล้วคลิกที่ Add to Archive...
2. ตั้งชื่อไฟล์ที่ Archive name โดยคงคำว่า .rar ไว้
3. พิมพ์ขนาดของไฟล์ที่ต้องการลงไปในช่วง Split to volumes, byte ยกตัวอย่างเช่น หากเราต้องการจะหั่นให้เป็นไฟล์ๆ ละ 15 เมกะไบต์ ให้พิมพ์ตัวเลขไปดังนี้ 15000000 โดยสรุปคือ ต้องการกี่เมกะไบต์ ให้พิมพ์เลขนั้นแล้วตามด้วยเลขศูนย์ 6 ตัว
4. กดที่ปุ่ม OK
5. เมื่อต้องการรวมไฟล์ให้เป็นไฟล์เดียวเหมือนเดิม ทำได้โดยคลิกขวาที่ไฟล์ แล้วไปที่ Extract here หรือหากต้องการเลือกปลายทางที่จะวางไฟล์ ให้ไปที่ Extract files... แล้วเลือกจุดหมายที่ต้องการ

โดยปกติแล้วจะมีโปรแกรมนี้ลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ทุกเครื่องของคณะฯ อยู่แล้ว แต่หากต้องการดาวน์โหลดให้ดาวน์โหลดตัวทดลองใช้งานได้ที่นี้ <http://www.rarlab.com/download.htm>

ท้ายกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 2 ในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้ประโยชน์จากโปรแกรมต่างๆ ไม่น่าก็น้อย สำหรับครั้งต่อไป ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับทราบถึงโปรแกรมน่ารู้อะไรอีก โปรดติดตามนะคะ





SMART with ICT: Excel (version 2010)

อ. ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 3 ในหัวข้อ "SMART with ICT: Excel (version 2010)" ในวันที่ 27 เมษายน 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 216 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญนางสาวขวัญใจ เนียมพิทักษ์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเป็นวิทยากรในครั้งนี้ สำหรับเนื้อหาของ โปรแกรม Microsoft Excel 2010 จะมีอะไรที่น่าสนใจเพิ่มขึ้นจากเดิมบ้าง มาดูกันเลยคะ

โปรแกรม Microsoft Excel 2010

Microsoft Excel เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปทางด้าน spreadsheet ที่ใช้ในการคำนวณที่มีประสิทธิภาพซึ่งสามารถใช้ฟังก์ชันคำนวณต่างๆ การสร้างรายงานในรูปแบบตาราง การสร้างกราฟ รวมทั้งการนำมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ Microsoft Excel 2010 นี้ได้มีการปรับปรุงการทำงานของโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รองรับการทำงานที่ใหญ่ขึ้น รวมทั้งคำนวณได้เร็วมากขึ้นด้วย

ความแตกต่างของ Microsoft Excel 97-2003 กับ Microsoft Excel 2007-2010

	Excel 97-2003	Excel 2007-2010
จำนวนแถว	65,536	มากกว่า 1,000,000
จำนวนสดมภ์	256	16,384
ส่วนติดต่อผู้ใช้	เมนูและปุ่มกด	Ribbon โดยมีปุ่มกดและดรออปดาวน์ลิสต์
การตกแต่งงานกราฟิก	รองรับ	รองรับและมีการเพิ่มอุปกรณ์สำหรับงานกราฟิก

ฟังก์ชันที่น่าสนใจ

1. **Ribbon** เป็นเมนูเครื่องมือที่มีการปรับปรุงเพื่อช่วยให้สามารถเข้าถึงคำสั่งต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น เพราะคำสั่งต่างๆ จะถูกเรียงไว้บน Ribbon พร้อมเรียกใช้ได้ทันที โดยเฉพาะคำสั่งที่มีการเรียกใช้งานบ่อยๆ

การซ่อนคำสั่ง Ribbon สามารถทำได้โดยการดับเบิลคลิกที่แท็บของ Ribbon ก็จะทำให้ Ribbon หดไปเหลือแค่หัวข้อหมวดหมู่เอาไว้เพื่อให้สามารถดับเบิลคลิกเรียกใช้คำสั่งต่างๆ ได้ ส่วนวิธีการเรียกกลับมาก็สามารถทำได้โดยการดับเบิลคลิกอีกครั้งหนึ่ง

การเรียกคำสั่งที่อยู่บน Ribbon ด้วยปุ่ม Alt ผู้ใช้สามารถเรียกใช้เมนูโดยกดปุ่ม Alt แล้วจะมีตัวอักษรขึ้นที่คำสั่งต่างๆ ที่อยู่บน Ribbon ซึ่งคุณสามารถใช้ตัวอักษรเหล่านั้นในการกดเรียกคำสั่งแต่ละตัวได้เลย บางคำสั่งอาจจะต้องกดหลายตัวอักษร เช่น คำสั่งตั้งค่าหน้ากระดาษจะต้องกด Alt + P + SP ซึ่งจะเป็นการเรียกหน้าต่างของการตั้งค่าหน้ากระดาษขึ้นมาอย่างรวดเร็ว เหมาะสำหรับคนที่ชอบการใช้ชอร์ตคัตเพื่อความรวดเร็ว



2. **การตั้งรหัสลับ** เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นสามารถเปิดไฟล์ขึ้นมาอ่านได้ ยกเว้นผู้ที่ทราบรหัสลับเท่านั้นจึงจะเปิดอ่านได้ วิธีการตั้งรหัสลับสามารถทำได้โดยเลือกแถบเมนู File → save as → Tools → General options จากนั้นให้ใส่ password ลงในช่อง Password to open และ Password to modify

3. **การจับภาพหน้าจอ (Screenshot)** ผู้ใช้สามารถใช้ฟังก์ชันนี้ในการจับภาพหน้าจอที่ต้องการมาใส่ลงในไฟล์ที่กำลังทำงานอยู่ โดยเลือกแถบเมนู Insert → Screenshot

4. **Sparklines** เป็นฟังก์ชันการทำงานที่รองรับการแสดง Mini Chart หรือชาร์ตขนาดเล็กๆ บนเซลล์ที่ต้องการในลักษณะของแนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้น Mini Trendline โดยเลือกแถบเมนู Insert → Sparklines

5. **การปรับแต่งรูปภาพ** ผู้ใช้สามารถแทรกภาพลงในไฟล์และปรับแต่งรูปภาพได้ตามที่ต้องการ โดยเลือกแถบเมนู Insert → Picture แล้วเลือกรูปที่ต้องการแทรกเข้ามา จากนั้นจึงใช้คำสั่ง Picture Tools Format ในการปรับแต่งรูปภาพตามที่ต้องการ

6. **Backstage View** เป็นมุมมองที่ผู้ใช้สามารถจัดการไฟล์ข้อมูล เช่น การบันทึก การสร้างไฟล์ใหม่ การพิมพ์ การตั้งค่าในคำสั่ง option ฯลฯ โดยเลือกแถบเมนู File ซึ่งที่มุมมองนี้ คุณสามารถเปิด บันทึก พิมพ์ ใช้ร่วมกัน และจัดการแฟ้มและตั้งค่าตัวเลือกโปรแกรมได้

7. **Slicers** เป็นเครื่องมือในการกรองข้อมูลจากการใช้ PivotTable โดยเมื่อผู้ใช้ในการสร้างตารางงาน ด้วยคำสั่ง Insert → Pivot Table แล้ว ผู้ใช้สามารถใช้คำสั่งบนแถบเมนู PivotTable Tools → option → Insert Slicers แล้วเลือกข้อมูลที่จะใช้เป็นตัวกรองข้อมูล

8. **วิธีปริ้นต์ไฟล์ให้มีหัวตารางปรากฏ** เข้าไปที่ File → Page Layout → Headings → คลิกเลือกที่ช่อง Print จะทำให้เห็นหัวตารางทุกหน้า เพื่อช่วยให้ง่ายต่อการดูตารางมากยิ่งขึ้น

ท้ายกิจกรรมในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยในการใช้งาน โปรแกรม Microsoft Excel 2010 อย่างเต็มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งต่อไป จะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กันในเรื่องอะไร ขอให้ติดตามความเคลื่อนไหวของกลุ่ม COP นี้กันต่อไปนะคะ





SMART with ICT: Word & PowerPoint (version 2010)

อ.ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 4 ในหัวข้อ "SMART with ICT: Word & PowerPoint (version 2010)" วันศุกร์ที่ 27 พฤษภาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 711 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญนายวัชรินทร์ ครอบหาเวช งานเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเป็นวิทยากรในครั้งนี้ และมาติดตามดูว่า โปรแกรม Microsoft Word & PowerPoint 2010 จะมีอะไรน่าสนใจเพิ่มขึ้นจากเดิมบ้าง

I. โปรแกรม Microsoft Word 2010

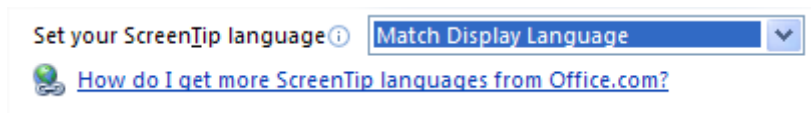
Microsoft Word เป็นโปรแกรม Word Processor สำหรับสร้างเอกสาร รายงาน ทำตารางข้อมูล ฯลฯ โดยมีคำสั่งต่างๆ ให้เลือกใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในการสร้างเอกสาร อีกทั้งยังมีอุปกรณ์ช่วยในการวาดรูป แต่งรูป และการจับภาพหน้าจออีกด้วย

การเปลี่ยน ScreenTip เป็นภาษาไทย

ปกติเวลาที่ผู้ใช้เลื่อนเมาส์ไปวางบนไอคอนคำสั่งต่างๆ ที่อยู่บน Ribbon จะปรากฏ ScreenTip ภาษาอังกฤษขึ้นมา เพื่ออธิบายการทำงานของคำสั่งนั้นๆ ดังนั้นกรณีที่ต้องการเปลี่ยน ScreenTip เป็นภาษาไทย ให้ทำตามขั้นตอนดังนี้

File → Options → เลือกเมนู Language

เลือก How do I get more ScreenTip languages from Office.com?



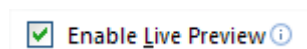
ให้ทำการ Download files และลงโปรแกรมให้เรียบร้อย หลังจากนั้นให้เปิดโปรแกรม Microsoft Word คราวนี้ ScreenTip จะเปลี่ยนเป็นภาษาไทยแล้ว

การใส่รูปภาพ

ผู้ใช้สามารถแทรกรูปภาพที่ต้องการลงในเอกสาร โดยคลิกเลือกเมนู Insert → Picture แล้วคลิกเลือกภาพที่ต้องการ จากนั้นจะปรากฏแถบเมนู Picture Tools ขึ้นมา ผู้ใช้สามารถเลือกใส่รูปแบบต่างๆ ให้กับรูปภาพ ซึ่งขณะที่กำลังเลือกแต่ละรูปแบบอยู่นั้นจะปรากฏภาพ preview ให้เห็น แต่กรณีที่ไม่เห็นภาพ preview ผู้ใช้สามารถกำหนดให้เห็นภาพ preview ได้โดยไปที่คำสั่ง

File → Options → เลือกเมนู General

เลือก Enable Live Preview





การใช้ SmartArt ในการสร้างไดอะแกรมต่างๆ

SmartArt เป็นแผนภูมิการสร้างไดอะแกรมต่างๆ เช่น โครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน วงกลม ความสัมพันธ์ เมตริก หรือ พีระมิด ฯลฯ โดยเลือกเมนู **Insert** คำสั่ง **SmartArt** แล้วเลือกรูปแบบไดอะแกรมที่ต้องการ และผู้ใช้สามารถเปลี่ยนรูปแบบสีของ SmartArt Graphics ได้ โดยคลิกเมนู **Change Colors** แล้วเลือกรูปแบบสีของ SmartArt Graphics ที่ต้องการ

การสร้างหน้าปกหนังสือ

ผู้ใช้สามารถสร้างหน้าปกหนังสือได้โดยเลือกแถบเมนู **Insert** → **Cover Page** จะเป็นการสร้างหน้าปกหนังสือ โดยการเลือกรูปแบบปกหนังสือที่ต้องการ

การค้นหาและแทนที่คำ

ผู้ใช้สามารถค้นหาคำที่ต้องการเปลี่ยน และทำการแทนที่ด้วยคำใหม่ด้วยวิธีการง่ายๆ คือ การใช้คำสั่ง **Replace** โดยเลือกแถบเมนู **Home** คำสั่ง **Replace**

ในช่อง **Find what** ให้พิมพ์ที่ต้องการเปลี่ยน

ในช่อง **Replace with** ให้พิมพ์คำใหม่ที่ต้องการแทนที่

แล้วเลือก **Replace All**

การใช้เมนูตรวจทาน แก้ไข

กรณีที่ผู้ใช้ต้องการแก้ไขข้อความใดในเอกสารและให้ปรากฏสิ่งที่แก้ไขไว้ด้วย สามารถทำได้โดยเลือกแถบเมนู **Review** → **Track Changes** เพื่อเริ่มต้นการใช้งานตรวจทาน แก้ไข เมื่อเลือกคำสั่งนี้แล้ว เวลาที่แก้ไขข้อความใดในเอกสารจะปรากฏข้อความเป็นสีแดงขึ้นมา และผู้ใช้สามารถยอมรับ (Accept) หรือปฏิเสธการแก้ไข (Reject) นี้ได้

II. โปรแกรม Microsoft PowerPoint 2010

Microsoft PowerPoint เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับการนำเสนอผลงานที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถนำเสนอผลงานได้ในหลายลักษณะ เช่น ข้อความ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว รวมทั้งข้อมูลประเภทเสียง และภาพวิดีโอ นอกจากนี้ ยังสามารถเลือกการแสดงผลงานได้หลายลักษณะ เช่น จัดพิมพ์เอกสาร แผ่นใส สไลด์ 35 มิลลิเมตร สามารถนำเสนอผ่านทางจอคอมพิวเตอร์ และนำไปใช้งานบนเว็บเพจได้

การสร้าง Photo Album

กรณีที่ผู้ใช้ต้องการสร้างอัลบั้มรูปภาพด้วย powerpoint ผู้ใช้สามารถใส่รูปภาพเข้าไปในสไลด์ได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยใช้ **Photo Album** โดยให้คลิกเลือกแถบเมนู **Insert** → **Photo Album** แล้วเลือกภาพที่ต้องการ จากนั้นกดปุ่ม **create**

การใส่ Video

ผู้ใช้สามารถใส่ Video ลงในสไลด์นำเสนอ โดยคลิกเลือกเมนู **Insert** → **Video** แล้วคลิกเลือก **Video from File** ให้คลิกเลือกไฟล์ Video ที่ต้องการ จากนั้นคลิกปุ่ม **OK** จะปรากฏ Video บนสไลด์



ผู้ใช้สามารถกำหนดช่วงของ Video ที่ต้องการนำเสนอได้ โดยคลิกที่ Video ที่อยู่บนสไลด์ แล้วเลือกเมนู Playback → Trim Video ให้เลื่อนแถบเครื่องมือที่อยู่ด้านขวา และด้านซ้ายเข้ามาเพื่อกำหนดช่วงของ Video ที่ต้องการนำเสนอ

การใช้ Screenshot

ผู้ใช้สามารถใช้คำสั่ง Screenshot ในการจับภาพหน้าจอ ซึ่งวิธีการจับภาพหน้าจอมี 2 วิธีคือ

1. เปิดหน้าต่างโปรแกรมที่ต้องการ capture ไว้ก่อน จากนั้นไปที่โปรแกรม Microsoft PowerPoint คลิกเลือกเมนู Insert → Screenshot จะปรากฏภาพหน้าต่างโปรแกรมที่ต้องการ capture ที่เราเปิดไว้ ให้คลิกภาพหน้าต่างนั้น ภาพจะถูกแทรกเข้ามาในสไลด์

2. เลือกขอบเขตของรูปภาพเอง ให้คลิกเลือกเมนู Insert → Screenshot แล้วเลือกเมนู Screen Clipping ภาพที่ปรากฏอยู่ตรงหน้าจะกลายเป็นสี่เหลี่ยมจางๆ และเมาส์จะเปลี่ยนเป็นเครื่องหมายบวก ให้ทำการคลิกเมาส์แล้วลากไปบนพื้นที่ที่ต้องการ capture ก็จะได้ภาพนั้นแทรกเข้ามาในสไลด์

ท้ายกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ ถือว่าเป็นการแลกเปลี่ยน และให้คำแนะนำดีๆ แก่หลายๆ ท่าน ได้รู้จักเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยในการใช้งานโปรแกรม Microsoft Word & PowerPoint 2010 อย่างเต็มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ในครั้งต่อไป จะเป็นการพูดคุย แลกเปลี่ยนแชร์ความรู้กันในเรื่องอะไร และเมื่อใด ขอให้ผู้สนใจติดตามความเคลื่อนไหวของกลุ่ม COP นี้กันต่อไป





การสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 5 ในหัวข้อ "การสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)" ในวันที่ 29 มิถุนายน 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญนายวัชรินทร์ ควรวหาเวช งานเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเป็นวิทยากรในครั้งนี สำหรับเนื้อหาของ **โปรแกรม E-Book** จะมีอะไรที่น่าสนใจบ้างมาติดตามกันเลยคะ

➤ การแปลงไฟล์ที่ต้องการให้เป็นไฟล์รูปภาพ

ก่อนเริ่มใช้งานโปรแกรม E-Book จะต้องเตรียมข้อมูลที่ต้องการทำเป็น E-Book ไว้ก่อน ซึ่งข้อมูลที่ต้องการนี้จะต้องเป็นไฟล์รูปภาพ เช่น .JPG .PNG .SWF เนื่องจากโปรแกรมนี้ออกแบบมาให้ใช้งานไฟล์รูปภาพเท่านั้น หากไฟล์ที่ต้องการไม่ใช่ไฟล์รูปภาพ ก็มีวิธีการแปลงไฟล์ที่สำคัญๆ ดังนี้

1. วิธีการแปลงไฟล์ Word เป็นไฟล์รูปภาพ

- เปิดไฟล์ Word ที่ต้องการ จากนั้นให้ใช้คำสั่ง Print แล้วเลือก Adobe PDF
- เมื่อได้ไฟล์ที่เป็น .PDF แล้วให้เปิดไฟล์ดังกล่าวแล้วไปที่คำสั่ง Save As จากนั้นเลือก Save as type เป็น .JPG หรือ .PNG แล้วกด Save ไฟล์ที่ได้ก็จะเป็นไฟล์รูปภาพที่ต้องการแล้ว

2. วิธีการแปลงไฟล์ PowerPoint เป็นไฟล์รูปภาพ

- เปิดไฟล์ PowerPoint ที่ต้องการ จากนั้นให้ใช้คำสั่ง Save As แล้วเลือก Save as type เป็น .JPG หรือ .PNG แล้วกด Save ไฟล์ที่ได้ก็จะเป็นไฟล์รูปภาพที่ต้องการแล้ว

➤ การใช้งานโปรแกรม E-Book

1. เริ่มด้วยการดาวน์โหลดโปรแกรม E-Book และเมื่อเปิดดูจะพบโครงสร้างของโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยไฟล์เดอร์ 5 ไฟล์เดอร์ คือ js, pages, swf, txt และ xml และไฟล์ข้อมูล 1 ไฟล์ คือ Default.html
2. ทำการแก้ไขข้อมูลใน 2 ไฟล์เดอร์เท่านั้น คือ pages และ xml
 - Pages > เป็นไฟล์เดอร์ที่ให้ใส่รูปที่ต้องการทำเป็น E-Book
 - Xml > จะมีไฟล์ชื่อ Pages.xml ให้เปิดไฟล์ดังกล่าวโดยใช้โปรแกรม Notepad เพื่อทำการแก้ไขข้อมูล ดังต่อไปนี้
 - 1) การแก้ไขข้อความ `<page src="pages/ใส่ชื่อรูปภาพที่ตั้งไว้ในไฟล์เดอร์ Pages"/>`
ข้อสังเกต ใน 1 บรรทัด จะใส่ชื่อรูปภาพได้ 1 รูปภาพ หากมีรูปภาพจำนวนมากก็ให้เพิ่มข้อความดังกล่าวเท่ากับจำนวนรูปภาพ และต้องจำไว้ว่าชื่อของรูปภาพในบรรทัดแรกคือ รูปที่จะปรากฏใน E-Book หน้าแรก
 - 2) การแก้ไขความกว้างและความสูงของภาพ ใน `width="ตัวเลข" height="ตัวเลข"` ตามขนาดของภาพที่ใช้ หรือตามความเหมาะสม



3) เมื่อทำการแก้ไข/เพิ่มเติมข้อความต่างๆ เสร็จเรียบร้อยแล้วให้กด Save

3. ทำการเปิดไฟล์ชื่อ Default.html เพื่อเปิดดู E-Book ที่สร้างขึ้น

- สำหรับรายละเอียดวิธีการใช้งานโปรแกรม E-book สามารถดูได้จาก เอกสารประกอบการสร้าง E-book ที่แจกให้ในวันอบรมนะคะ

ท้ายกิจกรรมในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการสร้าง E-Book ที่ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่อไป สำหรับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งต่อไป จะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องใดโปรดติดตามนะคะ





การใช้งานโปรแกรม Mindjet Mind Manager

นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 6 ในหัวข้อ "การใช้งานโปรแกรม Mindjet Mind Manager" ในวันที่ 27 กรกฎาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญอาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย มาเป็นวิทยากรในครั้งนี้ สำหรับเนื้อหาของโปรแกรม Mindjet Mind Manager จะมีอะไรที่น่าสนใจบ้างมาติดตามกันเลยคะ

❖ ขวนคิด ขวนคุย

1. Mind Map คืออะไร?

การถ่ายทอดความคิด หรือข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ในสมอง ลงกระดาษ โดยการใช้ภาพ สี เส้น และการโยงใย แทนการจดบันทึกแบบเดิมที่เป็นบรรทัดๆ เรียงจากบนลงล่าง



2. Mind Map ใช้ทำอะไร?

การเรียนรู้ การประชุม การจดบันทึก การจัดระบบความคิด การฝึกอบรม การระดมความคิด ฯลฯ

❖ วิธีการเรียกใช้โปรแกรม

การเรียกใช้โปรแกรม Mindjet Mind Manager โดยการคลิกที่เมนู Start → Programs → Mindjet Mind Manager จากนั้นให้คลิกที่ไอคอน New Map จะปรากฏแนวคิดหลัก (Central Topic) ขึ้นมา

❖ วิธีการสร้างแผนผัง

1. วิธีการสร้างแนวคิดหลัก ให้พิมพ์ข้อความที่เป็นแนวคิดหลักลงไปตรง Central Topic จากนั้นกด Enter
2. วิธีการสร้างแนวคิดรอง (Main Topic) โดยคลิกที่แนวคิดหลัก แล้วกด Enter จะได้แนวคิดรองเพิ่มขึ้นมา หรือคลิกที่ไอคอน  บนแถบเมนู แล้วเลือก Topic
3. สร้างแนวคิดลำดับที่ 3 (Subtopic) โดยคลิกที่ไอคอน  บนแถบเมนู แล้วเลือก Subtopic จะได้แนวคิดลำดับที่ 3 เพิ่มขึ้นมา

ซึ่ง Topic ทั้ง 3 แบบ สามารถพิมพ์ข้อความ โดยการคลิกที่ Topic ที่ต้องการแล้วพิมพ์ข้อความลงไปได้เลย

❖ วิธีการใช้งานเมนูต่างๆ ที่น่าสนใจ

เมนูการใช้งานต่างๆ จะปรากฏอยู่ขอบหน้าจอด้านขวามือ ซึ่งจะมีลูกเล่นของเมนูต่างๆ ดังนี้

1. Map Marker

การใช้ Map Marker ให้คลิกที่  Map Markers จะปรากฏเมนู ให้เลือกใช้งาน ดังนี้


- 1.1 การกำหนดลำดับความสำคัญของงาน (Task Priorities)
- 1.2 การกำหนดเปอร์เซ็นต์ความก้าวหน้าของการทำงาน (Task Complete %)
- 1.3 การใส่สัญลักษณ์ (Smileys)
- 1.4 การใส่ลูกศร (Arrows)




1.5 การใส่ธง (Flags)

1.6 การใส่ไอคอน (Single Icons)

2. Define Task Information

การใช้ Define Task Information ให้คลิกที่  Task Info จะปรากฏเมนู ซึ่งสามารถกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับงานได้

3. Map Parts

การใช้ Map Parts ให้คลิกที่  Map Parts จะปรากฏเมนู ซึ่งสามารถใช้ Template ที่โปรแกรมให้มาเข้ามาใส่ไว้ใน Map โดยคลิกที่ Map ที่ต้องการ เช่น คลิกที่ Map idea จะปรากฏ Map idea เข้าไปอยู่ในแผนผัง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงข้อมูลได้ตามที่ต้องการ

4. Library

การใช้ Library ให้คลิกที่  Library ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบการนำเสนอแผนผัง เพื่อให้มีความน่าสนใจ ดังนี้











4.1 Map Marker Icon

4.2 Images

4.3 Background Images

4.4 Shapes

❖ ไอคอนอื่นๆ ที่น่าสนใจ

1.  เป็นไอคอนที่ใช้เชื่อมความสัมพันธ์ของ Topic ต่างๆ
2.  เป็นไอคอนที่ใช้เพิ่ม Callout ลงใน Topic ต่างๆ
3.  เป็นไอคอนที่ใช้ใส่ Boundary กลุ่มใน Main Topic, Subtopic, Floating Topic เพื่อให้เห็นขอบเขตที่ต้องการอย่างชัดเจน
4.  เป็นไอคอนที่ใช้ใส่ Notes
5.  เป็นไอคอนที่ใช้ใส่รูปภาพ
6.  เป็นไอคอนที่ใช้แนบไฟล์นามสกุลต่างๆ
7.  เป็นไอคอนที่ใช้ลิ้งค์กับไฟล์หรือเว็บไซต์
8.  เป็นไอคอนที่ใช้เพิ่ม comments
9.  เป็นไอคอนที่ใช้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของแผนผัง
10.  เป็นไอคอนที่ใช้สำหรับการแปลงแผนผังที่สร้าง ให้ออกมาในรูปแบบของไฟล์ลักษณะต่างๆ ได้แก่ PDF, Web pages, Excel, Outlook, PowerPoint, Word

สำหรับรายละเอียดวิธีการใช้งานโปรแกรม Mindjet Mind Manager สามารถดูได้จาก เอกสารประกอบ การใช้งานโปรแกรม Mindjet Mind Manager ที่แจกให้ในวันอบรมนะคะ

ท้ายกิจกรรมในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการสร้าง Mind Map ที่ง่าย และสามารถนำไป ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและหน่วยงานต่อไป สำหรับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งต่อไป จะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องใดโปรดติดตามนะคะ



กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ NSKM



AAR จากกิจกรรม “ถอดบทเรียน”

อ.ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม คณะกรรมการฯ โดยใช้ชื่อกลุ่มว่า NSKM เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นเรื่องเนื้อหาสาระสำคัญ กลวิธีการถอดบทเรียน ซึ่งได้จากการฟังการบรรยายของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธกุล ในหัวข้อ “ถอดบทเรียน : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ” เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2554 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้อง 508 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ นับเป็นการทำ AAR ครั้งแรก ภายหลังจากที่ได้มีการอบรมถอดบทเรียน

ชวนคุย ชวนคิด

สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ อาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้นำข้อคำถามเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อยู่ภายใต้กรอบคำถาม 4 คำถาม คือ

1. คาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น
2. อะไรเกิดขึ้นจริง
3. ทำไมจึงเกิดความแตกต่างจากสิ่งที่คาดหมาย
4. ได้เรียนรู้อะไร จะทำอะไรต่อไปในอนาคต จะดำรงจุดแข็งและปรับจุดอ่อนอย่างไร

ก่อนเริ่มกระบวนการ AAR อาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้แจ้งให้ทราบว่ามีคำถามที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการอบรมถอดบทเรียน โดยได้ตอบคำถามดังกล่าวไว้บน Blog ของเว็บไซต์การจัดการความรู้แล้ว โดยมีสาระของคำถาม/คำตอบ ดังนี้

1. ถ้ามีผู้ร่วมโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้วเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจำนวนคนที่ร่วมกันถอดบทเรียนภายหลังสิ้นสุดโครงการหรือกิจกรรมควรมีจำนวนไม่เกินกี่คน

ตอบ จำนวนที่เหมาะสมคือ ไม่ควรเกิน 15 คนจำนวนคนที่ร่วมกลุ่มการถอดบทเรียนไม่ควรใหญ่เกินไป และควรเป็นเลขคู่ เพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจได้โดยคนที่ต้องเข้าร่วมควรประกอบด้วย คุณอำนวย คุณกิจ คุณลิขิต คุณเอื้อ ซึ่งก็คือหัวหน้าโครงการลงมาจนถึงผู้ร่วมโครงการเราสามารถเลือกตัวแทนเข้ามาร่วมได้

2. การถอดบทเรียน ควรทำเมื่อไร และแตกต่างจาก KM อย่างไร

ตอบ การถอดบทเรียนสามารถทำได้ 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 ก่อนเริ่มโครงการ เรียกว่า เพื่อนช่วยเพื่อน
2. ระยะที่ 2 ระหว่างทำ เรียกว่า After Action Review
3. ระยะที่ 3 หลังเสร็จโครงการ เรียกว่า Retrospect

การถอดบทเรียนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการจัดการความรู้โดยเป็นกระบวนการสกัดความรู้จากประสบการณ์ที่อยู่ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) หรือความรู้ขององค์กรออกมาเป็นบทเรียนที่สามารถนำไปสรุปและสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้/นวัตกรรม/Best Practice/อื่นๆ ที่สามารถไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้



3. การสรุปประเมินผลกิจกรรมแต่ละครั้งหรือการประชุมแต่ละครั้ง ถ้าไม่มีการสรุปบทเรียนให้ได้องค์ความรู้ใหม่ จะเป็นการถอดบทเรียนหรือไม่และการสรุปย่อจากการบรรยายจากวิทยากรเป็นการถอดบทเรียนหรือไม่

ตอบ การสรุปประเมินผลกิจกรรม/การประชุมแต่ละครั้งและการสรุปย่อจากการบรรยายจากวิทยากร ไม่ใช่การถอดบทเรียนแต่เป็นการสรุปโครงการ การถอดบทเรียนจะต้องเอาคนที่ทำงานมาเรียนรู้ร่วมกันว่าเราได้เรียนรู้อะไรจะทำให้เรารู้ว่า "เรามีจุดแข็งอะไรและอยู่ที่ไหน" เพื่อที่จะเอาสิ่งนั้นมาเป็นตัวขับเคลื่อนการทำงานของเรต่อไป

จากการที่มีผู้ตั้งคำถามทิ้งท้ายไว้ในการอบรมนี้ ทำให้เห็นได้ว่า ผู้ที่เข้าร่วมการอบรมมีความสนใจ นับว่าเป็นสัญญาณที่ดีประการหนึ่ง แต่สิ่งที่อยากฝากบอกต่อก็คือกระบวนการถอดบทเรียนที่จะเกิดสัมฤทธิ์ผล จะต้องสร้างให้เกิดบรรยากาศของการแบ่งปัน และเป็นการแบ่งปันที่สะท้อนตัวเราเองหรือโครงการให้มากที่สุด และสิ่งที่สำคัญซึ่งเป็นหัวใจของการถอดบทเรียนก็คือ "สิ่งที่เรารู้มันต้องบอกต่อ"

AAR: ลองคิด ลองลงมือทำ

ภายหลังจากที่อาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้แจ้งเรื่องคำถาม/คำตอบที่เกิดขึ้นภายหลังการอบรมถอดบทเรียนเรียบร้อยแล้ว อาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัยจึงได้เริ่มต้นกระบวนการ AAR ภายใต้อารมณ์คำถาม 4 คำถาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

คาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น

1. **ผู้เข้ารับการอบรม:** เนื่องจากมีผู้ส่งรายชื่อเข้ารับการอบรมจำนวนไม่มากนัก คณะกรรมการฯ จึงคาดว่าน่าจะมีผู้เข้าร่วมน้อย ดังนั้น การเตรียมเอกสาร อุปกรณ์สำหรับการทำ Workshop และอาหารว่างจึงเตรียมไว้เท่ากับจำนวนที่มีผู้ส่งรายชื่อเข้ามา

2. **วิทยากร:** การอบรมในครั้งนี้จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีวิทยาการถอดบทเรียน และสามารถนำสู่การปฏิบัติได้

อะไรเกิดขึ้นจริง

1. กระบวนการดำเนินงาน:

การจัดห้องประชุม: ต้องมีการเตรียมห้องประชุมสำหรับทำ Workshop/Flip Chart / การเตรียมเอกสารประกอบการอบรม รวมทั้งการลงทะเบียน ดำเนินการโดยผู้ช่วยเลขานุการคนเดียว ทำให้การเตรียมการจัดอบรมยังไม่พร้อม

2. การประเมินผล

การทำ BAR: การส่งแบบประเมิน BAR ใช้วิธีการส่งทาง E-mail ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินก่อนเข้ารับการอบรมค่อนข้างน้อย

การทำ AAR: การส่งแบบประเมิน AAR ใช้วิธีการตอบลงบนกระดาษ ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินหลังเข้ารับการอบรมน้อยเช่นกัน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 70 คน แต่ตอบแบบประเมินเพียง 18 คนคิดเป็นร้อยละ 25.71



3. ปัญหาที่พบในการจัดอบรม

การจัดประชุม: ช่วงเช้าของวันที่จัดอบรมถอดบทเรียน มีการจัดอบรม Endnote ซึ่งเลิกอบรมเวลา 12.50 น. ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมที่อบรมในช่วงเช้าและต้องเข้าอบรมช่วงบ่ายด้วย เข้ารับการอบรมช้า วิทยากรต้องเสียเวลารอนานกว่าจะเริ่มบรรยายได้

ผู้เข้ารับการอบรม: มีผู้ไม่ได้แจ้งรายชื่อล่วงหน้ามาเข้าร่วมอบรมด้วยเป็นจำนวนมาก ทำให้เอกสารประกอบการอบรมและอาหารว่างที่จัดเตรียมไว้ไม่เพียงพอ ต้องจัดหาเพิ่ม ทำให้กระบวนการทำงานคลุกคลีบ้าง ผู้ที่ลงทะเบียนล่วงหน้า บางคนก็ไม่ได้เข้ารับการอบรมและผู้เข้ารับการอบรมไม่อยู่ตลอด กระบวนการอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการทำ Workshop มีทำให้ผู้เข้าร่วมน้อย

วิทยากร: การบรรยายของวิทยากรทำให้มองเห็นวิธีวิทยากรถอดบทเรียน แต่ในกระบวนการของการทำ Workshop วิทยากรเน้นเฉพาะเรื่องของการถอดบทเรียนของกระบวนการมากกว่าการถอดบทเรียนแบบ output ทำให้ผู้เข้าร่วมหลายท่านยังมองไม่เห็นภาพว่าจะนำไปใช้ในการถอดบทเรียนงานที่ทำได้อย่างไร

ทำไมจึงเกิดความแตกต่างจากสิ่งที่คาดหวัง

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผู้เข้ารับการอบรม คาดว่าเกิดจากการประสานงานที่ไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากมีหลายภาควิชา ที่ไม่ได้แจ้งรายชื่อผู้ที่จะเข้ารับการอบรม ให้ทราบล่วงหน้า

2. ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบรรยายของวิทยากร คาดว่าเกิดจากระยะเวลาของการอบรมน้อยเกินไป ซึ่งโดยปกติ วิทยากรได้แจ้งไว้เบื้องต้นแล้วว่า การอบรมถอดบทเรียนจะใช้เวลาทั้งหมด 2 วัน แต่ในครั้งนี้อัดให้เพียง 3 ชม. ทำให้วิทยากรต้องสรุปเฉพาะประเด็นที่สำคัญๆ และเลือกกระบวนการของการทำ Workshop ที่ทำได้ง่ายและสะดวกที่สุด

ได้เรียนรู้อะไร จะทำอะไรต่อไปในอนาคต จะดำรงจุดแข็งและปรับจุดอ่อนอย่างไร

จากที่ได้มีการทำ AAR ในครั้งนี้ ทำให้คิดว่าน่าจะมีการประชุมในกลุ่มคณะกรรมการฯ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการถอดบทเรียน โดยจะมาช่วยกันในการค้นหาวิธีการถอดบทเรียนที่เหมาะสมกับบริบทของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยวางแผนการประชุมร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง

ทิ้งท้ายให้คิด-ให้ทำ

สำหรับช่วงท้ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ นางสาวศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร ได้ฝากเอกสารเรื่อง การถอดบทเรียน โครงการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับข้าราชการที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ลองดูเป็นตัวอย่าง และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการพบกันครั้งต่อไป



การถอดบทเรียน

นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้จะเป็นการพูดคุยกันในหัวข้อ “ถอดบทเรียน”

โดยหัวข้อที่พูดคุยกันในวันนี้ ถือเป็น การต่อยอดความรู้ที่ได้จากการอบรมถอดบทเรียนเข้ากับการประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน โดยกลุ่มได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและได้ข้อสรุปว่า กลุ่มจะมีการถอดบทเรียนโครงการ โดยจะถอดบทเรียน (Retrospect) ภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554 ซึ่งเป็นการสรุปบทเรียนที่ได้ภายหลังจากดำเนินโครงการฯ เพื่อใช้เป็นบทเรียนของการดำเนินงานโครงการฯ ในปีต่อไปให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

หัวข้อที่จะถอดบทเรียนโครงการฯ มีดังนี้

1. วิธีการดำเนินโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554
 - 1.1 กระบวนการ
 - 1.2 ปัญหา
 - 1.3 แนวทางแก้ไข
2. การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มศูนย์ความเป็นเลิศของแต่ละภาควิชา (COE) กลุ่มถ่ายทอดความรู้จากผู้เกษียณอายุราชการ และกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (COP)
 - 2.1 กระบวนการ
 - 2.2 ปัญหา
 - 2.3 แนวทางแก้ไข
3. วิธีการเลือกบุคลากรเข้ามาเป็นคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้
 - 3.1 กระบวนการ
 - 3.2 ปัญหา
 - 3.3 แนวทางแก้ไข
4. วิธีการจูงใจกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมโครงการ
 - 4.1 กระบวนการ
 - 4.2 ปัญหา
 - 4.3 แนวทางแก้ไข
5. กิจกรรมที่ทำแล้วกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง
 - 5.1 กระบวนการ
 - 5.2 ปัญหา
 - 5.3 แนวทางแก้ไข



6. กิจกรรมที่ทำแล้วกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้ง

6.1 ปัญหา

7. ปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนให้โครงการสำเร็จ

8. ปัจจัยที่ขัดขวางให้โครงการล้มเหลว

ข้อสังเกต

- การถอดบทเรียนนี้ ขอให้ถอดบทเรียนในทุกกิจกรรมย่อยก่อน แล้วจึงนำมาถอดบทเรียนร่วมกันในกลุ่มใหญ่

- กลุ่มที่มีทั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมในฐานะผู้ถ่ายทอดความรู้และผู้เข้าร่วมกิจกรรมในฐานะผู้เข้าร่วมรับฟังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ถอดบทเรียนแยกเป็น 2 กลุ่ม

- สำหรับโครงการการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของภาควิชาฯ นั้น ขอให้ถอดบทเรียนเป็นองค์ความรู้ออกมา แต่สำหรับการถอดบทเรียนโครงการ (Retrospect) นั้น จะถอดบทเรียนหรือไม่ก็ได้

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งต่อไป จะเป็นการพูดคุยกันในหัวข้อ “ระบบพี่เลี้ยงของมหาวิทยาลัย” โดยจะได้เชิญนางสาวสุกัญญา กิจจาสุนทร มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นการนำกิจกรรมมาบูรณาการเข้ากับการจัดการความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ต่อไป ซึ่งหัวข้อดังกล่าวมีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก หวังว่าสมาชิกทุกท่านจะสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้นะคะ



ระบบพี่เลี้ยงของมหาวิทยาลัย

นางสาวสุกัญญา กิจจาสุนทร ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 506 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการพูดคุยกันในหัวข้อ “ระบบพี่เลี้ยงของมหาวิทยาลัย” โดยมีนางสาวสุกัญญา กิจจาสุนทร ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งถือเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากการอบรมโครงการระบบพี่เลี้ยงมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรายละเอียดที่น่าสนใจดังนี้

ทำไมต้องมีระบบพี่เลี้ยง ?

ปัจจุบันอัตราการลาออกของพนักงานใหม่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อองค์กร เพราะทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณและเวลาในการสรรหาพนักงานใหม่ การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง และทำให้ภาพลักษณ์ขององค์กรในสายตาของหน่วยงานภายนอก ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยระบบพี่เลี้ยง เนื่องจากระบบพี่เลี้ยงจะทำให้พนักงานใหม่สามารถปรับตัวเข้ากับหน่วยงานเพื่อร่วมงานและวัฒนธรรมองค์กรได้ เพราะระบบพี่เลี้ยงจะช่วยส่งเสริม แนะนำ สนับสนุน ให้คำปรึกษา และสามารถพัฒนาพนักงานให้มีศักยภาพมากขึ้น ทำให้พนักงานมีความประทับใจและมีความสุขในการทำงาน ส่งผลให้พนักงานมีความตั้งใจในการทำงานและพร้อมที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของระบบพี่เลี้ยง คืออะไร ?

1. เพื่อให้พี่เลี้ยงได้เพิ่มพูนความรู้และศักยภาพของตนเอง
2. เพื่อให้พี่เลี้ยงทราบถึงความสำคัญ และเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพี่เลี้ยงที่ดี และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานอย่างได้ผลและเป็นระบบ
3. เพื่อให้พี่เลี้ยงถ่ายทอดความรู้/ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ไปยังเพื่อนร่วมงานอื่นๆ ได้

ระบบพี่เลี้ยง เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการพัฒนาพนักงาน

พี่เลี้ยง คือพนักงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีคุณค่าต่อองค์กร และมีความสามารถเป็นที่ยอมรับให้ทำหน้าที่ดูแลให้ความอบอุ่น ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และสอนการใช้ชีวิตในองค์กรอย่างมีความสุข

ทัศนคติของพี่เลี้ยง พี่เลี้ยงจะมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร และจะต้องดูแลน้องให้เกิดความรู้สึกรับรู้ เชื่อถือ ศรัทธา และไว้วางใจ ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ “สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง”

พี่เลี้ยงมืออาชีพต้องมี Competency อย่างไร ?

1. ต้องมีความรู้ โดย “รู้ให้ลึกและรู้ให้จริง”
2. ต้องมีทักษะในเรื่องนั้นๆ จนเกิดความชำนาญ
3. จะต้องมีความประพฤติที่ดี ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่ดี



ทำไมจึงเปรียบเทียบ Competency ของพี่เลี้ยง เหมือนกับภูเขาน้ำแข็ง ?

- สิ่งที่มองเห็น (เปรียบเหมือนสิ่งที่พื้นผิวทะเล) คือ ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) ต้องมี 10%
- สิ่งที่มองไม่เห็น ก็คือสิ่งที่อยู่ในใจ (เปรียบเหมือนสิ่งที่อยู่ใต้น้ำแข็ง) คือ ทศนคติและแรงจูงใจ จะแสดงออกมาทางพฤติกรรม ซึ่งต้องมี 90%

การยกตัวอย่างภูเขาน้ำแข็ง เพื่อให้พี่เลี้ยงได้ปลูกฝังทัศนคติที่ดีขององค์กรให้กับน้องใหม่ก่อน แล้วจึงค่อยสอนน้องใหม่ให้มีความรู้และทักษะในการทำงาน

การสร้างพี่เลี้ยงที่ดีตาม Competency โดยการประยุกต์เข้ากับกิจกรรม

➤ 1. พี่เลี้ยงจะต้องมี Competency ในด้านค่านิยมองค์กร (Core Value)

- เมื่อองค์กรมีพนักงานใหม่เข้ามา ความรู้สึกของพนักงานใหม่ คือ

1. ขาดความอบอุ่นใจ
2. รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ
3. ไม่ได้รับการต้อนรับที่ดี
4. ไม่รู้จักขนบธรรมเนียม และวัฒนธรรมองค์กร
5. ขาดผู้สอนงาน
6. ทัศนคติแง่ลบ

การประยุกต์เข้ากับกิจกรรม “การเล่นไพ่”

วิธีการเล่น : โดยการแบ่งกลุ่มให้เล่นไพ่ ซึ่งแต่ละกลุ่มก็จะมีกฎ กติกาที่แตกต่างกัน แล้วจากนั้นให้ทำการสลับคนหนึ่งในกลุ่มไปอยู่กลุ่มอื่น แล้วให้เล่นไพ่โดยห้ามไม่ให้พูดคุยกัน

กิจกรรมการเล่นไพ่ แสดงถึงความสำคัญของพี่เลี้ยง เมื่อองค์กรมีน้องใหม่เข้ามาในองค์กรก็จะยังไม่ทราบกฎ กติกาขององค์กร บทบาทของพี่เลี้ยงก็คือ จะต้องให้ข้อมูล กฎ กติกา โดยต้องคุยกันก่อนที่จะปฏิบัติต่อกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปรับให้น้องใหม่เข้ากับองค์กรได้

➤ 2. พี่เลี้ยงจะต้องมี Competency ในด้านทักษะการสื่อสาร

- เป้าหมายสำคัญของการสื่อสาร ผู้พูดและผู้ฟังเข้าใจตรงกัน ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

- การสื่อสารที่สมบูรณ์ ต้องจับประเด็นถูกต้องว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เมื่อใด ทำไม

- เทคนิคการพูดที่ดี

1. อธิบาย ยกตัวอย่างให้ชัดเจน
2. สังเกตปฏิกิริยาของผู้ฟัง
3. ทวนความเข้าใจโดยใช้ภาษาเดียวกัน
4. ไม่ใช่อารมณ์



- เทคนิคการฟังให้เข้าใจ

1. ฟังด้วยหู (สนใจ ตั้งใจ ใส่ใจฟัง จับใจความประเด็นหลัก)
2. ฟังด้วยตัว (ภาษากาย โดยการแสดงให้คู่สนทนาเห็นว่าเราฟัง เช่น การพยักหน้า)
3. ฟังด้วยตา (ประสานสายตากับผู้พูด)
4. ฟังด้วยปาก (ถามเพื่อทวนความเข้าใจ หรือสรุปประเด็นหลัก เพื่อให้ผู้พูดทราบว่าเราเข้าใจถูกต้องหรือไม่)
5. ฟังด้วยใจ (ไม่อคติ)

การประยุกต์เข้ากับกิจกรรม “การเล่าเรื่องตามที่พี่เลี้ยงถ่ายทอด”

กิจกรรมการเล่าเรื่องตามที่พี่เลี้ยงถ่ายทอด ต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายของเราด้วยว่าเป็นกลุ่มใดบ้าง และสื่อให้แต่ละกลุ่มเข้าใจ โดยสร้างแรงจูงใจให้น้องเข้ามามีส่วนร่วม

➤ 3. พี่เลี้ยงจะต้องมี Competency ในด้านทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำ

- คุณสมบัติที่พี่เลี้ยงกับการเป็นที่ปรึกษา คือเป็น “โค้ช” ที่ดี และได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากน้องใหม่ ดังนี้

1. ให้เกียรติ พุดจาให้เกียรติน้อง
2. รับฟังความคิดเห็น มีความเห็นอกเห็นใจ เช่น ถ้าน้องทำผิดก็ฟังความคิดเห็นเค้าก่อนว่าทำไมต้องทำอย่างนี้
3. บอกให้รู้ข้อมูล ช่างสาร
4. เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม
5. ให้การส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจ

การประยุกต์เข้ากับกิจกรรม “การสร้างสถานการณ์เกี่ยวกับน้องที่มีปัญหาต่างๆ เช่น เข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ได้ และพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา แนะนำ”

กิจกรรมการให้คำปรึกษา แนะนำ พี่เลี้ยงจะต้องมีทัศนคติที่ดี โดยหาความจริงของปัญหาของน้อง แล้วมาคุยกัน พร้อมกับหาวิธีการแก้ไขปัญหา โดยจะต้องให้น้องมารวมหาทางแก้ไขปัญหาด้วย ไม่ใช่พี่เลี้ยงแก้ไขปัญหให้น้องทุกอย่าง และต้องคอยให้กำลังใจและส่งเสริม รวมถึงติดตามผลการให้คำปรึกษา แนะนำของเราด้วยว่าได้ผลหรือไม่ เพื่อจะได้พัฒนาวิธีการให้คำปรึกษา แนะนำใหม่ๆ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นที่ยอมรับมากที่สุด

➤ 4. พี่เลี้ยงจะต้องมี Competency ในด้านทักษะการสอนงานที่มีประสิทธิภาพ

การสอนงาน ไม่ได้หมายถึง สาระของการสอนหรือ บอกถึงวิธีการทำงานเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการช่วยเหลือการให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ และให้โอกาส เพื่อให้ผู้รับการสอนประสบความสำเร็จ

ทักษะการสอนงานที่มีประสิทธิภาพ คือ การจัดทำคู่มือ ในการเขียนคู่มือจะต้องมีเทคนิค และข้อควรระวัง ซึ่งจะได้จากองค์ความรู้ และประสบการณ์ของรุ่นพี่ที่สั่งสมมา การเขียนคู่มือที่ดีจะต้องให้คนที่ไม่รู้เรื่องอ่านและนำไปปฏิบัติได้



การประยุกต์เข้ากับกิจกรรม “การทอดไข่ดาว”

วิธีการเล่น : โดยให้ผู้รู้เกี่ยวกับการทอดไข่ดาวเป็นผู้เขียนขั้นตอนการทอดไข่ดาวอย่างละเอียด โดยเปรียบเทียบเหมือนพี่เลี้ยง และให้คนที่ทอดไข่ดาว เปรียบเสมือนน้องใหม่ที่อ่านคู่มือการเขียนและปฏิบัติตามขั้นตอนทุกอย่าง โดยห้ามไม่ให้พูดคุยกัน

กิจกรรมการทอดไข่ดาว พี่เลี้ยงจะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานเป็นอย่างดี เพื่อที่จะถ่ายทอดให้น้องได้ และต้องรู้วิธีแก้ไขปัญหา รู้เทคนิค และข้อควรระวัง ซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์ที่พี่เลี้ยงเคยประสบมา จนเกิดเป็นการสั่งสมประสบการณ์

องค์ความรู้ในการสอนงานที่ดี มี 4 ขั้นตอน คือ

1. อธิบาย (การทำงานแต่ละขั้นตอน และข้อควรระวัง ซึ่งพี่เลี้ยงจะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี)
2. I do (พี่เลี้ยงทำให้น้องดูก่อน น้องยังไม่ต้องทำ)
3. We do (พี่เลี้ยงและน้องทำไปพร้อมๆ กัน ในระหว่างที่ทำด้วยกัน ต้องให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ถ้าน้องทำได้อีกให้ชมเชย)
4. You do (ให้น้องทำให้ดู และถ้าน้องทำได้ก็ต้องชมเชย และให้กำลังใจน้องเมื่อน้องทำไม่ได้ หากน้องทำได้แล้ว พี่เลี้ยงก็ต้องตามไปดู)

การประยุกต์เข้ากับกิจกรรม “การพับสิ่งโต”

วิธีการเล่น : โดยให้หัวหน้ากลุ่มเปรียบเทียบเหมือนพี่เลี้ยง อธิบายวิธีทำ และก็ทำให้ดูจากนั้นจึงให้ทำไปพร้อมๆ กัน แล้วสุดท้ายก็ปล่อยให้ทำกันเอง และพี่เลี้ยงคอยดู

กิจกรรมการพับสิ่งโต แสดงให้เห็นว่าการที่พี่เลี้ยงจะทำงานชิ้นหนึ่ง จะต้องรู้จริง และต้องอธิบายได้ชัดเจน และปฏิบัติให้เห็นจริง น้องถึงจะมีความศรัทธา แต่ถ้าเราไม่เคยทำงานชิ้นนั้นเลย คนที่เราสอนก็จะไม่ศรัทธา และจะต้องให้น้องลองปฏิบัติจริงด้วย

➤ 5. พี่เลี้ยงจะต้องมี Competency ในด้านทักษะการทำงานเป็นทีม และสร้างแรงจูงใจ

- **การทำงานเป็นทีม** จะต้องมีความเชื่อใจกัน มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกัน มีความเห็นร่วมกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

- **ทีมจะทำงาน Work หรือไม่** ขึ้นอยู่กับความเต็มใจที่จะทำงาน การให้โอกาสกับทุกคนในทีม การยอมรับซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน

การประยุกต์เข้ากับกิจกรรม “การสร้างหอคอยให้สูงที่สุด”

วิธีการเล่น : โดยให้แต่ละกลุ่มทำอย่างไรก็ได้ให้หอคอยของกลุ่มสูงที่สุด



กิจกรรมการสร้างหอคอยให้สูงที่สุด แสดงให้เห็นถึงการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะต้องมีการวางแผนที่ชัดเจน มีเป้าหมายเดียวกัน มีความสามัคคี มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และร่วมกันแก้ไขปัญหา งานนั้นถึงจะสำเร็จได้

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นความสำคัญของพี่เลี้ยงที่มีต่อองค์กรว่ามีความสำคัญเพียงใด และอาจเป็นประเด็นเล็กๆ ที่จุดประกายความคิดของผู้เข้าร่วมให้อยากเป็นพี่เลี้ยงในองค์กร เพื่อที่จะได้ “สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง” ก็เป็นได้ค่ะ สำหรับกิจกรรมในครั้งต่อไป จะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่น่าสนใจในเรื่องใดอีก โปรดติดตามและเข้าร่วมกิจกรรมนะคะ





AAR จากกิจกรรม “การพัฒนากลุ่มพี่เลี้ยง”

นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2554 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 711 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการประเมินผลกิจกรรม (AAR) การพัฒนาพี่เลี้ยง ซึ่งจัดร่วมกับงานทรัพยากรบุคคล เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2554 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้อยู่ภายใต้กรอบคำถาม ดังต่อไปนี้

➤ คาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น ?

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม :

1. มีตัวแทนจากทุกหน่วยงาน และสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน (HAPPY WORKPLACE) เข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้ที่ผ่านกิจกรรมนี้สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงได้

องค์กร/หน่วยงาน :

1. องค์กร/หน่วยงานมีความสุขขึ้น และรู้สึกดีกับระบบพี่เลี้ยง
2. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและส่งเสริมระบบพี่เลี้ยงให้สามารถขับเคลื่อนไปได้

วิทยากร :

1. กิจกรรมในครั้งนี้จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับคุณลักษณะของพี่เลี้ยงที่ดี และทักษะที่พี่เลี้ยงที่ดีควรมี

➤ อะไรเกิดขึ้นจริง ?

กระบวนการดำเนินงาน :

1. การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีความพร้อมในการเตรียมงาน โดยมีการประชุมเตรียมงานล่วงหน้า
2. การจัดห้องประชุมเป็นลักษณะของการนั่งเป็นกลุ่ม ซึ่งทำให้บรรยากาศดูสบายๆ ไม่เป็นทางการ
3. รูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นลักษณะของการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีความน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ สักเกตได้จากผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี



การประเมินผล :

1. การทำแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (BAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการส่งแบบประเมินทาง E-mail ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 3 คน
2. การทำแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม (AAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการแจกแบบประเมินภายในห้องที่ทำกิจกรรม ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินจำนวนมาก โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวน 15 คน และมีผู้ที่ตอบแบบประเมินจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80
3. จากผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 41.7 ตามลำดับ

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม :

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมและหัวหน้างานบางท่านไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบพีแอล
2. กลุ่มเป้าหมายไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนน้อย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมในครั้งนี้มีจำนวน 30 คน แต่ผู้เข้าร่วมจริงมีจำนวน 15 คน

➤ ทำไมจึงเกิดความแตกต่างจากสิ่งที่คาดหวัง ?

1. กลุ่มเป้าหมายมีภาระงานเยอะ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมและหัวหน้างานไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบพีแอล เนื่องจากยังไม่มีมีการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบพีแอลก่อนล่วงหน้า
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมและหัวหน้างานยังไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของระบบพีแอล เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่

➤ ได้เรียนรู้อะไร ? และจะทำอะไรต่อไปในอนาคต จึงจะดำรงจุดแข็งและปรับจุดอ่อนได้

1. มีการจัดกิจกรรมในลักษณะที่เน้นการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เนื่องจากสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เข้าร่วมงานได้มาก อีกทั้งยังสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้อย่างอิสระและสนุกสนาน
2. มีการจัดกิจกรรมโดยแยกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อายุงานต่ำกว่า 3 หรือ 5 ปี และกลุ่มที่อายุงาน 5 ปี ขึ้นไป เพื่อให้เห็นลักษณะที่ควรจะเป็นของพีแอลและน้องเลี้ยงตามความต้องการอย่างแท้จริง
3. มีการดึงดูดความสนใจของกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การให้รางวัลหรือภาระงานแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น
4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมควรเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร
5. ควรจัดกิจกรรมในลักษณะนี้ในกลุ่มของสายวิชาการด้วย
6. ต้องชี้แจงทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับระบบพีแอลก่อนล่วงหน้า เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบพีแอล เห็นความสำคัญและประโยชน์ของระบบพีแอล



7. องค์กรต้องเอื้อและสนับสนุนให้เกิดระบบพี่เลี้ยงอย่างจริงจัง
8. มีการดำเนินการระบบพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งผู้ผ่านกิจกรรมนี้ ไปเข้าร่วมกิจกรรมระบบพี่เลี้ยงของมหาวิทยาลัยต่อไป และขยายความเข้าใจเกี่ยวกับระบบพี่เลี้ยงไปยังบุคลากรอื่นๆ ต่อไป

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับผลจากกิจกรรมการพัฒนาพี่เลี้ยง เพื่อให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาต่อไป



AAR จากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 4

“เชื่อมพลังเครือข่าย ขยาย...คุณค่างานประจำ”

นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 5 เมื่อวันศุกร์ที่ 29 กรกฎาคม 2554 เวลา 11.00-13.00 น. ณ ห้อง 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (AAR) ภายหลังจากที่มีตัวแทนของคณะพยาบาลศาสตร์ กลุ่มหนึ่งได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมวิชาการ ในหัวข้อ “กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 4 เชื่อมพลังเครือข่าย ขยาย...คุณค่างานประจำ” ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 20-22 กรกฎาคม 2554 ณ อิมแพ็คอารีน่า เมืองทองธานี ทางคณะกรรมการฯ จึงได้เชิญบุคลากรกลุ่มนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันภายใต้ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

➤ คาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น ?

1. คิดว่าเป็นงานที่ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับงานประจำที่ทำอยู่ จึงคาดหวังไว้เพียงการศึกษาตัวอย่างจากผู้ที่ทำ R2R ประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาประยุกต์ใช้กับการทำงานของเรา
2. ได้รับทราบหลักการของ R2R การทบทวนวรรณกรรม ขั้นตอนการทำวิจัย การคิดหัวข้อวิจัย และวิธีการมองงานของเราออกมาเป็นงานวิจัย
3. ได้เห็นว่าคนอื่นเขาทำ R2R กันอย่างไร และได้รับประโยชน์จากการนำเสนอผลงาน R2R ของผู้ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งก็เป็นไปตามความคาดหมาย
4. ได้วิธีการทำ R2R ให้เกิดขึ้นในคณะพยาบาลศาสตร์ แต่อาจต้องนำมาประยุกต์ใช้

➤ อะไรเกิดขึ้นจริง ?

จากการเข้ากิจกรรมกลุ่มย่อย ทำให้ได้แนวคิดที่สำคัญ ดังนี้

1. จากห้องแล็บถึงชุมชน : R2R สไตล์ อาจารย์ธาดา
 - ใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการนำ KM มาเป็นเครื่องมือ
2. ขยายคุณค่างานประจำ : R2R พัฒนาระบบบริการ
 - เราไม่ควรตั้งต้นด้วยการทำ R2R แต่ควรเริ่มต้นที่ความต้องการจะพัฒนาคน พัฒนางาน
 - ควรสร้างเครือข่ายให้เกิดขึ้น
 - มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ : สื่อสารขยายคุณค่าผลการวิจัยสู่นโยบายและภาคปฏิบัติ
 - การสื่อสารให้ประสบผลสำเร็จจะต้องใช้หลักการสื่อสาร คือ “รู้เขา รู้เรา รู้เนื้อหา” รู้เขา คือ คนฟังเป็นใคร มีพื้นฐานความรู้อย่างไร รู้เรา คือ มีการเตรียมความพร้อม เตรียมใจ บุคลิกภาพ ภาษาพูด และมีการฝึกฝน มีทักษะ/เทคนิคการนำเสนอ รวมทั้งการใช้เครื่องมือสื่อสาร



4. เชื่อมพลังเครือข่าย INN R2R : Link, Share, Learn

- จะทำ R2R ได้ต้องมีทีมที่เข้มแข็ง

5. เครือข่ายที่มีชีวิต : เครือข่าย R2R ภาคกลาง : R2R ใครๆ ก็ทำได้ ง่ายจะตาย

- งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต คือให้คิดว่าทำงานเพื่อเป็นช่องทางในการทำความดี

- มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการอภิปรายร่วมกัน

- ควรทำ R2R เป็นทีม โดยการร่วมกันคิด ร่วมกันทำ คือ “ไม่ดูด R2R เข้ามาไว้กับตัวเอง”

- มีการช่วยเหลือกัน

6. เคล็ดลับสำหรับคุณเอื้อ : การส่งเสริม R2R ในหน่วยงาน

- คุณเอื้อก็คือคุณอำนวย ทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยนำ KM เข้ามาใช้

- คุณเอื้อต้องคอยชื่นชม ให้กำลังใจ หรือมีการให้รางวัลแก่ผู้ที่ทำ R2R

- คุณเอื้อต้องเป็นผู้ที่สามารถผลักดันให้เกิด R2R ได้ในหน่วยงาน

7. สารพันคำถามกับก้าวอย่าง R2R ที่มั่นคง

- การทำ R2R ต้องเกิดจากการมีความคิดที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น โดยมีคุณเอื้อคอยช่วยเหลือ

➤ ได้เรียนรู้อะไร ?

จากภาพรวมของกิจกรรม พบว่า

1. “ได้ไปเห็น แต่ไม่ได้ไปรู้” ได้ไปเห็นก็คือว่า ขณะนี้เขาทำอะไรกันบ้าง และ R2R ก้าวหน้าไปถึงจุดไหนแล้ว

2. เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข ซึ่งอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับงานของเราโดยตรง จึงทำให้เห็นเป็นภาพกว้างๆ เช่นเรื่องของการแพทย์ การสาธารณสุขของไทยปัจจุบันจะไปในทิศทางใด และการมอง การวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางการการแพทย์ การสาธารณสุขของไทย

3. เกิดความรู้สึกตะลึง และประทับใจ ว่าเขาสามารถจัดกิจกรรม R2R ได้ในระดับชาติจริงๆ ซึ่งสิ่งที่ได้รับก็คือ “การได้รู้ ได้เห็น” คือ รู้ว่านางงานของเขากับนางงานของเรา (สายสนับสนุน) ไม่เหมือนกัน แต่เราได้รู้วิธีการว่าเขาทำ R2R กันอย่างไร เราก็จะได้วิธีการตรงนั้นมาประยุกต์ใช้กับงานของเราได้

4. เขามีเครือข่ายภาคีที่กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ อีกทั้งยังขยายไปตามจังหวัด ชุมชน และหน่วยสาธารณสุขด้วย ซึ่งจะทำให้เขามีความเข้มแข็งในการขยาย R2R ลงสู่เครือข่ายได้อย่างเป็นระบบ

5. เขามีการทำงานเป็นทีม มีการพัฒนางานไปด้วยกัน เป็นทีมเดียวกัน

6. เขามีผู้นำในการสร้าง/กระตุ้นให้เกิดผลงานขึ้นมา รวมทั้งมีการขยายผลงานไปสู่กลุ่มที่มีการทำงานในลักษณะเดียวกัน โดยการเชื่อมโยงเครือข่าย

7. เขาไม่ได้นำงานวิจัยมาเป็นตัวตั้ง แต่นำคุณค่าของชีวิตการทำงานมาเป็นตัวตั้ง โดยเริ่มต้นที่การให้คุณค่าเห็นคุณค่าในงานของตนเอง และเริ่มพัฒนา/ปรับปรุงงานของตนเองให้ดีขึ้นเรื่อยๆ จนนำไปสู่การทำ R2R และการปรับปรุงงานอย่างเป็นระบบ



8. ทำให้เกิดกำลังใจ คือเริ่มต้นจากความอยากที่จะหาวิธีแก้ปัญหาหรือพัฒนางานของตนเองให้ดีขึ้น หากเรานำเอาทฤษฎีการวิจัยมาเป็นตัวตั้งต้นก็จะทำให้เราท้อและหมดกำลังใจที่จะทำ ที่เรียกว่า “เกิดบาดแผลในการทำวิจัย” ซึ่งจะส่งผลให้เราไม่อยากทำวิจัย คล้ายกับกลอนที่ว่า “สถิติมา ปัญหาหุด หมดกำลังใจ”

9. อย่าเอาวิชาการมาเป็นหลัก แต่ให้คิดถึงการพัฒนาคน พัฒนางานเป็นหลัก

10. ทำให้ทราบว่าจริงๆ แล้ว R2R เป็นการปรับการทำงาน แล้วนำวิจัยเข้ามาอธิบายให้เป็นระบบ ระเบียบ โดยเริ่มต้นจากการทำอะไรที่ง่ายๆ ก่อน

11. R2R คือการพัฒนางาน โดยการนำวิจัยมาใช้สนับสนุนสิ่งที่ทำ เพื่อทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ และเป็นการวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ

12. ได้เห็นจุดเริ่มต้นว่าเขาทำ R2R เพราะเหตุใด และเขาใช้แนวคิด/วิธีการอย่างไร ที่ทำให้ประสบความสำเร็จจนได้รับรางวัล และได้มีโอกาสนำเสนอผลงานในครั้งนี้

13. เขาเริ่มต้น R2R จากสิ่งที่ย่อยๆ จากปัญหาหน้างานของเขา และมีการเก็บสถิติแล้วนำมาวิเคราะห์ออกมาให้เห็นค่าอะไรบางอย่างเท่านั้นเอง คือเป็นการปรับงานของเขาอย่างไรให้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ทำให้เขาทำงานน้อยลง และมีความสุขมากขึ้น ในขณะที่ผู้รับบริการยังคงมีความพึงพอใจอยู่

14. R2R ในแต่ละที่จะเป็นลักษณะของการพูดคุยกัน ยิ่งพูดคุยกันมาก ก็ยิ่งเข้าใจกันมาก รวมทั้งมีการเชื่อมโยงเครือข่าย ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

➤ จะทำอะไรต่อไปในอนาคต ?

1. คณะฯ ต้องหาแรงกระตุ้นให้บุคลากรเกิดแรงบันดาลใจก่อน โดยให้เขารู้สึกว่างานที่ทำอยู่เป็นงานที่มีคุณค่ากับตนเองและองค์กร เป็นส่วนที่สนับสนุนให้อาจารย์มีการเรียนการสอน นักศึกษาได้รับความสะดวกสบาย เพื่อให้เกิดความต้องการจะพัฒนา/ปรับปรุงงานของตนเองให้ดีขึ้น ไม่ใช่ทำไปวันๆ โดยค่อยๆ เริ่มต้นไปที่เล็กๆ ให้ R2R ซึมซับอยู่ในใจก่อนว่ามันมีคุณค่า มีประโยชน์ และไม่ยากที่จะทำ และควรเริ่มต้นที่สิ่งเล็กๆ ก่อน เช่น ทดลองทำในลักษณะของบทความวิจัยก่อน และค่อยขยับไปทำวิจัยที่เป็นเล่ม

2. ให้เริ่มต้นด้วยการมองว่าเราต้องการปรับปรุงงานก่อน ทำอย่างไรให้งานดีขึ้น ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น และผลลัพธ์ดีขึ้น เช่น การจัดสัมมนาเพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจ โดยให้แต่ละหน่วยงานคิดสิ่งที่ยากจะแก้ปัญหา/ปรับปรุงงานให้ดีขึ้น และทำเป็นโครงการเล็กๆ ออกมา แล้วนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. ต้องให้บุคลากรของคณะฯ เข้าใจก่อนว่า R2R คืออะไร ทำให้เขาเห็นว่างานของเขามีอะไร แล้วเขาสามารถตั้งโจทย์คำถามได้ว่าจะปรับปรุงงานของเขาอย่างไร

4. ควรมีเวทีเล็กๆ ในการแลกเปลี่ยน R2R ของสายสนับสนุน รวมถึงการนำเสนอผลงาน มีการชื่นชมผลงาน ซึ่งจะทำให้ผู้ทำเกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และทำให้มีกำลังใจมากขึ้น

5. นำคนที่มีการปรับปรุง/พัฒนางาน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้ผู้อื่นได้เรียนรู้ไปด้วย

6. อยากให้มีพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือในการทำ R2R (นอกเหนือจากรองคณบดีที่กำกับ และศูนย์วิจัย) โดยนำคนที่ทำ R2R สำเร็จมาเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาด้วย



7. สร้างคุณอำนวยให้เกิดขึ้นในคณะฯ ให้มากขึ้น เพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจ คอยช่วยเหลือและเอื้อให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเพื่อหาทางแก้ปัญหาในงาน/ปรับปรุงงาน

8. คณะฯ ควรจัดให้มีห้องปรึกษาในการทำ R2R

9. R2R ควรเกิดจากความอยากที่จะปรับปรุงงาน ซึ่งต้องเกิดมาจากใจ ไม่ใช่ลักษณะสั่งการจากข้างบน และมีลักษณะ “ต้อง” ทำ โดยการใช้ PA เป็นตัวกำหนด

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรม R2R ที่เป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวบุคลากรสายสนับสนุนและคณะฯ เพื่อให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาต่อไป



AAR จากกิจกรรม “Share & Learn : คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์”

นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 7 ขึ้น เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2554 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการประเมินผลกิจกรรม (AAR) ในหัวข้อ “Share & Learn : คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์” ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 7 กันยายน 2554 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้อง 1111 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยอยู่ภายใต้ข้อคำถาม ดังนี้

คาดหวังว่าจะเกิดอะไรขึ้น ?

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม :

1. มีตัวแทนจากทุกภาควิชาเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้และประสบการณ์จากผู้เกษียณอายุราชการ และสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ได้

องค์กร/หน่วยงาน :

1. องค์กรมีวัฒนธรรมในการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ

วิทยากร :

1. เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์มาก

อะไรเกิดขึ้นจริง ?

กระบวนการดำเนินงาน :

1. การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีความพร้อมในการเตรียมงาน โดยมีการประชุมเตรียมงานล่วงหน้า
2. การจัดเวทีแบบนั่งโซฟา ทำให้บรรยากาศดูสบายๆ ไม่เป็นทางการ
3. รูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นลักษณะเรื่องเล่า (Story Telling)
4. มีพิธีมอบของที่ระลึกให้กับผู้เกษียณอายุราชการ

การประเมินผล :

1. การประเมินผลกิจกรรม (AAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการแจกแบบประเมินภายในห้องกิจกรรม โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 42 คน และมีผู้ที่ตอบแบบประเมินจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5
2. จากผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.0

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม :

1. กลุ่มเป้าหมายไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนน้อย



ได้เรียนรู้อะไร ? และจะทำอะไรต่อไปในอนาคต จึงจะดำรงจุดแข็งและปรับตัวอ่อนได้

1. รูปแบบการจัดกิจกรรม เวลาในการจัดกิจกรรม การจัดเวที ชื่องาน และของที่ระลึกมีความเหมาะสมแล้ว
จึงยังคงใช้กับกิจกรรมในปีต่อไป

2. ควรสลับลำดับการพูดของผู้เกษียณอายุราชการ แต่ยังคงใช้คำถามเดียวกันหมด

3. ผู้ดำเนินรายการควรมีการทวนคำถามให้กับผู้เกษียณอายุราชการ

4. ผู้ดำเนินรายการมีการแจ้งกำหนดการให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมภายในงานได้รับทราบ (การเล่าประสบการณ์
ของผู้เกษียณอายุราชการ การถามคำถามของผู้เข้าร่วมกิจกรรม)

5. ผู้ดำเนินรายการควรควบคุมเวลาในการพูดของผู้เกษียณอายุราชการให้อยู่ในเวลาที่เหมาะสม

6. มีการจัดเตรียมไมโครโฟนให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ถามคำถามได้

7. ควรมีการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น (ผู้บริหารและอาจารย์ใหม่) โดยการ
ประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ เพิ่มขึ้น

8. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้กล่าวความรู้สึกต่อผู้เกษียณอายุราชการหลังจากผู้เกษียณอายุราชการพูดจบ

9. มีการเผยแพร่กิจกรรม ในรูปแบบ VDO ทางเว็บไซต์ และ NSTV

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
เกี่ยวกับผลจากกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ เพื่อให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การ ปรับปรุง
และแก้ไขต่อไป



การถอดบทเรียน (Retrospect) ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554

นางสาวชวรินทร์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 8 ขึ้น จำนวน 2 ครั้ง คือเมื่อวันอังคารที่ 27 กันยายน 2554 เวลา 13.30-16.00 น. และวันพุธที่ 12 ตุลาคม 2554 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการถอดบทเรียน (Retrospect) ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554 ซึ่งอยู่ภายใต้ข้อคำถาม ดังนี้

1. วิธีการดำเนินโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554

1.1 กระบวนการ

โครงการการจัดการความรู้ เป็นโครงการที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมใน 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็นระดับภาควิชา และระดับสำนักงาน

ระดับภาควิชา เป็นการดำเนินการของโครงการศูนย์ความเป็นเลิศ (COE) ของภาควิชา ซึ่งมีวิธีดำเนินการคือให้กรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ (KM) ของคณะฯ ที่อยู่ในแต่ละภาควิชาเป็นแกนหลักในการดำเนินการ/ประสานให้เกิดกิจกรรม COE ขึ้น

ระดับสำนักงาน เป็นการจัดกิจกรรมร่วมกับงานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย ซึ่งมีวิธีดำเนินการคือ กรรมการ KM ของคณะฯ เป็นผู้ประสานการดำเนินกิจกรรมที่ทางงานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัยเป็นผู้จัดขึ้น และเป็นผู้ดำเนินการถอดบทเรียน

กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

เป็นกิจกรรมที่สร้างให้เกิดการถ่ายทอดความรู้/ประสบการณ์ของผู้เกษียณอายุราชการให้มีขึ้นในคณะฯ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมทั้งในระดับภาควิชา และระดับคณะ โดย

ระดับภาควิชา กรรมการ KM ของคณะฯ ที่อยู่ในแต่ละภาควิชาเป็นแกนหลักในการดำเนินการ/ประสานให้เกิดกิจกรรมขึ้น

ระดับคณะ คณะกรรมการ KM ของคณะฯ เป็นแกนหลักในการดำเนินการ

กิจกรรมที่ 3 สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

เป็นการดำเนินกิจกรรมซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ จำนวน 3 กลุ่มหลักๆ ดังนี้

กลุ่มของภาควิชาต่างๆ ได้แก่ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน ภาควิชาการพยาบาลอายุศาสตร์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิธีดำเนินการคือ ให้กรรมการ KM ของคณะฯ ที่อยู่ในแต่ละภาควิชาเป็นแกนหลักในการดำเนินการ/ประสาน กรรมการ KM ของภาควิชาเพื่อให้เกิดกิจกรรมขึ้น



กลุ่มของสายสนับสนุน ได้แก่ กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน

และนอกจากนี้ยังมีกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ซึ่งเป็นกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของคณะกรรมการ KM ของคณะฯ ซึ่งวิธีดำเนินการคือ คณะกรรมการ KM ของคณะฯ เป็นแกนหลักในการดำเนินการ

1.2 ปัญหา

- 1) แต่ละกิจกรรมมีบุคลากรกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมน้อย
- 2) มีความผิดพลาดในการประสานงานระหว่างกรรมการ KM ของคณะฯ กับกรรมการ KM ของภาควิชา ในบางครั้งทำให้เกิดปัญหาในการจัดกิจกรรม
- 3) บุคลากรมีภาระงานมาก และมีการจัดกิจกรรมทับซ้อนกับการจัดกิจกรรม KM
- 4) ความไม่ชัดเจนของการกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมว่ากิจกรรมใดควรจัดอยู่ในกลุ่มใด
- 5) คณะกรรมการ COE ของภาควิชาไม่สามารถผลักดันให้เกิดกระบวนการของกิจกรรมการถอดบทเรียนได้ ทำให้การถอดบทเรียนจากกิจกรรมกลุ่ม COE มีน้อย

6) บางภาควิชายังไม่มีความก้าวหน้าของการดำเนินงานกลุ่ม COE

7) มีกลุ่ม CoP ไม่ครบทุกภาควิชา

8) การดำเนินการจัดกิจกรรม CoP ของสายสนับสนุน กรรมการ KM ของคณะฯ จะเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด

9) ในการดำเนินการจัดกิจกรรม CoP ของภาควิชา มีผู้ที่เป็น Facilitator น้อย

1.3 แนวทางแก้ไข

- 1) มีการปรับหัวข้อกิจกรรมให้มีความน่าสนใจ
- 2) ดำเนินการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ
- 3) ดำเนินการประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทาง ได้แก่ การส่งหนังสือ การส่ง E-mail การประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ KM การประชาสัมพันธ์ทาง NSTV และการติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ในลิฟท์
- 4) มีการทำความเข้าใจและตกลงกันระหว่างกรรมการ KM ของคณะฯ ที่อยู่ในแต่ละภาควิชากับภาควิชาของตนเอง เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน

2. การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มศูนย์ความเป็นเลิศของแต่ละภาควิชา (COE) กลุ่มถ่ายทอดความรู้จากผู้เกษียณอายุราชการ และกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP)

2.1 กระบวนการ

- 1) กลุ่ม COE เป็นกลุ่มที่เกิดจากความสมัครใจของสมาชิกกลุ่ม และ/หรือการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และความพร้อมของผู้รับผิดชอบกลุ่ม COE ของแต่ละภาควิชา
- 2) กลุ่ม NS Lunch Talk เป็นความสนใจและสมัครใจของผู้เข้าร่วม
- 3) กลุ่ม R2R ใช้วิธีการขอความร่วมมือให้ส่งบุคลากรสายสนับสนุนในทุกงานเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) กิจกรรมถ่ายทอดความรู้จากผู้เกษียณอายุราชการ ให้กรรมการ KM ของคณะฯ ที่อยู่ในแต่ละภาควิชา สอดถามผู้เกษียณอายุราชการของภาควิชาตนเองถึงความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 5) กลุ่ม CoP เป็นกลุ่มคนที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม



2.2 ปัญหา

- 1) กลุ่มเป้าหมายในกิจกรรม COE มีภาระงานมากและไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) กลุ่ม NS Lunch Talk มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมน้อย คือ ประมาณ 5-21 คน/ครั้ง
- 3) กลุ่ม R2R มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีภาระงานมากและไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) รูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่ม R2R เป็นลักษณะเชิงวิชาการมากเกินไป และเกิดความรู้สึกกดดันให้ทำงานวิจัย
- 5) ผู้เกษียณอายุราชการเข้าร่วมกิจกรรมในบางรูปแบบของกิจกรรม
- 6) กลุ่ม CoP ระดับสำนักงาน สมาชิกกลุ่มไม่ใช่กลุ่มคนที่มีความสนใจร่วมกันจริงๆ ทำให้ไม่มีความเหนียวแน่นของกลุ่มมากนัก

2.3 แนวทางแก้ไข

- 1) กลุ่ม COE ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการไม่เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายได้
- 2) กลุ่ม NS Lunch Talk ได้มีการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทางที่มีอยู่ ได้แก่ การส่งหนังสือ การส่ง E-Mail การประชาสัมพันธ์ทาง NSTV การติดบอร์ดประชาสัมพันธ์หน้าชั้น 4 เว็บไซต์ของคณะ และเว็บไซต์ของงานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย
- 3) กลุ่ม R2R มีการประชุมเพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้ง
- 4) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกษียณอายุราชการ และให้กรรมการ KM ของคณะที่อยู่ในแต่ละภาควิชา ขอความร่วมมือจากผู้เกษียณอายุราชการของภาควิชาตนเองให้เข้าร่วมกิจกรรม
- 5) กลุ่ม CoP ระดับสำนักงาน ได้มีการประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ ได้แก่ การส่งหนังสือ การส่ง E-Mail การติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ในลิฟท์ และการประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ KM
- 6) กลุ่ม CoP ระดับสำนักงาน บางกิจกรรมใช้วิธีการระบุงกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมกิจกรรม

3. วิธีการเลือกบุคลากรเข้ามาเป็นคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้

3.1 กระบวนการ

- 1) บุคลากรมีความเต็มใจและสมัครใจเข้ามาเป็นกรรมการฯ
- 2) ได้รับการคัดเลือกจากคณะ/ภาควิชาให้เข้ามาเป็นกรรมการฯ

3.2 ปัญหา

- 1) กรรมการบางท่านมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย

3.3 แนวทางแก้ไข

- 1) จัดให้มีกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ขึ้น เพื่อให้คณะกรรมการ KM เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและช่วยกันเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย



4. วิธีการจูงใจกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมโครงการ

4.1 กระบวนการ

1) จัดกิจกรรมในช่วงพักกลางวัน เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาทำงาน และเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ใช้เวลาน้อย ทำให้ผู้เข้าร่วมอยากเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

2) ปรับหัวข้อและคำถามของกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญราชการ เพื่อให้อยู่ในความสนใจของผู้เชี่ยวชาญราชการ

3) ปรับหัวข้อการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้มีความน่าสนใจ

4.2 ปัญหา

1) บางกิจกรรมมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมน้อย

4.3 แนวทางแก้ไข

1) มีการประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

5. ปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนให้โครงการสำเร็จ

1) ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

2) การร่วมแรงร่วมใจกันอย่างเต็มที่ของคณะกรรมการ KM

3) มีการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมจากบุคลากรกลุ่มต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการ KM ของคณะ และคณะกรรมการ KM ของภาควิชา

4) มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน

5) จัดกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการและความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

6) มีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและน่าสนใจ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานของตนเองได้จริง

7) การจัดกิจกรรมในช่วงพักกลางวัน เพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาทำงาน

8) มีการมอบของที่ระลึกให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในบางกิจกรรม

6. ปัจจัยที่ขัดขวางให้โครงการล้มเหลว

1) กลุ่มเป้าหมายไม่เห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม

2) กลุ่มเป้าหมายมีภาระงานมาก

3) ขาดการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมาย

4) คุณอำนวย/คุณลิขิตในการจัดกิจกรรมมีน้อย

5) กิจกรรมอื่นมีการจัดทับซ้อนกับกิจกรรม KM

6) ระยะเวลาและสถานที่ในการจัดกิจกรรมไม่เอื้ออำนวย

7. ข้อเสนอแนะเพื่อการวางแผน/ปรับปรุงการดำเนินการโครงการจัดการความรู้ในปีงบประมาณ 2555

1) จัดการอบรม Facilitator ให้กับบุคลากรของคณะฯ เพื่อให้มีผู้ที่ทำหน้าที่ Facilitator เพิ่มมากขึ้น

2) ดำเนินการจัดกิจกรรม KM อย่างสม่ำเสมอ



3) จัดกิจกรรม KM โดยการบูรณาการเข้ากับงานประจำ

4) ดำเนินการประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทางใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การมอบของที่ระลึกปีใหม่ การจัดงานมหกรรม KM เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรของคณะฯ เกิดความตื่นตัวและให้ความสำคัญกับเรื่องการจัดการความรู้มากขึ้น ดำเนินการประชาสัมพันธ์ในช่องทาง NSTV ให้มากขึ้น โดยอาจเป็นการจัดรายการให้ความรู้ในเรื่อง KM

8. ความภาคภูมิใจต่อโครงการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554

มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในกลุ่ม CoP ทั้งระดับภาควิชาและสำนักงาน ทำให้ในปีงบประมาณ 2554 ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนของกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ มากกว่าในปีที่ผ่านมา และบุคลากรของคณะฯ มีความตื่นตัวและให้ความสำคัญกับเรื่องการจัดการความรู้เพิ่มมากขึ้น

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับผลการดำเนินโครงการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554 เพื่อสามารถมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาโครงการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2555 ต่อไป



ส่วนที่ 3

บทส่งท้าย



บทส่งท้าย

ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การจัดการความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีเป้าหมายเพื่อสร้างวัฒนธรรมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะฯ ทั้งในสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ เพื่อให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณค่าขององค์กร รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดจากองค์ความรู้นั้น การดำเนินการในปีงบประมาณนี้ทำให้ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ทั้งที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ แต่ก็นับได้ว่าเป็นปีที่การดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ประสบความสำเร็จมากที่สุดตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเห็นได้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติที่เกิดขึ้นทั้งในสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ในปีงบประมาณนี้สามารถถอดบทเรียนความรู้ที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้กว่า 50 เรื่อง

จากการดำเนินกิจกรรมทำให้พบว่า คณะฯ ยังขาดบุคคลที่จะทำหน้าที่ “**คุณอำนวย (Facilitator)**” และ “**คุณลิขิต**” เป็นอย่างมาก โดยผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการฯ ซึ่งการที่จะทำให้การจัดการความรู้ประสบ-ความสำเร็จได้นั้น ต้องทำให้เรื่องการจัดการความรู้อยู่ในใจของทุกคน และพร้อมที่จะเป็นได้ทั้งคุณอำนวย และคุณลิขิต **ซึ่งสิ่งที่จะเกิดขึ้นก็คือ “ความร่วมมือของบุคคล”** ตามมาด้วย “**ความร่วมมือของทีม**” และกลายเป็น “**ความร่วมมือขององค์กร**” ในที่สุด ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2555 ทางคณะกรรมการฯ จึงได้วางแผนจัดอบรมการเป็นคุณอำนวยและคุณลิขิตให้กับบุคลากรของคณะฯ เพื่อให้มีผู้ที่ทำหน้าที่คุณอำนวยและคุณลิขิตเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเน้นการจัดการความรู้ในงานประจำ เพื่อให้เกิดการบูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำของบุคลากรของคณะฯ จะได้ทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการทำงานของบุคลากรได้จริง

แต่อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลา สถานที่ และงบประมาณ ก็เป็นเรื่องที่สำคัญที่ “**ผู้บริหาร**” ควรให้การสนับสนุน เพื่อที่จะทำให้การจัดการความรู้ประสบความสำเร็จ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของบุคลากรที่มีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นการใช้เวลาช่วงกลางวัน จึงเป็นช่วงเวลาที่ดีเหมือนว่าจะสะดวกที่สุดที่ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จึงทำให้กิจกรรมส่วนใหญ่จัดในช่วงเวลาดังกล่าว **สิ่งหนึ่งที่อยากฝากบอกไว้ว่า การจัดการความรู้ไม่ใช่เรื่องยาก/ง่าย ไม่มีคำว่าถูก/ผิด ไม่มีสูตรสำเร็จของการดำเนินงาน แต่สามารถเรียนรู้ได้ เพราะยิ่งเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติมากเท่าไรก็ยิ่งมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้นเท่านั้น** และกลไกที่สำคัญที่จะทำให้การจัดการความรู้ประสบความสำเร็จก็คือ “**คน**” นั่นเอง

อาจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย

ประธานคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้

ภาคผนวก

โครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2554

ตามยุทธศาสตร์

ชื่อยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อกลยุทธ์ที่ ๔3 พัฒนาคณะให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ชื่อโครงการ โครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการประจำคณะฯ ครั้งที่ 17/25 53 วันที่ 23 พ.ย. 2553 วาระที่

หลักการและเหตุผล

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการพัฒนาคณะฯ ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทำให้คณะพยาบาลศาสตร์ ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการความรู้ โดยการสร้างองค์ความรู้และจัดเก็บความรู้ที่เป็นขององค์กร การบูรณาการการจัดการความรู้ไปสู่การดำเนินการตามพันธกิจต่างๆ ตลอดจนการสร้างชุมชนนักปฏิบัติในระดับสำนักงานและภาควิชา ดังนั้นสำนักพัฒนานวัตกรรมการศึกษา จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ ขึ้นมา เพื่อให้มีการสร้าง รวบรวม และจัดเก็บองค์ความรู้ภายในคณะพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งการเผยแพร่องค์ความรู้ต่างๆ ไปสู่สำนักงานและภาควิชาต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้เกิดการใช้งานองค์ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้
สำนักพัฒนานวัตกรรมการศึกษา สारสนเทศ และการสื่อสาร
หน่วยพัฒนาทรัพยากรบุคคลและประกันคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการของคณะพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
4. เพื่อสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
5. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

กิจกรรม/วิธีดำเนินการ

ดำเนินการ 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ

กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

กิจกรรมที่ 3 สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

1. มีการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะฯ อย่างน้อย 1 พันธกิจ
2. มีองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 4 เรื่อง/ปี
3. มีกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ในภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 4 กลุ่ม
4. บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

สอดคล้องตามตัวชี้วัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์

ข้อ 3 มีองค์ความรู้ / นวัตกรรมที่ได้จากการจัดการความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี

ข้อ 14 บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ข้อ 15 มีกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ในภาควิชาและสำนักงานครบตัวอย่างน้อย 1 กลุ่ม

ระยะเวลาดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2554 (1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554)

งบประมาณ

กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ

งบประมาณ 19,500 บาท

กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

งบประมาณ 165,900 บาท

กิจกรรมที่ 3 สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

งบประมาณ 704,000 บาท

รวมทั้งสิ้น **889,400** บาท

(แปดแสนแปดหมื่นเก้าสี่ร้อยบาทถ้วน)

นำเข้า แข็ง พิจารณา

ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ

ครั้งที่ 17/2552 เมื่อวันที่ 23 พ.ค. พ.ศ. 2552

มติที่ประชุม.....อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการ โครงการ.....

สหภาพการบริการสุขภาพอำเภอป่าสัก

ในงบประมาณ..... 889,400.00 บาท (แปดแสนแปดหมื่นเก้าพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

จากงบประมาณ.....

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตราของระเบียบการใช้เงินที่คณะฯ กำหนด

มอบหมายให้..... ผู้แทนคณะผู้บริหารสหภาพฯ ดำเนินการ

อื่นๆ..... หน่วยประสานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ..... ปิยะ อดิ

เลขานุการคณะกรรมการประจำคณะฯ

วันที่ 25 5 52

กิจกรรมในโครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2554

ตามยุทธศาสตร์

ชื่อยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อกลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคณะให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ชื่อโครงการ โครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

ชื่อกิจกรรม การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ

เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่ 17 17/2553
วันที่ 29 พ.ย. 53
วาระที่

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้
สำนักพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีทางการศึกษา สารสนเทศ และการสื่อสาร
หน่วยพัฒนาทรัพยากรบุคคลและประกันคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

1. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ เพื่อวางแผนในการดำเนินการจัดการความรู้ 1 ครั้ง/เดือน
2. วางแผนและจัดทำแผนการจัดการความรู้คณะพยาบาลศาสตร์
3. เตรียมความพร้อมของคณะกรรมการฯ และตัวแทนศูนย์ความเป็นเลิศ ของแต่ละภาควิชา ภาควิชาละ 3 คน ให้มีทักษะการถอดบทเรียน โดยการจัดสัมมนาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการถอดบทเรียน
4. ดำเนินกิจกรรมการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ
 - 4.1 บูรณาการจัดการความรู้กับศูนย์ความเป็นเลิศของภาควิชา 7 ภาควิชาฯ
 - 4.2 บูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานของสำนักงานคณบดี
5. ถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของภาควิชาและสำนักงาน
6. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้

รายละเอียดกิจกรรม	ปี 2553			ปี 2554								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
7. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม การบูรณาการจัดการความรู้								↔				↔
8. นำผลการประเมินมาปรับปรุง กระบวนการ									↔	↔		

งบประมาณ

หมวดค่าตอบแทน

- ค่าตอบแทนวิทยากร 3 ชม.ๆ ละ 1000 บาท 3,000 บาท
- ค่าพาหนะเดินทางสำหรับวิทยากร (ไป-กลับ) 400 บาท

หมวดค่าวัสดุ

- ค่ากระดาษ A4 5 รีมๆ ละ 100 บาท 500 บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร 1,995 บาท

หมวดค่าใช้สอย

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับประชุมคณะกรรมการ
จำนวน 11 คน (11 คน x 30 บาท x 11 ครั้ง) 3,630 บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมอบรม
การถอดบทเรียน จำนวน 35 คน (35 คน x 30 บาท) 1,050 บาท
- ค่าอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าร่วมอบรม
การถอดบทเรียน จำนวน 35 คน (35 คน x 75 บาท) 2,625 บาท
- ค่าเช่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์* 50 บาท/ช.ม. x 3 ช.ม. 300 บาท
- ค่าเช่า LCD* 6000 บาท/วัน 6,000 บาท

รวมทั้งสิ้น 19,500 บาท

(หนึ่งหมื่นเก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ : *1) ค่าใช้จ่ายที่คิดตามอัตราที่คณะฯ กำหนด โดยไม่มีการเบิกจ่ายจริง
2) ค่าใช้จ่ายถ้าเฉลี่ยทุกรายการ

นำเข้า แจง พิจารณา

ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ

ครั้งที่ 17/2553 เมื่อวันที่ 23 พ.ค. พ.ศ. 2553

มติที่ประชุม อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการกิจกรรม มอบหมาย

จัดการตามรัฐธรรมนูญตามพันธกิจ

ในงบประมาณ 19,500.00 บาท (นอสังหาริมทรัพย์)

จากงบประมาณ.....

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตราของระเบียบการใช้จ่ายเงินที่คณะฯ กำหนด

มอบหมายให้ ผู้ช่วยคณบดีฯ ดำเนินการ

อื่นๆ หน่วยงานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ กัม อนุ

เลขานุการคณะกรรมการประจำคณะฯ

วันที่ 25:57

กิจกรรมในโครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2554

ตามยุทธศาสตร์

ชื่อยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อกลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคณะให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ชื่อโครงการ โครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

ชื่อกิจกรรม ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่ 17/2553
วันที่ 29 พ.ค. 53
วาระที่

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้
สำนักพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีทางการศึกษา สารสนเทศ และการสื่อสาร
หน่วยพัฒนาทรัพยากรบุคคลและประกันคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ
2. เพื่อถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ
3. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

1. วางแผนการดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดความรู้จากผู้เกษียณอายุราชการ
2. จัดเวทีกิจกรรมในระดับคณะฯ เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่คณาจารย์และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งในปี 2554 นี้มีผู้เกษียณอายุราชการทั้งสิ้น 8 ท่าน (เฉพาะสายอาจารย์) และถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ (2 คน/เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – กันยายน 2554)
3. จัดเวทีกิจกรรมในระดับภาควิชา เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่คณาจารย์ในภาควิชา และสรุปออกมาในรูปแบบที่เป็น Explicit Knowledge เช่น การจัดทำคู่มือการสอนต่างๆ, การจัดทำสื่อการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ ฯลฯ (2 ครั้ง/ภาควิชา)
4. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้
5. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

1. ใต้องค์ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญราชการอย่างน้อย 2 เรื่อง/ปี
2. บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

สอดคล้องตามตัวชี้วัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์

ข้อ 3 มุ่งองค์ความรู้ / นวัตกรรมที่ได้จากการจัดการความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี

ข้อ 14 บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ระยะเวลาดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2554 (1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554)

รายละเอียดกิจกรรม	ปี 2553			ปี 2554								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1. วางแผนการดำเนินกิจกรรม	←→											
2. จัดเวทีกิจกรรมในระดับคณะ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญราชการได้ถ่ายทอดความรู้										←→		
3. จัดเวทีกิจกรรมในระดับภาควิชา เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญราชการได้ถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบที่เป็น Explicit Knowledge				←→								
4. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์				←→								
5. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม				←→								

งบประมาณ

หมวดค่าวัสดุ

- ค่ากระดาษ A4 5 รีม ๆ ละ 100 บาท 500 บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร และจัดทำรูปเล่มเอกสาร 10,000 บาท

หมวดค่าใช้สอย

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม 9,600 บาท
- ในระดับคณะ จำนวน 40 คน (40 คน x 30 บาท x 8 ครั้ง)

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในระดับภาควิชา จำนวน 25 คน/ภาควิชา (25 คน x 30 บาท x 2 ครั้ง x 7 ภาควิชา)	10,500	บาท
- ค่าเช่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์* 50 บาท/ช.ม. x 66 ช.ม.	3,300	บาท
- ค่าเช่า LCD* 6000 บาท/วัน x 22 วัน	132,000	บาท

รวมทั้งสิ้น 165,900 บาท

(หนึ่งแสนหกหมื่นห้าพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ : *1) ค่าใช้จ่ายที่คิดตามอัตราที่คณะฯ กำหนด โดยไม่มีการเบิกจ่ายจริง
2) ค่าใช้จ่ายถ้วนเฉลี่ยทุกรายการ

นำเข้า แจง พิจารณา

ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ

ครั้งที่ 17/2553 เมื่อวันที่ 23 พรม..... พ.ศ. 2553

มติที่ประชุม อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการกิจกรรม.....

สำนักคชจ.ความรู้สู่เกษตรกร

ในงบประมาณ..... 165,900.00 บาท (ในหัวหนังสือเลขที่..... เข้าพื้นที่ 165,900 บาทถ้วน)

จากงบประมาณ.....

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตรของระเบียบการใช้เงินที่คณะฯ กำหนด

มอบหมายให้..... อ.วิชาญ พงษ์สวัสดิ์ ดำเนินการ

อื่นๆ..... หน่วยประสานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ..... กัญญา (อสม)

เลขานุการคณะกรรมการประจำคณะฯ

วันที่..... 2 5 53

กิจกรรมในโครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2554

ตามยุทธศาสตร์

- ชื่อยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- ชื่อกลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาคณะให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- ชื่อโครงการ โครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ
- ชื่อกิจกรรม สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่ 17/2553
วันที่ 23 พ.ค. 53
วาระที่

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้
สำนักพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีทางการศึกษา สารสนเทศ และการสื่อสาร
หน่วยพัฒนาทรัพยากรบุคคลและประกันคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่าง ๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่าง ๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
4. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

1. วางแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติและองค์ความรู้
2. จัดตั้งกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 1 กลุ่ม/ภาควิชาและสำนักงาน
3. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงานตามประเด็นที่เป็นที่สนใจ (1 ครั้ง/เดือน/กลุ่ม) ดังนี้
 - กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายหลังการศึกษาดูงาน
 - กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการที่ดีเพื่อความสุขในการทำงาน
 - กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน
 - กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาควิชา 7 ภาควิชา
 - ฯลฯ
4. ถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้
6. ประเมินผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

1. มีบทเรียน / องค์ความรู้ / นวัตกรรม / แนวปฏิบัติที่ได้จากจากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 4 เรื่อง/ปี
2. มีกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ในภาควิชาและสำนักงานอย่างน้อย 4 กลุ่ม
3. บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

สอดคล้องตามตัวชี้วัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์

ข้อ 3 มีองค์ความรู้ / นวัตกรรมที่ได้จากการจัดการความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี

ข้อ 14 บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ข้อ 15 มีกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ในภาควิชาและสำนักงานครบตัวอย่างน้อย 1 กลุ่ม

ระยะเวลาดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2554 (1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554)

รายละเอียดกิจกรรม	ปี 2553			ปี 2554								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1. วางแผนการดำเนินงาน	←		→									
2. จัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน			↔									
3. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ			←									→
4. ถอดบทเรียน / ความรู้			←									→
5. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์			←									→
6. ประเมินผลการดำเนินงาน			←									→

งบประมาณ

หมวดค่าวัสดุ

- ค่ากระดาษ A4 10 รีมๆ ละ 100 บาท 1,000 บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร 3,000 บาท

หมวดค่าใช้จ่าย

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม	90,000 บาท
จำนวน 30 คน (30 คน x 30 บาท x 10 กลุ่ม x 10 ครั้ง)	
- ค่าเช่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์* 50 บาท/ช.ม. x 200 ช.ม.	10,000 บาท
- ค่าเช่า LCD* 6000 บาท/วัน x 100 วัน	600,000 บาท

รวมทั้งสิ้น

704,000 บาท

(เจ็ดแสนสี่พันบาทถ้วน)

หมายเหตุ : *1) ค่าใช้จ่ายที่คิดตามอัตราที่คณะฯ กำหนด โดยไม่มีการเบิกจ่ายจริง
2) ค่าใช้จ่ายถ้วนเฉลี่ยทุกรายการ

รับเข้า แจ้ง พิจารณา

ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ

ครั้งที่ 17/2553 เมื่อวันที่ 23 พ.ย. พ.ศ. 2552

มติที่ประชุม อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการกิจกรรม สร้างดวงใจ

ตามรุ่นทุกกลุ่มชมดนตรีหน้าวัด

ในงบประมาณ 704,000 บาท (เจ็ดแสนสี่พันบาทถ้วน)

จากงบประมาณ.....

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตราของระเบียบการใช้จ่ายเงินที่คณะฯ กำหนด

มอบหมายให้ ผู้ตรวจการฯ ฝ่ายบริหาร ดำเนินการ

อื่นๆ หน่วยประสานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ ทิน ออย

เลขานุการคณะกรรมการประจำคณะฯ

วันที่ 2 ต.ย. 53



<http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/km>

Faculty of Nursing, Mahidol University.

2 Prannok Road, Siriraj, Bangkoknoi, Bangkok 10700, Thailand.

Tel : 662-419-7466-80 Fax. 662-412-8415

