



รายงานผลกิจกรรมการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ 2555



คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

จัดทำโดย คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้

ANNUAL REPORT 2012

Knowledge Management, Faculty of Nursing, Mahidol University



คำนำ

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ เป็นการรวมตัวของกลุ่มคนที่เป็นตัวแทนจากภาควิชาและสำนักงานที่เข้ามาทำงาน เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการจัดการความรู้ให้เกิดขึ้นภายในคณะพยาบาลศาสตร์ ในปีงบประมาณ 2555 นี้ นับเป็นปีที่ 6 ของการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ คณะกรรมการฯ ได้มีการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยพยายามผลักดันให้เกิดการจัดการความรู้ในงานประจำ มีการถอดบทเรียนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ตลอดจนมีการนำเครื่องมือในการจัดการความรู้เข้ามาใช้มากขึ้น เพื่อสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

การจัดการความรู้ของคณะฯ ในปีงบประมาณ 2555 มีการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรม การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะ ฯ 2) กิจกรรม ถ่ายทอดความรู้ ผู้เกษียณอายุราชการ 3) กิจกรรมสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ และ 4) การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator ซึ่งผลการดำเนินการตลอดปีงบประมาณนี้ ทำให้สามารถถอดบทเรียนความรู้ได้เป็นจำนวนมาก และเพื่อเป็นการเผยแพร่ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการฯ จึงจัดทำรายงานผลกิจกรรมการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ 2555 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ และเผยแพร่ผลการดำเนินงานแก่บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และบุคคลทั่วไป

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน และบุคคลทั่วไปที่จะดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ต่อไปในอนาคต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย

ประธานคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้



สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	
ประวัติความเป็นมาการจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	1-4
คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้	5
วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์	6
แผนการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2555 7-1	4
ส่วนที่ 2 กิจกรรมการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2555	
กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ	
1.1 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่าเร้าพลัง: การจัดการความรู้ในงานประจำ”	15-18
1.2 บูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำของบุคลากรสายสนับสนุน	
1.2.1 งานเทคโนโลยีสารสนเทศและงานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร	
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำ	19-20
- โครงการแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น	21-24
1.2.2 งานพัฒนานักศึกษา	
- โครงการพัฒนาระบบบริหารงานและพัฒนาคุณภาพงานตามโครงสร้างใหม่ โดยใช้แบบประเมินผลกิจกรรมความต้องการพบอาจารย์ที่ปรึกษาแบบออนไลน์	25-28
1.3 บูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานของงานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย	
1.3.1 เสวนาเรื่อง “การวิเคราะห์ทุติยมาน (Secondary Analysis)”	29-32
1.3.2 เสวนาเรื่อง “Ethic in Publications”	33-35
กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดความรู้สู่ผู้เชี่ยวชาญราชการ	
2.1 ระดับคณะฯ	
2.1.1 กิจกรรม Share & Learn: ค่อยๆเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์	36-47
กิจกรรมที่ 3 สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ	
3.1 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติระดับภาควิชา	
3.1.1 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์	
■ กิจกรรม การจัดการการดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาสุขภาพทางอายุรศาสตร์	
- ภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ และการรักษาด้วย Pacemaker	48-49
- Atrial Fibrillation (AF) and Nursing Management	50-53
- การออกกำลังกายในภาวะหัวใจล้มเหลว (Exercise in Heart Failure)	54-56
- Nutrition in Heart Failure	57-63
- การตรวจทางระบบประสาท I	64-68



- การตรวจทางระบบประสาท II: การประเมินการกลืน	69-73
- การบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็ง I: โรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม	74-76
- การบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็ง II: Genetics in Nursing practice	77-80
- The Management of Patient with Stress Cardiomyopathy	81-84
3.1.2 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์	
- ประสบการณ์การทำงานประกันคุณภาพและเทคนิคการเขียนการประเมินตนเอง	85-86
- ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการสอนภาคปฏิบัติ และการประเมินผล OSCE	87-88
- Infant Massage: Academic Service and Research	89-90
- การจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายในการสอนภาคทฤษฎี	91-92
3.1.3 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	
- การดูแลต่อเนื่องในสตรีตั้งครรภ์โดยพยาบาลผดุงครรภ์ ประเทศเครือรัฐออสเตรเลีย	93
- การเตรียมตัวเพื่อการคลอด (Childbirth Preparation)	94-96
3.2 กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติระดับสำนักงาน	
3.2.1 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน	
- เทคนิคการถ่ายภาพให้สวยงาม	97-100
- การนำเสนอที่มีประสิทธิภาพด้วยโปรแกรม PREZI	101-102
- การใช้งานระบบ MUMIS & MUGSS มหาวิทยาลัยมหิดล	103-105
- วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการในงานที่ปฏิบัติ	106-109
3.2.2 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่ม NSKM	
- ประเมินผลกิจกรรม (AAR) เรื่องเล่าเจ้าพลัง: การจัดการความรู้ในงานประจำ	110-112
- ประเมินผลกิจกรรม (AAR) การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 1	113-115
- ประเมินผลกิจกรรม (AAR) การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 2	116-118
- เตรียมความพร้อมการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม เรื่อง “การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร”	119-120
- ประเมินผลกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม เรื่อง “การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร”	121-122
- เตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรม “Share & Learn: คุยกะลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์ ปี 2555”	123-125
3.2.3 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator	
- กิจกรรมกลุ่ม KM Facilitator สายสนับสนุนวิชาการ ครั้งที่ 1	126-128
- กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator สายสนับสนุนวิชาการ ครั้งที่ 2	129-137

- กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator สายวิชาการร่วมกับ สายสนับสนุนวิชาการ ครั้งที่ 3	138-148
3.2.4 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม	
- กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม ครั้งที่ 1/2555 เรื่อง “การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร”	149-161
3.3 การจัดกิจกรรมในกลุ่มการศึกษา	
- กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “สอนอย่างไรให้คิดอย่างมีวิจารณญาณ”	162-166
กิจกรรมที่ 4 การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator	
<i>เอกสารประกอบ 1</i>	
การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 1 สำหรับบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ	
<i>เอกสารประกอบ 2</i>	
การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 2 สำหรับบุคลากรสายวิชาการ	
ส่วนที่ 3 ถอดบทเรียนโครงการ	
ถอดบทเรียนโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2555	167-171
ส่วนที่ 4 บทส่งท้าย	
บทส่งท้าย	172-173
ภาคผนวก	174-185



ประวัติความเป็นมา

การจัดการความรู้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย

การพัฒนากระบวนการจัดการความรู้ ของคณะพยาบาลศาสตร์เป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง คณะพยาบาลศาสตร์ได้เริ่มพัฒนาระบบการจัดการความรู้มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 โดยเริ่มต้นจากการพัฒนาเว็บไซต์การจัดการความรู้เพื่อใช้เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ แต่การจัดการความรู้ยังอยู่ในระบบอินทราเน็ต ยังไม่ได้มีการเผยแพร่ออกไปภายนอก ต่อมาในปีงบประมาณ 2551 คณะฯมียุทธศาสตร์และแผนงานที่ชัดเจนในการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จึงได้มีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการจัดการความรู้ขึ้น เพื่อเข้ามาดำเนินการในเรื่องดังกล่าว การเริ่มต้นการจัดการความรู้ของคณะทำงานฯชุดนี้ เริ่มต้นจากการสร้างความเข้าใจในเรื่องของการจัดการความรู้ให้แก่คณะทำงานฯก่อน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน มีการวางแผนการทำงานร่วมกันเพื่อให้การดำเนินการของคณะทำงานฯเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์และแผนงานของคณะพยาบาลศาสตร์ดำเนินการในปีคณะทำงานฯ เริ่มต้นจากการรวมกลุ่มของคนกลุ่มเล็กๆ ที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และได้มีการสรุปองค์ความรู้จัดเก็บและเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านทางเว็บไซต์การจัดการความรู้ซึ่งได้มีการเปลี่ยนโดเมนของเว็บไซต์ จากที่เข้าถึงได้ทางระบบอินทราเน็ตมาเป็นระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ที่ <http://www.ns.mahidol.ac.th> นับเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ของคณะฯ ซึ่งผลจากการดำเนินงานทำให้ในปี 2551 เกิดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ จำนวน 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม NSFIS กลุ่ม NSCIPPA และกลุ่ม NSLP

ต่อมาในปีงบประมาณ 2552 คณะฯได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้” และ “คณะกรรมการพัฒนาระบบการจัดการความรู้” ขึ้น ซึ่งคณะกรรมการทั้ง 2 ชุดได้ประสานงานและทำงานร่วมกันในการดำเนินการให้เกิดการพัฒนาคณะพยาบาลศาสตร์ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และพัฒนาระบบการจัดการความรู้ขึ้นภายในคณะฯ รวมทั้งผลักดันให้เกิดระบบการจัดการความรู้ของภาควิชาต่างๆ ด้วย จากการดำเนินการในปี 2551 พบว่าบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจว่าการจัดการความรู้คืออะไร ดังนั้นจึงได้มีการจัดอบรมให้ ความรู้เรื่ององค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ให้กับบุคลากรภายในคณะฯ เพื่อให้บุคลากรได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ และในขณะเดียวกันก็พยายามที่จะผลักดันให้เกิดการสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและการสร้างองค์ความรู้ของกลุ่ม ซึ่งในปีนี้การสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้เกิดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอีกเพียง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มการเรียนการสอน กลุ่มคนรักไอที และกลุ่มสายสนับสนุน ซึ่งปัญหาเกิดจากภาระงานที่มีมากทำให้บุคลากรคณะฯไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ อีกทั้งการดำเนินงานเกิดขึ้นจากคณะกรรมการ ซึ่งแต่ละท่านมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถเข้ามาดำเนินการได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับยังไม่มี

บุคลากรและหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการจัดการความรู้โดยตรง แต่อย่างไรก็ตามทีมงานกลุ่มเล็กๆ ยังคงรวมตัวกันอยู่โดยไม่ทอดทิ้ง ยังร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการต่อไปตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ ผลัดกันทำหน้าที่ในการถอดบทเรียนและช่วยกันจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องซึ่งก็ทำให้เกิดความภูมิใจในความสำเร็จที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังทำให้เห็นว่าความมุ่งมั่นและพลังของกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คณะฯ ก้าวไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในอนาคตได้ นอกเหนือจากการสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติแล้ว การสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการถ่ายทอดและส่งต่อองค์ความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการของคณะฯ ก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากอาจารย์ผู้อาวุโสหลายท่านครบวาระเกษียณอายุราชการ ทำให้คณะฯ อาจต้องสูญเสียองค์ความรู้และบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญของคณะฯ ไป จึงเป็นจุดเริ่มต้นให้คณะฯ ตระหนักมากยิ่งขึ้นว่าทำอะไรให้ความรู้ที่มีอยู่ในตัวอาจารย์ผู้อาวุโสได้ถูกถ่ายทอดและส่งต่อให้กับอาจารย์รุ่นใหม่ฯ คณะกรรมการฯ จึงจัดเวทีให้ผู้เกษียณอายุราชการได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีคุณค่าตลอดชีวิตการทำงานให้แก่บุคลากรรุ่นหลัง ซึ่งได้มีการบันทึกและเผยแพร่ไว้บนเว็บไซต์การจัดการความรู้ด้วย

ในปีงบประมาณ 2553 การเริ่มต้นการจัดการความรู้ยังคงรูปแบบคล้ายๆ กับปีที่ผ่านมา โดยเริ่มด้วยการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่บุคลากรใหม่ที่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ซึ่งได้มีการนำเสนอตัวอย่างความสำเร็จของการนำการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงาน เพื่อให้บุคลากรใหม่ได้มองเห็นภาพการดำเนินการด้านการจัดการความรู้และเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน แต่ในเรื่องของการผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนความรู้จากผู้เกษียณได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่คนใหม่โดยพยายามให้เกิดการถ่ายโอนความรู้จากผู้เกษียณออกมาในรูปแบบของ Explicit Knowledge ซึ่งในปีนีถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง เนื่องจากผู้เกษียณได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อย่างเป็นรูปธรรมในรูปแบบคู่มือทางการพยาบาลและจัดทำสื่อ Computer Assisted Instruction (CAI) เผยแพร่ผ่านทางระบบ E-learning ของคณะฯ และสามารถเข้าถึงได้ทาง <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th> การสร้างองค์ความรู้จากชุมชนนักปฏิบัติในปีนี้มีกำหนด Theme การดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มภาวะซึมเศร้าและกลุ่มผู้สูงอายุ และได้เริ่มนำเครื่องมือการจัดการความรู้มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมด้วย อาทิ Before Action Review (BAR), After Action Review (AAR)) โดยก่อนเริ่มกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการทำ BAR เพื่อต้องการทราบความคาดหวังของการเข้าร่วมกิจกรรมและให้โอกาสในการแบ่งปันประสบการณ์ และหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม จะมีการทำ AAR เพื่อต้องการทราบว่าผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้ตามที่คาดหวังหรือไม่

นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2553 คณะฯ ยังได้มีการผลักดันนโยบายด้านการบูรณาการจัดการความรู้เข้ากับการดำเนินงานของภาควิชาและสำนักงานคณบดี โดยสนับสนุนให้มีการนำกลไกการจัดการความรู้เชื่อมโยงกับการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศของภาควิชาต่างๆ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการดำเนินงานประจำของสำนักงานคณบดี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้ ซึ่งภาควิชาได้จัดกิจกรรม



แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณาจารย์ภายในภาควิชา โดยมีประเด็นและเป้าหมายที่แตกต่างกันไปในแต่ละภาควิชา ส่วนการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ของสำนักงานคณบดีนั้น ได้นำกระบวนการของการจัดการความรู้เข้าไปบูรณาการกับการดำเนินงานประจำโดยเริ่มต้นที่ศูนย์วิจัยทางการแพทย์ ซึ่งศูนย์วิจัยได้จัดกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างงานวิจัยขึ้น เช่น NS Lunch Talk, Research Clinic การจัดสัมมนาต่างๆ การจัดเวทีเพื่อเปิดโอกาสให้สายสนับสนุนได้นำเสนองานวิจัยสถาบัน รวมทั้งการจัดกิจกรรม IRB Talk ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมได้มีการถอดบทเรียนและนำไปเผยแพร่ต่อไป แต่อย่างไรก็ตาม คณะฯ พบว่าการบูรณาการการจัดการความรู้กับการดำเนินการตามพันธกิจนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการยังคงมีจำกัดอยู่ที่บางภาควิชาหรือเฉพาะบางหน่วยงานเท่านั้น

ในปีงบประมาณ 2554 คณะฯ ได้ทบทวนและวางแผนการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ใหม่ โดยได้รวมคณะกรรมการทั้ง 2 ชุด เข้าด้วยกัน และตั้งชื่อใหม่เป็น “คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้” และมีบุคลากรและหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการจัดการความรู้โดยตรง ทำให้การทำงานของคณะกรรมการฯ มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการดำเนินการในปีงบประมาณ 2554 นี้ทำให้ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ แต่ก็นับได้ว่าเป็นปีที่การดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ประสบความสำเร็จมากที่สุดตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเห็นได้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ ที่เกิดขึ้นทั้งในสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อาทิ กลุ่ม CoP จากภาควิชาต่างๆ กลุ่ม Happy Workplace กลุ่ม Innovation กลุ่ม NSKM เป็นต้น และในปีนี้ได้เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการจัดอบรมการถอดบทเรียนเพื่อให้บุคลากรของคณะฯ ได้เรียนรู้ถึงเทคนิควิธีการถอดบทเรียนที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้ในปีงบประมาณนี้สามารถถอดบทเรียนความรู้ที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้กว่า 50 เรื่อง (สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในเล่มรายงานผลกิจกรรมการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554) มีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการทั้งในระดับภาควิชาและระดับคณะ ทำให้บุคลากรของคณะฯ ได้รับความรู้ที่มีคุณค่าจากผู้เกษียณอายุราชการหลายๆ ท่าน นอกจากนี้ยังปรับปรุงเว็บไซต์การจัดการความรู้ใหม่ โดยใช้ Joomla ในการบริหารจัดการเนื้อหาข้อมูลบนระบบ (Content Management System: CMS) ทำให้ผู้ใช้งานสามารถ Upload บทความ รูปภาพ เขียนข่าวประชาสัมพันธ์ บันทึกปฏิทิน สามารถสร้าง Blog ของตนเองได้ ฯลฯ อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถเขียน ความคิดเห็น เพิ่มเติมได้ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ผ่านทาง <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/km>

ณ ปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2555 คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ยังคงมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ ซึ่งได้มีการทำ AAR โครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ ปีงบประมาณ 2554 ทำให้พบว่าคณะฯ ยังขาดบุคคลที่จะทำหน้าที่ “คุณอำนวย” (Facilitator) และ “คุณลิขิต” (Notetaker) เป็นอย่างมาก โดยผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการฯ ซึ่งการที่จะทำให้

การจัดการความรู้ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องทำให้เรื่องการจัดการความรู้อยู่ในใจของทุกคน และพร้อมที่จะเป็นได้ ทั้งคุณอำนวยและคุณลิขิต ซึ่งสิ่งที่จะเกิดขึ้นก็คือ “ความร่วมมือของบุคคล ” ตามมาด้วย “ความร่วมมือของทีม ” และกลายเป็น “ความร่วมมือขององค์กร ” ในที่สุด ดังนั้นในปีงบประมาณ 2555 คณะกรรมการฯ จึงได้ วางแผนจัดอบรมการเป็นคุณอำนวยและคุณลิขิตให้กับบุคลากรของคณะฯ เพื่อให้มีผู้ทำหน้าที่คุณอำนวย และ คุณลิขิตเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเน้นการจัดการความรู้ในงานประจำ เพื่อให้เกิดการบูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำ ของบุคลากรของคณะฯ จะได้ทำให้บุคลากรไม่รู้สึกรู้สีกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการทำงาน ของบุคลากรได้จริง คณะกรรมการฯ จึงได้จัดทำแผนการจัดการความรู้ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ต่อไป ซึ่งแผนการจัดการความรู้มุ่งเน้น วัตถุประสงค์หลัก ดังนี้

1. เพื่อบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์การของการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
4. เพื่อถอดบทเรียน /ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ การถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
5. เพื่อถอดบทเรียน /ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ การถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
6. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์
7. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจและพัฒนาทักษะการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ในการ ดำเนินกิจกรรมด้านการจัดการความรู้

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้



รศ.ดร.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
ที่ปรึกษา



รศ.กัญญา ออประเสริฐ
รองคณบดีฝ่ายนโยบายและแผน
ที่ปรึกษา



ผศ.ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย ผศ.ดร.นพพร ว่องสิริมาศ
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ ผู้ช่วยคณบดี
ประธานกรรมการ กรรมการ



กรรมการ



รศ.พัสมนต์ คุ่มทวีพร

กรรมการ



รศ.สุวิมล กิมปี

กรรมการ



ผศ.ดร.นันทวัน สุวรรณรูป
กรรมการ



ผศ.ทักษิย์วรรณ พฤกษามะธานันท์
กรรมการ



อ.จิติรัตน์ ถาวร
กรรมการ



อ.ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
กรรมการ



อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์

กรรมการ



น.ส.ศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร

กรรมการ



นางนภัสสร ลาภณรงค์ชัย

กรรมการและเลขานุการ



น.ส.ชวณันท์ พรหมโชติ

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์

วิสัยทัศน์

คณะพยาบาลศาสตร์ 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 (KM Action Plan): กิจกรรมการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- เป้าหมาย KM (Desired State):**
1. เพื่อบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ
 2. เพื่อถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
 3. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

หน่วยที่วัดผลได้เป็นรูปธรรม : ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนในกิจกรรมบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจต่างๆ ของคณะฯ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	การกำหนดประเด็นความรู้และเป้าหมายของการจัดการความรู้	- สำนักงานกำหนดประเด็นและเป้าหมายการจัดการความรู้ในงานประจำ	ต.ค.-พ.ย. 54	- สำนักงานมีการบูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำอย่างน้อย 5 งาน	บูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของสำนักงาน	คณะกรรมการฯ
2	กำหนดบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาความรู้และทักษะ	- บุคลากรสายสนับสนุน	ต.ค. 54-ก.ย. 55	- บุคลากรสายสนับสนุนเข้าร่วมในกิจกรรมอย่างน้อย 3-5 คน/งาน	บูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของสำนักงาน	คณะกรรมการฯ
3	การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ไปสู่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่อง “เรื่องเล่าเราพลัง: การจัดการความรู้ในงานประจำ” เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องของการนำกระบวนการของการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานประจำ - บุคลากรสายสนับสนุนเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ในงานประจำ และถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน/ครั้ง/งาน	พ.ย.54-ก.ย. 55	- บุคลากรสายสนับสนุนมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม “เรื่องเล่าเราพลัง: การจัดการความรู้ในงานประจำ” อยู่ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 - ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนอย่างน้อย 5 เรื่อง	ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
4	การรวบรวมความรู้และจัดเก็บอย่างเป็นระบบโดยเผยแพร่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge)	จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้	พ.ย. 54-ก.ย. 55	มีการจัดเก็บสรุปถอดบทเรียนความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์	รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
5	การนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริง	นำความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียนไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง	พ.ย. 54-ก.ย. 55	มีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 เรื่อง	เผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ

แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan): กิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เป้าหมาย KM (Desired State):

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

หน่วยที่วัดผลได้เป็นรูปธรรม : ต้องค้ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	การกำหนดประเด็นความรู้ และเป้าหมายของการจัดการความรู้	- ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อ กำหนดประเด็นการถอดบทเรียน/ความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ	ต.ค.-พ.ย. 54	ได้ประเด็นการถอดบทเรียน อย่างน้อย 2 เรื่อง	สร้างวัฒนธรรมองค์กรการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ	คณะกรรมการฯ
2	กำหนดบุคลากร กลุ่มเป้าหมาย ที่จะพัฒนาความรู้และทักษะ	- ผู้เกษียณอายุราชการปีงบประมาณ 2555 1. รศ.ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี 2. รศ.สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา 3.รศ.สุธีรา อุ่นตระกูล 4.รศ.สุวิมล กิมปี 5.รศ.สุนธ์ ไช้แก้ว 6. ผศ.ธิติมา จำปรัตน์ ----- 7. รศ.กันยา ออประเสริฐ (ต่ออายุ) 8. รศ.ศิริวรรณ สันทัด (ต่ออายุ)	ธ.ค. 54-ก.ย. 55	ผู้เกษียณอายุราชการเข้าร่วม ในกิจกรรมอย่างน้อย 2 คน	สร้างวัฒนธรรมองค์กรการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ	คณะกรรมการฯ จาก ภาควิชา; - การพยาบาลรากฐาน - การพยาบาลรากฐาน - การพยาบาลสาธารณสุข - การพยาบาลศัลยศาสตร์ - การพยาบาลสูติศาสตร์ฯ - การพยาบาลสูติศาสตร์ฯ ----- - การพยาบาลศัลยศาสตร์ - การพยาบาลสูติศาสตร์

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
3	การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ไปสู่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับคณะฯ เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้ - ถอดบทเรียน/ความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ 	ธ.ค. 54-ก.ย. 55	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อย 1 ครั้ง - ได้องค์ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการอย่างน้อย 1 เรื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างวัฒนธรรมองค์การการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ - ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ 	คณะกรรมการฯ
		<ul style="list-style-type: none"> - จัดเวทีกิจกรรมในระดับภาควิชา เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้ - ถอดบทเรียน/ความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ 	ธ.ค. 54-ก.ย. 55	<ul style="list-style-type: none"> - ได้องค์ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการอย่างน้อย 2 เรื่อง - ได้ Explicit Knowledge อาทิเช่น คู่มือการสอนต่างๆ สื่อการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ อย่างน้อย 2 เรื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างวัฒนธรรมองค์การการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ - ถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการ 	คณะกรรมการฯ จากภาควิชา
4	การรวบรวมความรู้และจัดเก็บอย่างเป็นระบบโดยเผยแพร่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge)	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ 	ธ.ค. 54-ก.ย. 55	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ 	รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
5	การนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานจริง	<ul style="list-style-type: none"> - นำความรู้ที่ได้จากผู้เกษียณอายุราชการไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง 	ธ.ค. 54-ก.ย. 55	<ul style="list-style-type: none"> - มีการนำความรู้ที่ได้จากผู้เกษียณอายุราชการไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 เรื่อง 	เผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ

แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan): กิจกรรมสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- เป้าหมาย KM (Desired State):
1. เพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
 2. เพื่อสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
 3. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
 4. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

หน่วยที่วัดผลได้เป็นรูปธรรม : ใต้อองค์ความรู้จากการถอดบทเรียน/ความรู้ของกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	การกำหนดประเด็นความรู้และเป้าหมายของการจัดการความรู้	- จัดตั้งกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 5 กลุ่ม - กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติกำหนดประเด็นและเป้าหมายการจัดการความรู้ของกลุ่ม	ต.ค.-พ.ย. 54	- มีกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 5 กลุ่ม - ได้ประเด็นและเป้าหมายการจัดการความรู้อย่างน้อย 5 เรื่อง	สร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
2	กำหนดบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาความรู้และทักษะ	- อาจารย์ - บุคลากรสายสนับสนุน	ต.ค. 54-ก.ย. 55	อาจารย์จากแต่ละภาควิชา/บุคลากรสายสนับสนุน เข้าร่วมในกิจกรรมอย่างน้อย 5 คน/กิจกรรม	สร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
3	การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ไปสู่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	- จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน - ถอดบทเรียน/ความรู้จากการจัดกิจกรรม	ต.ค. 54-ก.ย. 55	ใต้อองค์ความรู้จากการถอดบทเรียนอย่างน้อย 5 เรื่อง	- สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ - สร้างวัฒนธรรมองค์กรของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ	คณะกรรมการฯ



ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
4	การรวบรวมความรู้และจัดเก็บ อย่างเป็นระบบ โดยเผยแพร่ ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge)	จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้	ต.ค. 54-ก.ย. 55	มีการจัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์	รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
5	การนำความรู้ที่ได้จากการ จัดการความรู้มาปรับใช้ ในการปฏิบัติงานจริง	นำความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียน ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง	ต.ค. 54-ก.ย. 55	มีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ใน การปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 เรื่อง	เผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ

แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan): กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator

ชื่อหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เป้าหมาย KM (Desired State):

1. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator)
2. เพื่อพัฒนาทักษะการเป็นการเป็นผู้อำนวยความสะดวกของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมด้านการจัดการความรู้

หน่วยที่วัดผลได้เป็นรูปธรรม : บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1	การกำหนดประเด็นความรู้และเป้าหมายของการจัดการความรู้	- จัดตั้งกลุ่ม KM Facilitator ของภาควิชาและสำนักงานอย่างน้อย 2 กลุ่ม - กลุ่ม KM Facilitator กำหนดประเด็นและเป้าหมายของการเป็น KM Facilitator	ต.ค.-พ.ย. 54	- มีกลุ่ม KM Facilitator ของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 2 กลุ่ม - ได้ประเด็นและเป้าหมายการเป็น KM Facilitator อย่างน้อย 2 เรื่อง	สร้างกลุ่ม KM Facilitator ในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
2	กำหนดบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาความรู้และทักษะ	- อาจารย์ - บุคลากรสายสนับสนุน	ต.ค. 54-ก.ย. 55	อาจารย์จากแต่ละภาควิชา/บุคลากรสายสนับสนุน เข้าร่วมในกิจกรรมอย่างน้อย 40 คน/กิจกรรม	สร้างกลุ่ม KM Facilitator ในระดับภาควิชาและสำนักงานของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
3	การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ไปสู่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย	- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator ให้กับบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 รุ่น รุ่นที่ 1 จัดให้กับบุคลากรสายสนับสนุน รุ่นที่ 2 จัดให้กับบุคลากรสายวิชาการ	ต.ค. 54-ก.ย. 55	บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator อยู่ในระดับดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	- บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) - พัฒนาทักษะการเป็นการเป็นผู้อำนวยความสะดวกของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมด้านการจัดการความรู้	คณะกรรมการฯ

ลำดับ	กิจกรรม	วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
4	การรวบรวมความรู้และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ โดยเผยแพร่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge)	จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้	ต.ค. 54-ก.ย. 55	มีการจัดเก็บสรุปถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์	รวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ
5	การนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้มาปรับใช้ ในการปฏิบัติงานจริง	นำความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียนไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง	ต.ค. 54-ก.ย. 55	มีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 กลุ่ม	เผยแพร่องค์ความรู้ของคณะฯ	คณะกรรมการฯ



เรื่องเล่าเร้าพลัง: การจัดการความรู้ในงานประจำ

นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “เรื่องเล่าเร้าพลัง : การจัดการความรู้ในงานประจำ” เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 24 พฤศจิกายน 2554 เวลา 9.00-11.00 น. ณ ห้อง 1110 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากร ได้รับรู้ตัวอย่างประสบการณ์ในการบูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานต่อไป โดยกิจกรรมในครั้งนี้ได้รับเกียรติจากนางสาวสุรางค์ อัครนิโรจน์ หัวหน้างานประเมินต้นทุนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในประเด็นต่างๆ ที่น่าสนใจ ดังนี้

- 1. แนะนำหน่วยงาน** งานประเมินต้นทุน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ขึ้นกับฝ่ายการคลังมีวิสัยทัศน์คือ เป็นหน่วยงานต้นแบบในการให้คำปรึกษาและวิเคราะห์ต้นทุนมุ่งสู่ความเป็นเลิศในระดับสากล และมีพันธกิจคือ ให้การบริการวิเคราะห์ต้นทุนและจัดทำข้อมูลสำหรับผู้บริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการบริการเชิงรุก ด้วยการพัฒนาเทคโนโลยีระบบสารสนเทศและทรัพยากรมนุษย์ หน้าที่ของงานประเมินต้นทุน มีดังนี้
 - 1) การคำนวณต้นทุนตามกิจกรรม
 - 2) ระบบบัญชีต้นทุน SAP
 - 3) Data Warehouse
 - 4) รายงานอื่นๆ ตามความต้องการของผู้บริหาร
- 2. ปัญหาในการทำงานงานประเมินต้นทุน** ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2544 โดยเกิดจากความตื่นตัวของภาครัฐในเรื่องการคำนวณต้นทุนตามกิจกรรมซึ่งการทำงานในช่วงเริ่มแรกนั้นมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น ได้แก่
 - 1) การประเมินต้นทุนเป็นเรื่องใหม่สำหรับบุคลากรในคณะฯ
 - 2) ต้องค้นหาแนวทางการทำงาน เพราะเป็นเรื่องใหม่
 - 3) เนื้อหาของงานมีความเปลี่ยนแปลงเกือบตลอดเวลา
 - 4) มีผู้ขอข้อมูลต้นทุนในอดีต
 - 5) ผู้บริหารโทรมาขอข้อมูลด่วน
 - 6) บุคลากรลาออก
 - 7) คณะฯ เริ่ม Implement ระบบ SAP
 - 8) บุคลากรยังขาดทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และภาษา
 - 9) เจ้าหน้าที่ที่เป็น End User ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นทำงานอย่างไร
 - 10) เวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอะไรก็มักจะส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน



3. จุดเริ่มต้นของการจัดการความรู้ในงานประจำ จากปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน ทำให้หน่วยงานได้สำรวจตัวเองแล้วพบว่าปัจจัยส่งผลให้ทำงานไม่ได้คือ ความรู้ของคนในหน่วยงานมีไม่เท่ากัน ดังนั้นหน่วยงานจึงเริ่มต้นด้วยการหาความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงานก่อน โดยใช้วิธีการหาความรู้ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญภายใน เช่น ศึกษาจากอาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว เรียนรู้วิธีการต่างๆ จากท่าน การหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญภายนอก โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอกมาอบรมให้ความรู้กับบุคลากรในหน่วยงาน หรือส่งบุคลากรไปอบรมศึกษาดูงาน และการค้นหาความรู้จากตำรา โดยการอ่านตำราทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยการแบ่งหัวข้อกันอ่าน สรุปรายงาน และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานซึ่งพบว่าได้ทำให้เกิดแนวคิดใหม่ๆ เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาว่าบุคลากรแต่ละคนมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน จึงได้มีการสอนงาน/ถ่ายทอดข้อมูล-ความรู้/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในหน่วยงานภายในด้วยโดยเริ่มต้นจาก

- 1) การกำหนดความรู้ที่จำเป็น คือให้คิดว่าความรู้อะไรที่จำเป็นในการทำงานและจะทำให้เราทำงานได้ ซึ่งในงานประเมินต้นทุน ความรู้ที่จำเป็นก็ได้แก่ เรื่องโครงสร้างองค์กร ความเข้าใจการทำงานของหน่วยงานอื่น ความรู้พื้นฐานระบบ SAP, SAP-CCA, PA, PCA, IO ระบบ Data Warehouse, Microsoft Excel ขั้นสูง Microsoft Power Point และการนำเสนอ Healthcare reimbursement (ระบบการจ่ายเงิน) เป็นต้น
- 2) หลังจากกำหนดความรู้ที่จำเป็นแล้ว ก็ได้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานโดยใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่
 - On the Job Training มีทั้งการสาธิต ฝึกการฟัง/สังเกต เรียนรู้ การให้ปฏิบัติ และการซักซ้อมก่อนลงปฏิบัติ
 - ระบบพี่เลี้ยง โดยการจับคู่ระหว่างพนักงานใหม่และพนักงานเดิม เพื่อสอนงานในความรับผิดชอบ ซึ่งการสอนงานจะให้พี่ Senior ช่วยตรวจทานงานให้น้องใหม่ เพื่อให้งานไม่เกิดความผิดพลาดและร่วมรับผิดชอบในงานนั้นๆ ด้วย
 - การจัดอบรมภายในหน่วยงาน โดยการให้พนักงานใหม่จัดตารางสอนตามหัวข้อที่ต้องเรียนรู้ มีการทดสอบตามหัวข้อที่กำหนด มีการสอนเนื้อหาใหม่ๆ ที่มีผลกระทบต่อการทำงาน มีการถ่ายทอดความรู้จากการประชุม/อบรม และมีการแบ่งหัวข้อหนังสือ เพื่อไปศึกษาและนำมาถ่ายทอดร่วมกัน
 - การหมุนเวียนงาน เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในงานหลักและระบบงานอื่นๆ ด้วย เพราะเมื่อมีบุคลากรลาออก งานจะได้ไม่หยุดชะงัก โดยการหมุนไปเรียนรู้งานระบบอื่น และมีการสลับงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น กรรมกรกฐ การควบคุมคุณภาพในฯ เป็นต้น
 - กำหนด Performance Agreement ในหน่วยงานได้มีการทำข้อตกลงว่าบุคลากรจะต้องมีการถ่ายทอดความรู้ให้บุคลากรภายในหน่วยงานด้วยโดย Post ความรู้ไว้ใน CoP อย่างน้อยปีละ 3 เรื่อง

- กำหนดข้อปฏิบัติกรณีลาออกบุคลากรที่จะลาออกจะต้องจัดทำเอกสารส่งงาน ได้แก่ สรุปข้อมูล/ผลงานทั้งหมด พร้อม File สรุปงานคงค้างและนัดถ่ายทอดงานที่ต้องดำเนินการต่อให้กับผู้รับผิดชอบคนอื่นๆ พร้อมลงนามทั้งผู้รับ/ผู้ถ่ายทอด
- จัดการประชุมเพื่อ Update งาน และ Discuss ปัญหาที่ติดขัดเดือนละ 4 ครั้ง
- การเก็บข้อมูลการปฏิบัติงาน เมื่อมีงานที่ได้รับมอบหมายมา ทางหน่วยงานก็จะนำข้อมูลมาเก็บไว้ในรูปแบบของ File Excel โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมาย ผู้รับผิดชอบ และสถานะของงานเป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามงาน
- การเก็บประเด็นปัญหาเมื่อพบปัญหาอุปสรรค หรือประเด็นความเสี่ยงที่พบในการทำงาน บุคลากรในหน่วยงานจะนำมาเก็บไว้เป็นข้อมูล โดยระบุปัญหาในงาน ช่วงเวลาที่พบปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหา และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ทราบว่าในหน่วยงานมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง และแต่ละคนมีวิธีการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้กับบุคลากรคนอื่นๆ ต่อไป รวมทั้งเป็นการเก็บสถิติเพื่อใช้ในการรายงานการควบคุมภายในได้อีกด้วย
- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
- จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะฯและหน่วยงาน ซึ่งทำให้เกิดงานวิจัยและนวัตกรรม/โครงการต่างๆ เกิดขึ้นตามมา

4. เครื่องมือจัดเก็บความรู้ที่ได้นำมาใช้ในหน่วยงาน ได้แก่

- 1) Share Drive คือการตั้งระบบแชร์ข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานนำงานที่เสร็จสมบูรณ์แล้ว หรืองานที่ยังต้องมีการติดตามงานมาใส่เป็นข้อมูลส่วนกลางไว้ เพื่อความสะดวกในการใช้ข้อมูลและติดตามงาน
- 2) SINET เป็นระบบที่มีไว้สำหรับแชร์ข้อมูลทั่วไปของคณะฯ
- 3) Data Warehouse เป็นระบบฐานข้อมูลของคณะฯ

5. การเผยแพร่ความรู้ในหน่วยงานจะมีการเผยแพร่ข้อมูล/ความรู้ ใน 2 ระดับคือ

- 1) ภายในคณะฯ เช่น
 - กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) โดยการนำความรู้มาจัดเก็บไว้ในเว็บไซต์การจัดการความรู้ของคณะฯ
 - เอกสารคุณภาพ
 - จัดอบรมแก่ภาควิชา/หน่วยงานภายในคณะฯ
 - การเผยแพร่เครื่องมือ NPV และคู่มือต่างๆ
- 2) ภายนอกคณะฯ เช่น
 - เครือข่าย UHOSNET คือ กลุ่มสถาบันการศึกษาที่มีโรงพยาบาล
 - สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
 - โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เป็นต้น



6. ความภาคภูมิใจ/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) การปลูกฝังแนวคิดให้เห็นประโยชน์ของการแบ่งปันความรู้
 - ผู้สอนได้ประโยชน์
 - แบ่งเบาภาระงานในอนาคต
 - ทำงานทดแทนกันได้
 - สร้างความสัมพันธ์ ฯลฯ
- 2) ทำเป็นตัวอย่าง
- 3) การกระตุ้นให้มีการปฏิบัติ
- 4) สร้างนิสัยช่างสงสัย
- 5) การชื่นชม
- 6) การสร้างจิตสำนึกของการบริการ

สำหรับกิจกรรมในครั้งนี้ถือเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์อย่างมากต่อการทำงานประจำ เพราะไม่เพียงแต่จะทำให้เราไม่ทำงานประจำไปเพียงวันๆ เท่านั้น แต่จะทำให้การทำงานประจำของเรามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการนำการจัดการความรู้มาใช้ในการแก้ไขปัญหา และเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของหน่วยงาน คือ บุคลากรเก่ง ผู้รับบริการพึงพอใจ และองค์กรมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งถือได้ว่ากิจกรรมในครั้งนี้เป็นการจุดประกายความคิดให้กับบุคลากรของคณะฯ ให้เกิดการนำการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานประจำได้เป็นอย่างดี





การบูรณาการ การจัดการความรู้กับงานประจำ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

งานเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับงานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กรได้จัดกิจกรรมการบูรณาการการจัดการความรู้กับงานประจำร่วมกัน ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2555 เวลา 12.00-13.00 น.ณ ห้อง 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยประเด็นของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีรายละเอียดดังนี้

➤ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

ตามทีมงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้เขียนโครงการพัฒนาคุณภาพงานภายใต้ชื่อ **โครงการ การแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น** เนื่องจากการขาดเจ้าหน้าที่เครื่องคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้งานด้านการซ่อมบำรุงและติดตั้งอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ไม่มีความคล่องตัวเท่าที่ควร เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ในการบริการเพียงคนเดียว ซึ่งมีภาระกิจทางด้านอื่นๆ รับผิดชอบอยู่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนา ระบบการแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น รวมทั้งการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา Computer ให้กับเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวทำให้ทีมงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้สรุปรวบรวมปัญหาคอมพิวเตอร์ที่เกิดขึ้น ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม 2554 ถึง 20 เมษายน 2555 ซึ่งพบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ประสบปัญหา ดังนี้

1. การเข้าใช้ Internet ไม่ได้
2. ระบบ LAN การแชร์/ดึงข้อมูล
3. Set Printer/แก้ไขปัญหา Printer ไม่ทำงาน
4. คอมพิวเตอร์ทำงานช้า
5. ต่อสัญญาณ LCD Projector กับ Notebook ไม่ได้
6. ติด Virus ใน Notebook, PC, USB
7. เปิดใช้งานเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่ได้
8. สัญญาณเสียงเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่ดัง
9. โหลดไฟล์จาก Youtube
10. ติดตั้ง Software บางตัว
11. การขอคำแนะนำการใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์
12. การลบไฟล์จาก Webmail
13. ปัญหาที่เกิดกับเครื่องเสียง เช่น
 - ไมค์โครโฟนไม่ดัง
 - เสียงไม่ดี/สัญญาณเสียงไม่ดี ขอปรับเปลี่ยน
 - ขอใช้ไมค์ลอยตัววน



- ขอเพิ่มไมโครโฟน

งานเทคโนโลยีสารสนเทศจึงได้ในวันที่จะอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหา Computer เบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศในวันที่ 11 มิถุนายน 2555 เพื่อจะได้ช่วยกันทำให้การบริการของงานเทคโนโลยีสารสนเทศมีประสิทธิภาพมากขึ้น

➤ **ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของงานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร**

งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กรได้กล่าวถึงการทำงานที่ซ้ำซ้อนกันระหว่างฝ่ายโสตทัศนูปกรณ์ และประชาสัมพันธ์ ในเรื่องการถ่ายภาพ เนื่องจากไม่สามารถแยกได้ว่างานไหนใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เวลาที่เจ้าของงานมาขอใช้บริการจะไปเขียนใบขอใช้บริการที่ฝ่ายโสตทัศนูปกรณ์ แต่ ณ วันงานจะมาตามฝ่ายประชาสัมพันธ์ไปถ่ายภาพ ซึ่งประชาสัมพันธ์ก็ไม่ทราบว่ามีการเกิดขึ้น ดังนั้น ที่ประชุมจึงได้สรุปวิธีการแก้ปัญหาดังนี้

1. ฝ่ายประชาสัมพันธ์จะรับผิดชอบถ่ายภาพที่เกี่ยวข้องกับด้านการข่าวการประชาสัมพันธ์ ภายใน-ภายนอกคณะฯ เป็นหลัก
2. ฝ่ายโสตทัศนูปกรณ์จะรับผิดชอบถ่ายภาพงานด้านการเรียนการสอนเป็นหลัก
3. งานสำคัญของคณะฯ ทั้ง 2 ฝ่ายจะช่วยกันถ่ายภาพ

นอกจากนี้ งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร ได้มีจัดทำ Website สำหรับการขอใช้บริการของงานประชาสัมพันธ์ ซึ่งอยู่ระหว่างการทดสอบ/ปรับเปลี่ยนอยู่





โครงการ การแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น

หัวหน้าโครงการ นายพัฒนา ผ่องศรี

หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ

รายชื่อสมาชิก

1. นางอรรรณ พูลสุข
2. นางสาวขวัญใจ เนียมพิทักษ์
3. นางกิติมา วันทอง
4. นายวัชรินทร์ ควรหาเวช
5. นายบุลากร บัวหลวง

ที่มาของโครงการ

การขาดเจ้าหน้าที่เครื่องคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้งานด้านการซ่อมบำรุงและติดตั้งอุปกรณ์สารสนเทศ ไม่มีความคล่องตัวเท่าที่ควร เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ในการบริการเพียงคนเดียว ซึ่งมีภาระกิจทางด้านอื่นๆ รับผิดชอบอยู่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น รวมทั้งการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา Computer ให้กับเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา Computer ให้กับเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศ
2. เพื่อพัฒนาระบบบันทึกการแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น

ระยะเวลาการดำเนินการ 3 พฤษภาคม 2555 – 30 กันยายน 2555

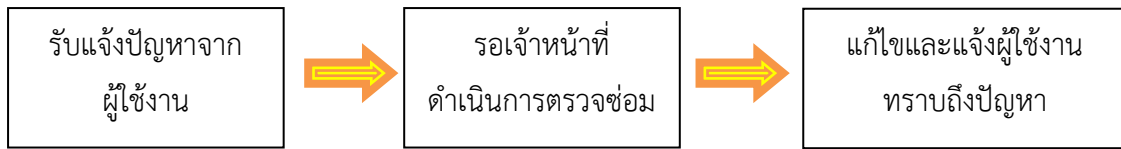
วันที่เริ่มต้นโครงการ 3 พฤษภาคม 2555

ผู้เกี่ยวข้อง

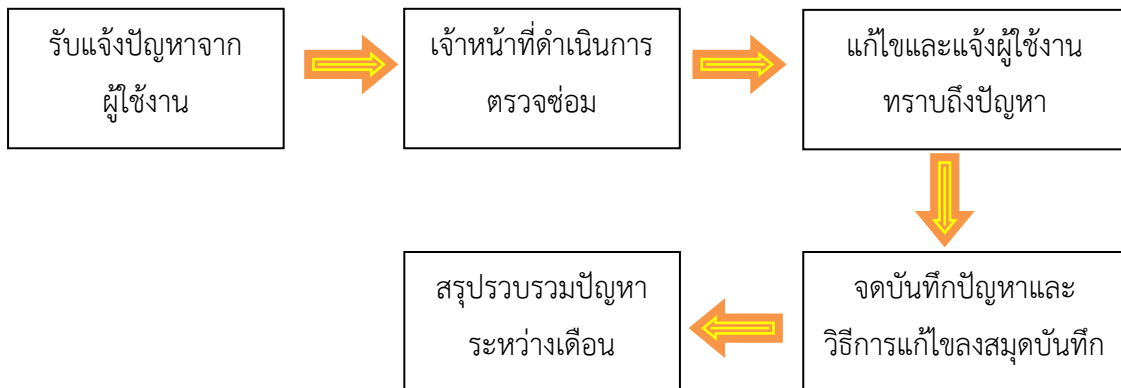
บุคลากรในงานเทคโนโลยีสารสนเทศคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



กระบวนการงาน (Flow) ก่อนการปรับปรุง



กระบวนการงาน (Flow) หลังปรับปรุง



รายละเอียดพอสังเขป

1. สร้างแบบบันทึกปัญหาและวิธีแก้ไข
2. ประชุมร่วมมือเพื่อพัฒนาทักษะด้านการแก้ไขปัญหา Computer ให้กับเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศและงานอื่นๆ ที่สนใจเข้าร่วม
3. บันทึกและสรุปรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประชุม
4. ทำ Website แนะนำการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น จัดอันดับ Topten ปัญหาพบบ่อย และจัดทำ VDO Clip แนะนำการแก้ไขปัญหา

งบประมาณที่ใช้ ไม่มี

อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้

1. คอมพิวเตอร์
2. Server สำหรับเก็บบันทึกข้อมูล

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์

ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3 รอบการวัดผล)			
		ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 3 วัน/เดือน/ปี
1. เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศมีทักษะการแก้ไขปัญหา Computer	เพื่อให้การดำเนินงานในการแก้ไขปัญหา Compute มีความคล่องตัวมากขึ้น	ผู้ใช้บริการที่มาขอรับบริการต้องรอเจ้าหน้าที่ที่สามารถแก้ไขปัญหาคือได้เพียงคนเดียว จึงทำให้ต้องเสียเวลารอนาน	อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหา Computer ให้กับเจ้าหน้าที่ ในวันที่ 11 มิถุนายน 2555	เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (30 ส.ค. 55)	-
2. เพื่อพัฒนาระบบบันทึกการแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น	เพื่อให้เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการสามารถแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้นได้ด้วยตนเองโดยศึกษาวิธีการจากระบบบันทึกการแก้ไขปัญหา	ยังไม่มีระบบบันทึกการแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้น	มีการบันทึกวิธีการแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้นลงในสมุดบันทึก เริ่มตั้งแต่วันที่ เดือน มกราคม 2555 แต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้ผู้ใช้บริการได้ใช้งาน	ยังไม่ได้พัฒนาเว็บไซต์และนำการแก้ไขปัญหา เบื้องต้น รวมถึง VDO Clip	-

การพัฒนาปรับปรุง

CQI รอบที่ 1 ระยะเวลา 6 เดือน

สรุปการพัฒนาปรับปรุงและผลการดำเนินการ

มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหา Computer ให้กับเจ้าหน้าที่ ในวันที่ 11 มิถุนายน 2555

CQI รอบที่ 2 ระยะเวลา 2 เดือน

สรุปการพัฒนาปรับปรุงและผลการดำเนินการ

เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถแก้ไขปัญหา Computer เบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

CQI รอบที่ 3 ระยะเวลา 1 เดือน

-

สรุปการพัฒนาปรับปรุงและผลการดำเนินการ

-



สรุปผลการดำเนินการ

1. ปัญหา/ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ

เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในงานเทคโนโลยีฯมีภาระกิจค่อนข้างมากและหลายด้านจึงทำให้การจดบันทึกวิธีการแก้ไขอาจไม่ครบถ้วน

2. กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

การพัฒนาการให้บริการด้านซ่อมบำรุงเครื่องคอมพิวเตอร์ จำเป็นต้องศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ และ ควรพัฒนาทักษะให้กับบุคลากรในงาน เพื่อการบริการที่รวดเร็วและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างตรงจุด

3. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

จัดกลุ่มปัญหา และจัดทำ Website ในการแนะนำการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น





โครงการพัฒนาระบบบริหารงานและพัฒนาคุณภาพงานตามโครงสร้างใหม่ โดยใช้แบบประเมินผลกิจกรรมความต้องการพบอาจารย์ที่ปรึกษาแบบออนไลน์

หัวหน้าโครงการ นางสาวชญญา แสงจันทร์

รายชื่อสมาชิก

1. นางจรินทิพย์ อุดมพันธ์รัก
2. นางสาวชลิษา กัญพัฒน์พร

ที่มาของโครงการ

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ โดยมอบหมายให้ฝ่ายพัฒนานักศึกษาจัดดำเนินการให้อาจารย์ที่ปรึกษาติดตามดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิดตามสัดส่วนของนักศึกษา แต่ปัจจุบันมีจำนวนนักศึกษามากกว่าอาจารย์ ดังนั้นการที่จะพัฒนาบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ให้เป็นบัณฑิตที่สมบูรณ์แบบ มีความรู้ทางวิชาการ ได้สำเร็จเป็นพยาบาลที่มีจิตใจที่เป็นคุณธรรม จริยธรรมที่ดี จึงควรมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในอดีตการจัดนักศึกษาพบอาจารย์ที่ปรึกษาจะมีการประเมินผลโดยแจกแบบประเมินเป็นเอกสารให้นักศึกษา ซึ่งฝ่ายพัฒนานักศึกษา ได้พบกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยแยกปัญหาเป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาที่เกิดกับนักศึกษา คือ นักศึกษาส่งแบบประเมินกลับมาล่าช้า และตอบไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกหรือความเป็นจริง 2) ปัญหาที่เกิดกับฝ่ายพัฒนานักศึกษา คือ การดำเนินการประกอบด้วยหลายขั้นตอน ทำให้เสียเวลาในการถ่ายเอกสาร สูญเสียทรัพยากรกระดาษเป็นจำนวนมาก อีกทั้งต้องใช้เวลามากในการ Key เพื่อสรุปและวิเคราะห์แบบประเมิน งานพัฒนานักศึกษาได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น จึงต้องการพัฒนาระบบบริหารงานและพัฒนาคุณภาพงานระบบอาจารย์ที่ปรึกษา โดยการจัดทำแบบประเมินผลกิจกรรมความต้องการพบอาจารย์ที่ปรึกษา **ด้วยระบบ Computer Online** สำหรับนักศึกษาประเมินทุกครั้งที่มีการจัดนักศึกษาพบอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและลดขั้นตอนการทำงานของฝ่ายพัฒนานักศึกษา ซึ่งสามารถประเมินผลได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง และให้นักศึกษาสามารถประเมินได้ตามความรู้สึกและความเป็นจริงโดยไม่ต้องกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างแบบประเมินผลกิจกรรม/งาน แบบออนไลน์
2. เพื่อลดขั้นตอนของการ Key ข้อมูล และลดการใช้กระดาษ

ระยะเวลาการดำเนินการ 1 มกราคม 2555 – 30 กันยายน 2555

วันที่เริ่มต้นโครงการ 1 มกราคม 2555

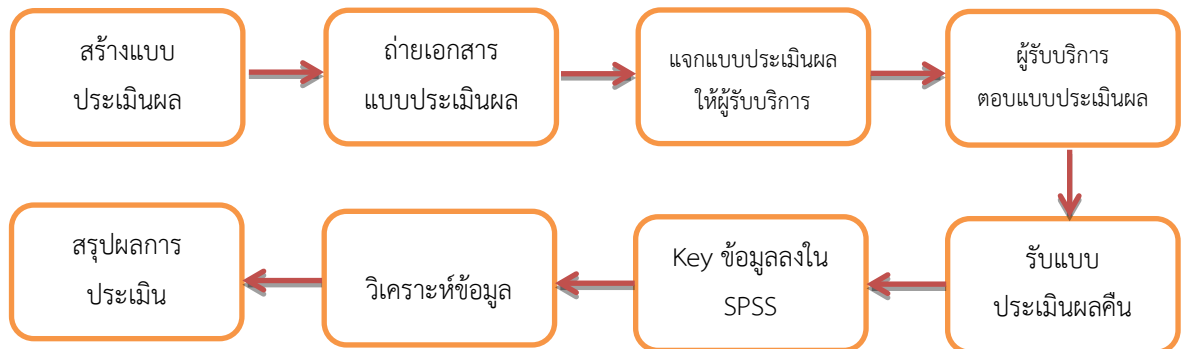


ผู้เกี่ยวข้อง

ผู้รับบริการ : นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2-4 คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ให้บริการ: งานพัฒนานักศึกษา

กระบวนการงาน (Flow) ก่อนการปรับปรุง



กระบวนการงาน (Flow) หลังการปรับปรุง



รายละเอียดพอสังเขป

1. เรียนการใช้ Google Document
2. ทดลองทำแบบประเมินด้วย Google Document
3. ส่ง link แบบประเมินให้ผู้รับบริการทาง facebook กลุ่มแต่ละชั้นปี
4. ผู้รับบริการประเมินผลผ่านออนไลน์
5. ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลออนไลน์ (Google) มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Excel หรือ SPSS
6. สรุปผลการประเมิน

งบประมาณที่ใช้ (ถ้ามี) -

อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ (ถ้ามี)

1. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 ตัว

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์

ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3 รอบการวัดผล)			
		ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี (30 กย 55)	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี (31 มีค 56)	หลังดำเนินการ ครั้งที่ 3 วัน/เดือน/ปี (30 กย 56)
1. ใช้เวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่เกิน 30 นาที	เพื่อลดระยะเวลาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	ใช้เวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลประมาณ 2-3 ชม	ใช้เวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่เกิน 30 นาที	-	-
2. ลดปริมาณการใช้กระดาษในการประเมินผล	เพื่อลดการใช้กระดาษในการประเมินผล	ต้องทำสำเนากระดาษที่ใช้ในการประเมินผลเป็นจำนวนมาก (ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม)	ไม่มีการใช้กระดาษในการประเมินผล	-	-

การพัฒนาปรับปรุง

CQI รอบที่ 1 ระยะเวลา 1 ปี

สรุปการพัฒนาปรับปรุงและผลการดำเนินการ

หลังจากการทดลองใช้การประเมินผลกิจกรรม /งาน แบบออนไลน์ พบว่าสามารถช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลง เนื่องจากไม่ต้องมาทำการ Key ข้อมูลอีก สามารถดึงข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้บนระบบมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Excel หรือ SPSS ได้เลย และช่วยลดปริมาณการใช้กระดาษ เนื่องจากไม่ต้องทำสำเนากระดาษที่ใช้ในการประเมินผลอีก คงเหลือแค่ทำสรุปผลการประเมิน 1-2 ใบเท่านั้น

CQI รอบที่ 2 ระยะเวลา -

สรุปการพัฒนาปรับปรุงและผลการดำเนินการ -

CQI รอบที่ 3 ระยะเวลา -

สรุปการพัฒนาปรับปรุงและผลการดำเนินการ -



สรุปผลการดำเนินการ

1. ปัญหา/ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ

- ไม่สามารถควบคุมจำนวนการตอบแบบประเมินจากนักศึกษาได้ เนื่องจากการประเมินผ่านสื่อ Online
- นักศึกษาให้ความร่วมมืออยู่ในระดับร้อยละ 30

2. กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

เกิดการเรียนรู้กระบวนการสร้างแบบประเมินออนไลน์ โดยเมื่อนำมาใช้จริงก็ได้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดกระบวนการคิดอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขและพัฒนาแบบประเมินออนไลน์ให้ดียิ่งๆ ขึ้นต่อไป

3. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

สามารถประชาสัมพันธ์แบบประเมินออนไลน์ให้นักศึกษาได้อย่างทั่วถึง หาวิธีการดึงดูดความสนใจในการเข้ามาตอบแบบสอบถาม และวิธีการทำให้นักศึกษาเข้ามาให้ความร่วมมือตอบแบบประเมินครั้งต่อไปมากขึ้น



เสวนาเรื่อง การวิเคราะห์ทุติยมาน (Secondary Analysis)

นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย จัดกิจกรรมเสวนาวิจัยซึ่งเป็นกิจกรรม ที่จัดขึ้น ประจำของคณะฯ เพื่อให้ ความรู้และเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2555 เวลา 13.00 – 16.00 น. ณ ห้อง 504 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งในครั้งนี้เป็นเสวนาเรื่อง การ วิเคราะห์ทุติยมาน หรือ Secondary Analysis โดยได้รับเกียรติจากอาจารย์หลายๆ ท่านที่มีประสบการณ์ในการ ทำงานวิจัยแบบ Secondary Analysis ได้แก่ ผศ.ดร.นพพร ว่องสิริมาศ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ จาก ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ ผศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง จากภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา และอ.ดร.เกษศิริ วงษ์คงคำ จากภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ โดยมี รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสภิตตดิคุณ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย ให้เกียรติเป็นผู้ดำเนินรายการ

ทำความเข้าใจร่วมกันก่อน

สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสภิตตดิคุณ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า อยากให้เป็น การจัดเสวนาโดยมีข้อตกลงในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกันของอาจารย์ และถือเป็นโอกาสที่ดีในการเรียนรู้ ร่วมกัน ทั้งนี้เมื่อฟังเสร็จแล้ว อยากให้ทุกคนได้รับข้อคิด และข้อพึงระมัดระวัง ในการทำวิจัยของตนเองต่อไปด้วย

จากผลงานวิจัยสู่การเรียนรู้ร่วมกัน

เริ่มต้นเป็นการนำเสนอผลงานของ ผศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบาง ประการ การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์” โดยผลงานเรื่องนี้เป็นการใช้ข้อมูลจากคหุณินิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Effectiveness of a self-regulation program on diet control, exercise and two-hour post prandial blood glucose levels on Thais with gestational diabetes mellitus) รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสภิตตดิคุณ ได้ชี้ประเด็นให้ร่วมอภิปรายว่างานที่ เป็นข้อมูลปฐมภูมิเป็นการทดลอง ในขณะที่งานวิเคราะห์ทุติยมานกลับมาค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลใน เลือด ดูเสมือนว่านักวิจัยถอยกลับไปตั้งต้นหาสาเหตุในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอีกหรือไม่ และรศ.ดร.ศศิมา กุสุมา ณ ออยุธยา ให้ความเห็นที่ขึ้นอยู่กับความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย และได้สอบถามถึงความสำคัญ ของปัญหาในการวิจัยนี้จริงได้มีนำมาทำวิจัยอีกครั้ง หนึ่ง และในการทำ Secondary ต้องไม่ใช้การเก็บข้อมูล เอาไว้ทำวิจัยเรื่องที่ 2 ต่อไป

ผศ.ดร.ปิยะนันท์ ได้อธิบายถึงที่มาของปัญหาว่า เกิดจากเมื่อสิ้นสุดการวิจัยเรื่องแรก นักวิจัยมีข้อสงสัยว่า จะมีปัจจัยอะไรอีกบ้างที่เกี่ยวข้องกับการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ในเบื้องต้น จึงใช้ ข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์อีกครั้งด้วยสถิติอื่นเพื่อหาคำตอบ



รศ.ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า จากการฟังการบรรยายที่ผ่านมาของ ดร.เบญจจา ยอดดำเนิน-แอดดติคส์ ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า ในการทำ Secondary Data จะต้องทำเพื่อตอบคำถามการวิจัยใหม่ และใช้สถิติการวิเคราะห์ที่สูงขึ้นซึ่งเรื่องที่น่าเสนอโดย ผศ.ดร.ปิยะนันท์ น่าจะถือว่าเป็น Secondary Analysis

รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณได้ให้นิยามของคำว่า Secondary Data ไว้จากที่ได้สืบค้นมา เช่น Sarah Boslaugh, 2007 ได้กล่าวว่า The same data set could be:

- **Primary data**, if the data set in question was collected by the researcher(s);
- **Secondary data**, if it was collected by someone else for some other purpose.
- ส่วน Burns & Grove, 2005 ได้อ้างถึง Secondary Analysis ดังนี้

Data are re-examined using different organizations of the data and different statistical analyses than those previously used.

สำหรับ Wikipedia ได้กล่าวถึง **Secondary Data** คือ Data collected by someone other than the user หรือนิยามที่ได้จาก <http://www.csulb.edu/> ระบุว่า The term "**secondary data**" refers to data that were collected for other studies. For the first researcher they are primary data, but for the second researcher, they are secondary data.

นอกจากนี้ยังได้ยกตัวอย่างงานที่เป็น Secondary Analysis เช่น จากการศึกษาของ Shu-li Chen, et al, 2008 ในเรื่อง "Predictors of American elders' home stay: A secondary data analysis study" โดยนำข้อมูลมาจาก The National Home and Hospice Care Survey 2000 (NHHCS 2000) ซึ่งเป็น Public-use data Files และตัวอย่างอีกเรื่อง คือ ผลการวิจัยของ Kattika Thanakwang, 2009 ได้แก่เรื่อง "Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the National Elderly Survey" โดยใช้ข้อมูลจาก The 2002 National Elderly Survey in Thailand

รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ ได้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนว่าในต่างประเทศจะมีการนำข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ ทำการวิเคราะห์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจต้องซื้อแต่ราคาก็ไม่แพง อย่างไรก็ตามนักวิจัยจำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลปฐมภูมิที่ได้รับมาด้วยว่ามีความถูกต้อง ครบถ้วน และข้อสำคัญควรมีตัวเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเพื่อช่วยในการตรวจสอบ

สำหรับผลงานเรื่องที่สอง เป็นของ อ.ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ โดยใช้ข้อมูลจากดัชนีนิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2" มาทำการวิเคราะห์หุตุยमान ในชื่อเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นเบาหวานกับระดับความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2"

รศ.ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา ได้สอบถามว่าหากมีการเก็บข้อมูลใหม่ จะเป็น Secondary Analysis หรือไม่ ในประเด็นนี้ รศ.ดร.ทัศนีย์ ให้ความเห็นว่าอาจจะไม่ใช่ พร้อมทั้งขอความเห็นจากผู้เข้าร่วมเสวนา ซึ่งรศ.ดร.

นันทนา ธนาโนวรรณ ได้แสดงความเห็นสนับสนุนว่า งานนี้เป็นงาน Secondary Analysis แน่นนอน เนื่องจากมีการใช้สถิติขั้นสูงกว่างานชิ้นแรก และตัวแปรตามก็แตกต่างกัน (การเกิดโรค VS ความรุนแรงของโรค)

ต่อมาเป็นการนำเสนอผลงานวิจัยเรื่องที่ 3 ของ ผศ.ดร.นพพร ว่องสิริมาศ โดยใช้ข้อมูลจากดัชนีพันธะเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในมารดาเพศและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย : บทบาทการส่งผ่านของการสนับสนุนทางสังคมสถานการณ์ความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเอง” โดยมีการใช้เครื่องมือจากต่างประเทศ และนำมาแปลเป็นภาษาไทย เพื่อดูลักษณะประกอบของเครื่องมือและยืนยันโครงสร้างของเครื่องมือตามนิยามที่กำหนดไว้ และมีการกำหนดคำถามการวิจัยไว้แล้วทั้งหมด แต่ในผลงานวิจัยปริญญาเอก ไม่สามารถเขียนผลการวิจัยได้ทั้งหมด จึงแบ่งการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยออกเป็นสองฉบับ โดยฉบับแรกรายงานผลการวิจัยทั้งหมด แต่ในฉบับที่สองเป็นการรายงานแต่เฉพาะเรื่องของคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยใช้ชื่อเรื่อง “แบบวัดความผูกพันบิดามารดา-บุตร: การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย” ซึ่งงานฉบับที่สองเป็นตัวอย่างชัดเจนว่าไม่ใช่ Secondary Analysis

อ.ดร.ศุภาวดี วายุเหือด ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกว่า ตนเองไม่ได้แบ่งผลงานออกตีพิมพ์ แต่ส่งตีพิมพ์ผลการศึกษาทั้งหมดลงในวารสารเพียงครั้งเดียว

ฝากไว้เป็นข้อคิด

ภายหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากนำเสนอผลงานวิจัยของอาจารย์ทั้ง 3 ท่าน รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ ได้กล่าวทิ้งท้ายไว้อย่างน่าสนใจ เกี่ยวกับการตีพิมพ์ผลงานวิจัยดัชนีพันธะของอาจารย์แต่ละท่านว่า ควรมีการแบ่งผลการศึกษาเพื่อตีพิมพ์มากกว่าหนึ่งเรื่อง ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถนำงานเหล่านี้มาขอตำแหน่งทางวิชาการได้ก็ตาม เพราะอาจารย์ที่จบปริญญาเอกใหม่ๆ ยังไม่ผลงานวิจัยอื่นใดนอกจากงานดัชนีพันธะ การตีพิมพ์มากกว่าหนึ่งเรื่องใน Field เดียวกัน จะเป็นการช่วยทำให้ Curriculum Vitae (CV) ของอาจารย์ดูดีขึ้น ซึ่งเมื่อพูดถึงประเด็นนี้ งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัยได้วางแผนกิจกรรมในอนาคตว่า อาจจะมีการจัดกิจกรรมแนะนำอาจารย์ในการเขียน CV

ผศ.ดร.อรุมน ศรียุกต์ศุภ ได้ขอสอบถามในประเด็นการใส่ชื่อนักวิจัยของงาน Secondary Analysis ว่า จำเป็นต้องใส่ชื่อนักวิจัยเจ้าของงานปฐมนุญมิหรือไม่ถ้าหากคนกลุ่มนี้ไม่ได้มีส่วนในงานชิ้นที่สองเลย ซึ่งอ.ดร.เกศศิริ วงศ์คงคำ ได้ตอบคำถามนี้อย่างน่าสนใจคือ ได้รับคำแนะนำจากคณะกรรมการ IRB ให้มีการขออนุญาตจากคณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่าน และมีชื่อคณะกรรมการทุกท่านลงนามอนุญาต ซึ่งรศ.ดร.ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ ให้ข้อเสนอแนะว่าเรื่องการขออนุญาตใช้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็น แต่การใส่ชื่อนักวิจัยในงานให้ยึดหลักใส่ชื่อคนที่ทำวิจัยจริงๆ หากนักวิจัยคนใดหรือทุกคนในงานปฐมนุญมิไม่ได้มีส่วนร่วมในงาน Secondary Analysis ก็ไม่ต้องใส่ชื่อ

อ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์ และรศ.ดร.นันทนา ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันว่า ตนเองมีผลงานวิจัยที่ได้รับ การตีพิมพ์แล้ว แต่มีการนำข้อมูลมาทำ Secondary Data แล้วนำมาตีพิมพ์ใหม่ และมีเพิ่มเติมทีมนักวิจัยใหม่ด้วย แต่ไม่จำเป็นต้องใส่ชื่อนักวิจัยในกลุ่มแรก อย่างไรก็ตามในประเด็นเรื่องชื่อนักวิจัยนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ทั้งนี้ รศ.ดร.ทัศนีย์ จะได้นำประเด็นนี้ไปปรึกษากับบรรณาธิการวารสารนานาชาติ และจะแจ้งคำตอบให้ทราบในการเสวนาครั้งต่อไป



ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆที่ได้จากการเสวนาในครั้งนี้

การเสวนาวิจัยวันนี้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างกว้างขวางในกลุ่มอาจารย์อย่างมาก ในการทำ Secondary Data ไม่ว่าจะป็นอาจารย์ รุ่นใหม่หรือรุ่นอาวุโสก็ตาม ภายหลังกการเสวนาได้มีการประเมินผลการจัดกิจกรรม ด้วยทำให้งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัยได้รับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆที่เป็นประโยชน์ และน่าสนใจ ดังนี้

- 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบาง ท่านอาจรู้สึกอึดอัดกับบรรยากาศการแลกเปลี่ยนในลักษณะนี้ เนื่องจากอาจ เหมือนว่ วิทยากรจะถูกวิพากย์วิจารณ์ผลงานมากเกินไป และผู้เข้าร่วมการเสวนา อยากเห็นบรรยากาศ ที่เป็นการชื่นชมและให้ข้อเสนอแนะในการทำงานขึ้นต่อไป มากกว่า
- 2) ผู้เข้าร่วมเสวนาในครั้งนี้ ชื่นชอบวิธีการเสวนาในครั้งนี้ ซึ่งเป็น การให้วิเคราะห์/ วิพากย์ที่ละชั้นทำให้เห็น ภาพชัดเจน ทั้งนี้ หากมองว่ในการถาม-ตอบ อาจใช้ข้อคำถามว่ “จะ ทำให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ขึ้น ได้ อย่งไร และต้องเพิ่มเติมส่วนใด” อาจทำให้บรรยากาศดีขึ้น
- 3) ผู้ดำเนินการเสวนาเป็นส่วนสำคัญในการจัดเสวนาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งรูปแบบทำได้ดีและน่าสนใจ มีการ ผสมผสานในการให้ข้อมูล ความรู้ Concept ที่สอดแทรก เป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เกิดบรรยากาศการ เรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกชอบ ควรจัดกิจกรรมเช่นนี้กับคณาจารย์ในคณะฯเป็นประจำ เพื่อทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้ทางวิชาการร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งเปิดใจอภิปรายอย่างเปิดเผย ให้สาธารณะด้วย





การเสวนาเรื่อง “Ethic in Publication”

นางสาวศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร ผู้ลิขิต

งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย จัดกิจกรรมเสวนาวิจัยซึ่งเป็นกิจกรรม ที่จัดขึ้น ประจำของคณะฯ เพื่อให้ ความรู้และเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2555 เวลา 13.00 – 16.00 น. ณ ห้อง 504 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งในครั้งนี้เป็นเสวนาในเรื่อง Ethic in Publication โดยได้รับเกียรติจาก รศ.ดร.ทัศนีย์ ประสพภิตติคุณ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย เป็นผู้นำการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในวันนี้ โดยอาศัยประสบการณ์ในการเป็นผู้ตีพิมพ์ผลงาน และเป็นกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญที่กล่าวถึง 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. Authenticity & Accuracy (ความเที่ยงตรงและแม่นยำ)

- เที่ยงตรง คือ ไม่มีการแต่งเติมข้อมูล
- แม่นยำ คือ ให้ข้อมูลที่สมบูรณ์หลีกเลี่ยงการจัดการ /ตัดแต่ง ที่ไม่เหมาะสมของภาพและการใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม

2. Duplicate Publication & Originality (การพิมพ์ซ้ำและสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ)

- ไม่พิมพ์ซ้ำในการค้นพบเรื่องเดียวกัน หรือพิมพ์ซ้ำ
- ไม่ส่งต้นฉบับเดียวกันสองหรือมากกว่าในวารสารเดียวกัน ครั้งเดียวกัน (ส่งซ้ำ)
- ไม่แบ่งโครงการวิจัยหนึ่ง เป็นเอกสารวิจัยฉบับย่อยๆ หรือ เรียกว่า Salami Publication

3. Credit vs. Plagiarism เครดิตกับการขโมยความคิด

- เครดิต คือ การอ้างแหล่งที่มาของข้อมูลและความคิด
- หลีกเลี่ยงการใช้คำอื่นหรือการขโมยความคิดที่มากเกินไป
- ควรมีการบันทึกแหล่งข้อมูลเมื่อคัดลอกรายการ
- ถอดความให้ได้ใจความเดิมมากที่สุด
- ใช้เครื่องหมายคำพูดหรือคำอธิบายสั้นๆ
- สังเกตเรื่องลิขสิทธิ์และควรมีการขออนุญาตให้ได้รับสิทธิ์ตามที่จำเป็น

4. Conflict of Interest (การขัดผลประโยชน์/ผลประโยชน์ทับซ้อน)

- ระบุกิจกรรมประกาศถึงผู้ให้ความช่วยเหลือของสถาบันนายจ้าง บริษัทหน่วยงานให้ทุน
- การเปิดเผยความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างผู้เขียน ในเชิงพาณิชย์ ผลกระทบทางการศึกษา
- ควรเป็นไปตาม "ข้อมูลสำหรับผู้เขียน" แนวทางและนโยบายอื่นๆ โดยวารสาร



- ให้วารสารและบรรณาธิการ เป็นดำเนินการเรื่องการเงินโดยตรง (เช่น ค่า Honoraria ฯลฯ)

5. การประพันธ์และการส่งชื่อ ขึ้นอยู่กับบรรณาธิการคณะกรรมการวารสารการแพทยนานาชาติ (ICMJE)

- 1) การมีส่วนร่วมมากมายที่จะคิดและการออกแบบของกระดาษหรือการได้มาของข้อมูลหรือการวิเคราะห์และตีความหมายของข้อมูล
- 2) การร่างบทความหรือปรับแก้ไขเนื้อหา สำหรับส่วนที่เป็นทรัพย์สินทางปัญญา
- 3) การอนุมัติขั้นสุดท้ายของผลงานก่อนที่จะเผยแพร่
 - ผู้แต่งต้องมีความรับผิดชอบ รับผิดชอบและความรับผิดชอบเพื่อให้แน่ใจว่าตรงกับเงื่อนไข ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น
 - “ทุกคน ที่ได้ รับมอบหมายให้เป็นผู้เขียนควรจะมีคุณสมบัติในการประพันธ์และทุกคนที่มีคุณสมบัติควรจะแสดง ความคิดเห็นด้วย” กล่าวโดย ดร.ชินเทียอาร์คิง บรรณาธิการหัวหน้าวารสารพยาบาลคลินิก
 - ควรให้ผู้เขียนร่วมของ ผลงานทุกคน ควรจะให้ทุกคนที่มีส่วนร่วม ทางด้านวิชาการ แนวคิดการออกแบบการดำเนินการและการตีความของการทำงานจนถึงการรายงานผล
 - อื่นๆ เช่น บุคคลหนึ่งบุคคลใดที่ได้ช่วยตรวจทานข้อเสนอการศึกษา ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ดูแลผู้ป่วย หรือเป็นแหล่งเงินทุนวิจัย ควรจะได้รับการยอมรับในส่วนเชิงอรรถด้วย
 - ในเอกสารที่มีมากกว่าหนึ่งผู้เขียน ตามคำสั่งของผู้ประพันธ์ควรจะสะท้อนถึงผลงานของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่หลากหลายแตกต่างกัน การตัดสินใจสำหรับการส่งชื่อของการประพันธ์สามารถ เพิ่มขึ้นได้ตามหน้าที่และบทบาท และสามารถเยี่ยมชมในระหว่างกระบวนการวิจัยโดยผู้วิจัยหลัก (PI)

6. Scientific Misconduct การประพฤติผิดทางวิทยาศาสตร์

การคำนวณผิดเป็นการละเมิดมาตรฐานของการปฏิบัติทางวิชาการและพฤติกรรมด้านจริยธรรมในการวิจัยทางวิทยาศาสตร์มีอาชีพ

- การประดิษฐ์ หรือ การประดิษฐ์ข้อมูลหรือกรณีขึ้น
- การโกหกบิดเบือน = จงใจของข้อมูล (เช่น ไม่สนใจ Outliers ไม่ยอมรับว่าข้อมูลบางอย่างที่ขาดหายไปไม่รวมข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในการทดลองทางคลินิก เป็นต้น
- การขโมยความคิด หรือการคัดลอกข้อมูลหรือเอกสาร
- การขโมยความคิด ไม่ได้เป็นเพียงคำพูดของคนอื่น แต่ยังขโมยความคิดตัวเอง เกี่ยวข้องกับการใช้คำพูดของคุณเองจากบทความอื่นเมื่อคำที่มีลิขสิทธิ์ และเจ้าของสำนักพิมพ์

ในท้ายของการเสวนาวิจัยวันนี้ นับโอกาสดีอีกครั้งที่งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัยได้จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างอาจารย์นักวิจัยมากยิ่งขึ้น และหวังว่าเคล็ดลับ เกร็ดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ที่นำมาแลกเปลี่ยนในวันนี้ จะเป็นประโยชน์แก่อาจารย์ที่สนใจ และตั้งใจจะตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานในวารสารต่างๆ ต่อไปด้วย





Share & Learn: คอยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “Share & Learn: คอยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์ ปี 2555” ขึ้น เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2555 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้อง 1111 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการถ่ายทอดความรู้ของผู้เกษียณอายุราชการให้มีขึ้นในคณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับวันนี้ เราได้รับเกียรติจากอาจารย์ที่ครบวาระ เกษียณอายุราชการจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี รองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไขแก้ว รองศาสตราจารย์สุธีรา ยุ่นตระกูล และรองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นคำถามที่น่าสนใจ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ ให้เกียรติเป็นผู้ดำเนินรายการ รายละเอียดจะเป็นอย่างไรนั้น มาติดตามกันเลยค่า

1. ความในใจที่ทำให้อาจารย์ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ : ในลำดับแรกขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี เล่าให้พวกเราฟังถึงความในใจที่ทำให้อาจารย์ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาลค่า

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี: สมัยที่ตนเองเป็นนักศึกษาพยาบาลอยู่นั้น ต้องฝึกวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล 1 เดือน ได้พบอาจารย์ที่ดี อาจารย์สอนว่าเราเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ความรู้ก็ต้องดีด้วย จะบอกว่าไม่รู้ไม่ได้ ดังนั้นจึงตั้งใจอ่านหนังสือทุกวัน ทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น พอขึ้นปี 2 ต้องทำ Conference ทุกวันเราก็เลยสบาย ถ้าถามว่าทำไมถึงมาเป็นครู ตอบได้เลยว่าอยากเป็นครูมาตั้งแต่เด็กๆ ชอบสอนหนังสือ เวลาอยู่บ้านก็จะเก๋ๆ น้อยๆ มาเป็นนักเรียนของเรา พอเรียนจบก็เลยสมัครเข้ามาเป็นอาจารย์ที่คณะพยาบาลศาสตร์ เพราะชอบเป็นครูและชอบสอนหนังสือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ : ลำดับต่อไปเรียนเชิญรองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไขแก้ว เล่าให้พวกเราฟังถึงความในใจที่ทำให้อาจารย์ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาลค่า

รองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไขแก้ว : ถ้าถามว่าทำไมถึงอยากเป็นครู ตอบได้เลยว่าเราเป็นครูโดยยีนส์ เพราะคุณพ่อเป็นครู มีพี่น้อง 6 คนเป็นครูถึง 4 คน ญาติๆ ก็เป็นครู เลยคิดว่าเราก็น่าจะเป็นครูด้วย แล้วถ้าถามว่าทำไมต้องเป็นครูพยาบาล ก็เพราะว่าพี่สาวเป็นโรคหัวใจตั้งแต่กำเนิด ตอนนั้นตัวเองกำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมต้น ต้องไปเฝ้าพี่สาวที่โรงพยาบาลบ่อยๆ เห็นพยาบาลใส่ชุดสีขาวสวยมากๆ คอยช่วยเหลือคนไข้ที่มีความทุกข์ ทำให้รู้สึกว่าการพยาบาลเหมือนนางฟ้าทั้งสวยทั้งเก่ง ก็เลยตั้งใจแน่วแน่ว่าเราต้องเป็นพยาบาลให้ได้ แต่ตอนนั้นยังไม่ได้นึกถึงอาชีพครู ต่อมาเข้าเรียนมัธยมปลายที่โรงเรียนสตรีวัดระฆัง มาอาศัยอยู่ที่บ้านคุณป้าซึ่งมีลูกสาวเป็น

พยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราช แล้ววันหนึ่งพี่สาวคนนี้ก็เลยมีโอกาสทำงานแล้วได้ไปต่างประเทศ ก็เลยคิดว่าถ้าเรียนพยาบาลวันหนึ่งเราต้องได้ไปต่างประเทศแน่นอน นับจากนั้นก็เลยมุ่งมั่นว่าต้องสอบเข้าเรียนพยาบาลให้ได้ พอเรียนจบชั้นมัธยมปลายก็ไปสอบเข้าเรียนพยาบาลหลักสูตรอนุปริญญา ในขณะที่เดียวกันก็ไปสอบของทบวงมหาวิทยาลัยด้วย ผลปรากฏว่าสอบได้ทั้ง 2 ที่ สุดท้ายตัดสินใจเลือกเรียนที่คณะพยาบาลศาสตร์เพราะหลายคนแนะนำว่าหากเรียนที่นี่จะมีโอกาสเติบโตได้เป็นครูพยาบาลด้วย พอเรียนจบพยาบาลผดุงครรภ์ในระยะเวลา 4 ปี 6 เดือน ก็ไปสัมภาษณ์เพื่อเป็นอาจารย์ ภาควิชาแรกที่เรียกสัมภาษณ์คือภาควิชาการพยาบาลรากฐาน ตอนนั้นยังไม่ได้ตอบรับอาจารย์ไป ต่อมาอาจารย์ที่ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ก็มาชวนไปเป็นอาจารย์อีก เลยตัดสินใจเลือกเป็นอาจารย์ที่ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ ตอนนั้นภาควิชาจะรับสมัครอาจารย์เป็นคู่ๆ ทั้งหมด 3 คู่ ระหว่างฝึกสอนในห้องคลอดจะมีครูพี่เลี้ยงช่วยให้ความรู้ คอยดูแลและให้คำแนะนำเป็นอย่างดี ดังนั้นการที่เราสมัครพี่เลี้ยงที่ดีก็จะทำให้เป็นเราครูที่ดีได้ ทั้งหมดที่เล่าก็คือแรงบันดาลใจในการเป็นครูพยาบาลในห้องคลอด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์: เรียนเชิญรองศาสตราจารย์สุธีรา ชุ่มตระกูล เล่าความในใจที่ทำให้อาจารย์ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาลในลำดับต่อไปค่ะ

รองศาสตราจารย์สุธีรา ชุ่มตระกูล: ขอเรียนตรงๆ ว่าแรกเริ่มเดิมทีไม่มีความใฝ่ฝันที่จะเป็นพยาบาลเลยคะ แต่คุณพ่ออยากให้เรียนพยาบาลเพราะมีพี่ชายเป็นหมอ ตอนสอบเอ็นทรานซ์เลยต้องเลือกคณะพยาบาลศาสตร์ไว้ด้วยเพราะเกรงใจคุณพ่อ นอกจากนั้นยังสอบหลักสูตรอนุปริญญาทั้งที่มหิดลและที่จุฬาฯ ปรากฏว่าสอบได้ทั้ง 3 หลักสูตร ตอนมาสอบสัมภาษณ์หลักสูตรอนุปริญญาที่มหิดลก็ตอบปฏิเสธและขอสละสิทธิ์กับอาจารย์ไป เพราะตอนนั้นมั่นใจว่าต้องสอบเอ็นทรานซ์ได้แน่นอน พอผลสอบออกปรากฏว่าได้คณะพยาบาลศาสตร์อีก คราวนี้อาจารย์บอกว่าไม่ต้องสัมภาษณ์แล้วนะเข้ามาเรียนเลย ส่วนที่จุฬาก็เลยไม่ได้ไปสัมภาษณ์ นี่คือเบื้องหลังของการได้เข้ามาเรียนพยาบาล พอเข้ามาเรียนตอนแรกๆ ก็ไม่ค่อยชอบ แต่พอนานๆ ไปก็ดีขึ้น พอเรียนจบก็ได้เป็นอาจารย์ที่นี่เลย จริงๆ แล้วตอนแรกตั้งใจจะไปเป็นอาจารย์ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แต่คุณพ่อก็ทักท้วงไว้ว่าจะไปได้อย่างไร บ้านเราอยู่ที่กรุงเทพฯ ก็เลยตัดสินใจไปสมัครเป็นอาจารย์ที่ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ แต่ตอนนั้นอาจารย์ที่ภาควิชาเต็มแล้ว แต่ที่ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ยังขาดอาจารย์อยู่ สุดท้ายเลยได้เป็นอาจารย์ที่ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ตั้งแต่นั้นมาจนถึงวันนี้ จากบทเรียนของตัวเองที่ผ่านมา ก็ได้นำมาสอนนักศึกษาที่ไม่ชอบวิชาการพยาบาลแต่ต้องเข้ามาเรียนไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม จะสอนนักศึกษาเสมอว่า เมื่อเข้ามาเรียนแล้วให้พยายามจนถึงที่สุด หากพยายามเต็มที่แล้วยังรู้สึกไม่ไหวก็อาจต้องไปเลือกเรียนในวิชาที่เราชอบและถนัดแทน แต่ถ้าจำเป็นต้องเรียนพยาบาลจริงๆ ก็ให้พยายามให้ถึงที่สุด แล้วสุดท้ายเมื่อเรียนจบเราจะรู้ว่าจริงๆ แล้วเราได้ประโยชน์จากวิชาชีพพยาบาลเยอะมากๆ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ : ลำดับสุดท้ายเรียนเชิญรองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี เล่าความในใจที่ทำให้อาจารย์ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาลค่ะ



รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี: ตอนแรกที่ฟังรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณและรองศาสตราจารย์สุนทร เล่า ทำให้กังวลนิดหน่อยว่าเราไม่ค่อยจะเข้าพวกสักเท่าไร แต่พอรองศาสตราจารย์สุธีราพูดจบจึงค่อยเบาใจขึ้นมาหน่อยว่าอาจารย์ยังมีส่วนคล้ายๆ เราบ้างถึงจะไม่เหมือนกันเสียทีเดียว เพราะความจริงแล้วตัวเองไม่ชอบวิชาการพยาบาลและไม่เคยคิดที่จะเรียนเลย ย้อนกลับไปตอนที่เอนทรานซ์ก็เลือกคณะนั้นคณะนี้ไปแต่ก็ยังไม่ครบตามจำนวน คุณแม่ก็เลยบอกว่าที่เหลือก็เลือกคณะพยาบาลศาสตร์ไปสิ ตอนนั้นรู้สึกว่าจะเลือกเป็นอันดับที่ 3 หรือ 4 พอประกาศผลปรากฏว่าสอบได้คณะพยาบาลศาสตร์ก็ร้องไห้เลยเพราะรู้ว่าตัวเองไม่ชอบ พอเข้ามาเรียนช่วงแรกปี 1 ถึงปี 2 ที่คณะวิทยาศาสตร์ ก็ยังพอไปไหว แต่พอปี 3 ข้ามฝากมาเรียนที่นี่ ซึ่งเป็นวิชาที่เกี่ยวกับการพยาบาลโดยตรง รู้สึกไม่มีความสุขเลย คะแนนสอบก็ไม่ค่อยดี แต่ก็อดทนเรียนจนผ่านปี 3 พอขึ้นปี 4 ทุกอย่างก็เริ่มดีขึ้นตัวเองก็เริ่มทำได้แล้วว่่าเมื่อมาถึงขั้นนี้แล้วอย่างไรก็ต้องเรียนให้จบ แล้วทุกอย่างก็ผ่านไปได้ด้วยดี พอเรียนจบรุ่นเราก็ก็น่าสนใจที่มีประกาศจากคณะว่าจะรับเข้าทำงานไม่หมดทุกคนเพราะตำแหน่งไม่พอ ตัวเองไปสัมภาษณ์เป็นอาจารย์ที่ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ แต่ไม่ได้รับการคัดเลือก จึงไปทำงานที่โรงพยาบาลรามารวมดีประมาณปีกว่าๆ ตอนนั้นมีความสุขมาก เพราะได้หัวหน้าและเพื่อนร่วมงานที่เข้ากันได้ดี จนวันหนึ่งเพื่อนที่ทำงานด้วยกันลาออกเพื่อกลับไปทำงานที่บ้านเกิดของเขาที่จังหวัดขอนแก่น ด้วยความที่ติดเพื่อนก็เลยลาออกตามเพื่อนไปทำงานที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นด้วย ปรากฏว่าอยู่ขอนแก่นได้แค่ 3 เดือนก็ทนคิดถึงบ้านไม่ไหว ก็เลยต้องลาออกแล้วกลับมาเรียนต่อด้านการวิจัยที่คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พอเรียนจบก็ไปสมัครทำงานกับบริษัทที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่งในตำแหน่งนักวิจัยตลาด สอบทุกอย่างผ่านหมดยกเว้นสอบสัมภาษณ์ ด้วยเหตุผลที่เราเป็นผู้หญิง เพราะตำแหน่งนี้ต้องออกไปทำงานต่างจังหวัดบ่อยๆ บางครั้งอาจไม่ปลอดภัย สุดท้ายเพื่อนที่เป็นอาจารย์ที่นี่โทรศัพท์ชวนมาสมัครเป็นอาจารย์ที่ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ก็เลยมาสมัครและได้เป็นอาจารย์พยาบาลที่มหิดลตั้งแต่นั้นมาจนถึงทุกวันนี้

2.เคล็ดไม่ลับที่อาจารย์ใช้ในการสอนนักศึกษาที่ทำงานไม่เป็นเลยให้มีความรู้จนเป็นพยาบาลได้ (ปั้นดินให้เป็นดาว)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกเกษมธานันท์ : ท่านแรกที่จะมาเล่าเคล็ดลับการ ปั้นดินให้เป็นดาวให้พวกเราฟังคือ รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี อาจารย์จะมีกลเม็ดเคล็ดลับในการสอนนักศึกษาอย่างไร เราไปฟังอาจารย์เล่ากันเลยคะ

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี : ฟังอาจารย์ทั้ง 3 ท่านเล่าถึง ความในใจที่ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาลแล้วเห็นเลยว่าชีวิตการเรียนและการทำงานของตัวเองจะเรียบง่ายกว่าอาจารย์ทั้ง 3 ท่าน เพราะเราเริ่มต้นด้วยการเรียนพยาบาล จบแล้วก็มาเป็นอาจารย์พยาบาลอยู่ 2 ปี จากนั้นไปเรียนต่อแล้วก็กลับมาเป็นอาจารย์อยู่ที่ภาควิชาการพยาบาลรามาธิบดี ทำงานร่วมกับพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ อย่างสนุกสนาน เราได้แบบอย่างที่ดีในการเป็นอาจารย์จากอาจารย์และพี่ๆ ในภาควิชาการพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่อาจารย์จะ

ค่อนข้างดู แต่อาจารย์ที่เป็นคู่กับเราท่านเป็นคนใจเย็น พอถึงเวลาต้องไป Inchart ที่แผนกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และต้องไป Turn Ward เป็น General Nurse 1 ปีเต็มๆ ทำให้ได้ประสบการณ์หลายอย่างที่ สามารถนำมาใช้ในการสอนวิชาการพยาบาลรากฐาน ต้องบอกก่อนเลยนะคะว่าอาจารย์ในภาควิชานี้จะค่อนข้าง ดู ที่ทราบก็เพราะนักเรียนบอก พอเริ่มสอนในห้องปฏิบัติการทั้งอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เช่น สอนฉีดยาก็ สอนกันแบบเข้มงวดเลย นักศึกษาก็ดูรู้เรื่องดีแต่พอไปฝึกปฏิบัติบน Ward กลับทำไม่ได้ ก็เลยลองให้นักเรียน ประเมินผลหลังการสอน ทำให้ทราบว่าอาจเพราะเราสอนแบบดูๆ นักเรียนเลยกลัวเรามาก จึงคิดว่าต้องปรับ วิธีการเรียนการสอนใหม่ โดยตกลงกับนักเรียนว่าครั้งแรกครูจะเริ่มต้นด้วยการสอนและสาธิตไปที่ละขั้นตอน ตรงไหนฝึกได้ก็จะให้นักเรียนได้ฝึกไปด้วยเลย จากนั้นนักเรียนต้องกลับไปฝึกฝนด้วยตนเอง เมื่อกลับมาเรียนใน ครั้งที่สองนักเรียนจะต้องเก่งขึ้น ต้องสามารถทำตามที่ครูสอนไปในครั้งแรกได้ อาจมีผิดพลาดบ้างก็ไม่ใช่ไร แต่ ครั้งที่สามนักเรียนจะต้องทำได้ถูกต้อง อันนี้ถือเป็นข้อตกลงระหว่างครูและนักเรียน และยังใช้วิธีให้นักเรียน ทำแบบทดสอบ (Quiz) แรกๆนักเรียนก็ทำไม่ได้เพราะเขาไม่ค่อยอ่านหนังสือ หลังๆ ก็เลยให้ทดสอบกันทุก ชั่วโมง ให้นักเรียนผลัดกันตรวจและเฉลย ทำหลายๆ ครั้งก็ได้ผลดี จากนั้นให้นักเรียนเขียนความเข้าใจหลังการ เรียนการสอน นักเรียนก็เขียนบอกว่าวิธีนี้ทำให้เขาขยันขึ้น ได้พัฒนาตนเองมากขึ้น แม้ว่าจะสอนเด็กปี 3 ก็ไม่ แตกต่างกัน เพราะนักเรียนจะหมุนเวียนไปมา เช่น จากภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ แล้วมาภาค วิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ เพราะฉะนั้นนักเรียนที่หมุนมาก็ยังไม่มีความรู้และประสบการณ์รอบด้าน อาจได้ เรียนรู้ในเรื่องหนึ่งแต่ยังใหม่สำหรับเรื่องนี้ เราจึงต้องคิดเสมอว่านักเรียนยังไม่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่อง ที่เราจะสอนมาก่อน ก็จะทำให้เขาไปค้นคว้า อ่านหนังสือและทบทวนเนื้อหามาก่อนเข้าเรียนแล้วจึงจะเริ่มสอน เวลาสอนครูจะต้องยิ้มๆ เข้าไว้ เพราะถ้าเราทำหน้าตักนักเรียนก็จะกลัว แล้วเวลาสอนนักเรียนต้องใจเย็นถ้ามี โอกาสก็ให้นักเรียนดูเป็นตัวอย่างด้วย

แบบอย่างการสอนเราก็จำมาจากอาจารย์และรุ่นพี่ที่สอนเรา และอีกอย่างที่ยากฝากไว้กับน้องๆ อาจารย์ทุกคนก็คือ เวลาสอนนักเรียนหากเรามีเกร็ดความรู้หรือเทคนิคอะไรที่คิดว่านักเรียนควรจะรู้จักให้สอน และแนะนำไปด้วยเลย เพราะเมื่อเขาเรียนจบไปแล้วเราอาจไม่มีโอกาสได้กลับมาสอนเขาอีก สิ่งเหล่านี้จะเป็น ประโยชน์กับเขาในอนาคตคะ และจะบอกกับนักเรียนเสมอว่าหากตัดสินใจที่จะเรียนพยาบาลแล้วก็ต้องตั้งใจ เรียนให้ถึงที่สุด เมื่อเรียนจบแล้วไม่ว่าเราจะยังอยู่ในสายอาชีพนี้หรือไม่ วิชาชีพนี้ก็จะติดตัวเราไปตลอด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษาเมธานันท์: อาจารย์ท่านต่อไปที่จะมาเล่า เคล็ดลับในการปั้นดินให้เป็นดาว คือ รองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไข่แก้ว อาจารย์ได้รับรางวัลการสอนภาคปฏิบัติดีเด่น ได้รับรางวัลสมาคมศิษย์ เก่าพยาบาลศิริราช และได้คะแนนภาคปฏิบัติ 100 คะแนนเต็มที่ตั้งตรงจิตอีกด้วย อาจารย์มีเคล็ดลับอย่างไร ไป ฟังกันเลยคะ



รองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไช้แก้ว : หน้าที่ความรับผิดชอบในการสอนนักศึกษา จะสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และสอนทั้งนักศึกษาปี 2 ปี 3 และปี 4 ทำให้ตลอดระยะเวลา 36 ปีได้เห็นความเจริญก้าวหน้าของนักศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเป็นบัณฑิตที่สวยงาม แต่ในวันนี้จะเน้นเคล็ดลับในการสอนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 นักศึกษาปี 3 ดุจะนำเสนอสารที่สุดเพราะเป็นปีที่เรียนหนักที่สุดทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังนั้นจึงเปรียบเทียบการสอนนักศึกษาเหมือนการปลูกบ้าน รองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณสอนนักศึกษาปี 2 เปรียบเหมือนการลงเสาบ้าน ตนเองสอนนักศึกษาปี 3 เปรียบเหมือนการทำฝาบ้าน ส่วนรองศาสตราจารย์ สุธีราสอนนักศึกษาปี 4 เปรียบเหมือนการมุงหลังคา สุดท้ายเราก็ได้บ้านที่แข็งแรงและสวยงาม ดังนั้นสิ่งที่มักจะเน้นย้ำกับนักศึกษาเสมอว่าสิ่งที่ครูสอนไปทั้งหมดนักศึกษาจะต้องนำไปใช้ในการทำงานบน Ward นักศึกษาจึงควรตั้งใจและมีสมาธิในการฟังครูสอนตั้งแต่ต้นจนจบ เพราะทุกอย่างที่ครูสอนเป็นสิ่งที่สำคัญ นักศึกษาไม่ควรเข้าเรียนสายและไม่ควรขาดเรียน จะสอนนักศึกษาเรื่องการใช้หัวใจนักปราชญ์ คือ “สุ จิ ปุ ลิ หมายถึง ฟังให้มาก ปากต้องใช้ ใจต้องคิด จะได้เป็นบัณฑิตที่แท้จริง” ดังนั้นระหว่างที่เข้าเรียนนักศึกษาจะต้องตั้งใจฟังที่ครูสอน จดบันทึก คิดและถามเมื่อมีข้อสงสัย ทำให้การเรียนการสอนเป็น Two-way Communication และที่สำคัญต้องกลับไปทบทวนด้วย เวลาสอนก็ต้องคอยกระตุ้นไม่ให้นักศึกษานั่งเฉยๆ ให้เขาฟังแล้วเขียน จึงเตรียม handout ที่มีรูปเป็นส่วนใหญ่มีเนื้อหาเป็นส่วนน้อย แล้วให้นักศึกษาจดบันทึกส่วนสำคัญที่ครูสอนลงไปเอง

เคล็ดลับในการสอนภาคทฤษฎีก็คือ อาจารย์ต้องเข้าใจนักศึกษา นักศึกษาปี 3 อายุประมาณ 21-22 ปี กำลังเป็นวัยรุ่นส่วนใหญ่มักชอบดูละคร ในการสอนภาคทฤษฎีจึงใช้วิธียกตัวอย่าง ในสมัยหนึ่งละครเรื่องคู่กรรมดังมาก ตนเองก็นำความชอบส่วนนี้มาดึงดูดนักศึกษา โดยนำเนื้อหาและตัวละครมาผนวกเข้ากับเนื้อหาการสอน ใช้การยกตัวอย่างสถานการณ์ในละครนำเข้าสู่บทเรียน เช่น ครั้งหนึ่งจะสอนเรื่องสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการอาเจียนแพ้ท้อง ก็ยกตัวอย่างของอังสุมาลิน ที่ตั้งท้องจนมีอายุครรภ์ 5 เดือนแต่ยังมีอาการอาเจียนอยู่ การที่มีอาการอาเจียนมากผิดปกติแสดงว่ามีความขัดแย้งทางจิตใจเพราะเขาเป็นหญิงไทยที่แต่งงานกับชาวต่างชาติ เราเรียกอาการเช่นนี้ว่า Hyperemesis Gravidarum นักเรียนก็จะจำได้ว่าหากพูดถึง Hyperemesis Gravidarum ก็จะมีถึงละครเรื่องคู่กรรม อย่างนี้เป็นต้น วิธีการนี้ไม่ได้คิดขึ้นเอง แต่จำแบบอย่างมาจากอาจารย์ที่สอนและตนเองเห็นว่าเป็นวิธีการที่ดีจึงนำมาใช้กับนักศึกษา

ส่วนการสอนภาคปฏิบัติจะสอนทั้งนักศึกษาปี 3 และปี 4 นักศึกษาปี 4 จะสอนง่ายกว่าปี 3 เพราะเขาเรียนภาคทฤษฎีมาหมดแล้ว ตอนที่เข้ามาเป็นครูใหม่ๆ จะดูหลายๆ เนื่องจากไม่ได้จบด้านครุศาสตร์โดยตรงจึงไม่มีทักษะในการสอนและการถ่ายทอดความรู้ให้กับนักศึกษา ในขณะนั้นมีความคาดหวังเพียงอย่างเดียวว่านักศึกษาต้องเก่งและต้องทำได้ตามเราที่สอน หากนักศึกษาตอบคำถามหรือทำไม่ได้ก็จะกดดันนักศึกษาด้วยการเงิบ ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด ตัวเราเองก็เครียด แต่พอเห็นอาจารย์ท่านหนึ่งค่อยๆ สอนนักศึกษาแบบใจเย็นมากๆ จนนักศึกษาเข้าใจและทำได้ เช่น เวลาอาจารย์ท่านสอนนักศึกษาตรวจรก เกี่ยวกับเรื่องภาวะ Placenta Previa หากนักศึกษาตอบไม่ได้ อาจารย์ก็จะบอกไปว่า “อะไรนะที่ขึ้นต้นด้วยตัว P แล้วต่อด้วยตัว L” นักศึกษาก็จะนึกออกทันทีว่า “อ้อ... Placenta Previa ค่ะอาจารย์” พอตอบคำถามได้นักศึกษา ก็จะเกิดความภาคภูมิใจ เห็นได้จากแวว

ตาของเขาที่เป็นประกายเลยคะ เราจึงได้วิชาครูมาจากอาจารย์ท่านนั้น และนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีในการปรับปรุง การสอนของเรา

สิ่งที่อยากฝากไว้กับอาจารย์ทุกท่านก็คือ ขอให้เข้าใจนักศึกษาว่าเขาไม่ได้เรียนวิชาที่เราสอนเพียงวิชา เดียว เราจึงต้องพยายามจัดสิ่งที่ต้องการสอนให้เป็นหมวดหมู่เพื่อให้ง่ายต่อการจำและการทำความเข้าใจของ นักศึกษา เช่น ข้อห้ามในการทำ Oxytozin มี 5 อย่างขึ้นต้นด้วยตัว P หรือเรียกว่า 5P จะบอกกับนักศึกษาด้วยว่า เราจะรู้เพียงแค่นี้ไม่ได้ แต่จะต้องรู้ด้วยว่าเพราะเหตุใดจึงเป็นข้อห้ามและห้ามทำอะไรเหล่านี้เพราะอะไร วิธีการเช่นนี้ จะทำให้นักศึกษาจดจำได้อย่างแม่นยำ และหากเป็นไปได้อาจารย์อาจช่วยสอนเทคนิคการดูหนังสือสอบให้กับ นักศึกษาด้วยว่าเวลาอ่านหนังสือหากเราอ่านออกเสียงจะทำให้เสียงของเราวนกลับไปในหู ทำให้เราได้อ่านและฟัง ไปด้วยในตัว หากยังมีเวลาทำให้พูดให้เพื่อนฟัง และจด Shortnote แล้วนำ Shortnote นั้นกลับมาทบทวนอีกครั้ง หากทำได้เช่นนี้จะต้องทำข้อสอบได้อย่างแน่นอน สุดท้ายที่อยากฝากกับน้องๆ อาจารย์ทุกคนก็คือ อยากให้ อาจารย์ให้ความเมตตาแก่นักศึกษาปี 3 ให้มากที่สุด เพราะนักศึกษาปี 3 ต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ หนักที่สุด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พลุกษามะธานันท์ : เราได้เคล็ดลึกลับๆ จากอาจารย์สุคนธ์หลายอย่างเลย นะคะ ตอนนี้น้ำบ้านของเราเริ่มสวยแล้ว มีประตู มีข้างฝาแล้ว ตอนนีเรามาเลี้ยวออกไปข้างนอกสักนิด มาดูชีวาใน ชุมชนจะมีอะไรที่เราจะนำมาทำเป็นหลังคาบ้านให้สวยงามได้บ้าง ขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์สุธีราคะ

รองศาสตราจารย์สุธีรา ชูนตระกูล : จำได้ว่าตอนที่เป็นอย่างใหม่ๆ เข้าไปสอนครั้งแรกจะตื่นเต้นมาก พอสอนผ่านไปสัก 1 เทอมถึงจะเข้าที่เข้าทาง ที่ภาควิชาจะมีรุ่นพี่ช่วยแนะนำเทคนิคการสอนให้ เราจึงนำตัวอย่าง ที่ดีๆ ของรุ่นพี่ๆ มาใช้ในการสอนนักศึกษา เวลาสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยที่ OPD ขณะนั้นเป็นอาจารย์ฝึกหัด รุ่นพี่ ก็จะไปช่วยให้คำแนะนำเวลาตนเองสอน เพราะต้องสอนต่อหน้าคนเยอะๆ จำได้ว่าตอนนั้นกลัวและตื่นเต้นมาก แต่ ก็พยายามฝึกสอนจนกระทั่งทำได้และเกิดความมั่นใจในตัวเอง พอมาสอนในชั้นเรียนก็มีความกล้ามากขึ้น เทคนิค ในการสอนนักศึกษาปี 2 และปี 3 ในสมัยนี้จะแตกต่างจากนักศึกษารุ่นก่อนๆ ตรงที่สมัยนี้นักศึกษาจะไม่ชอบจด บันทึกลง จะชอบอ่านจากเอกสารประกอบการสอน (Sheet) บางครั้งอ่านบ้างไม่อ่านบ้าง เราจึงใช้วิธีการสอนโดย เน้นอธิบายในหัวข้อที่เป็นประเด็นหลักๆ พร้อมยกตัวอย่าง ส่วนเนื้อหารายละเอียดจะให้นักศึกษาไปอ่านและทำ ความเข้าใจเพิ่มเติมจากเอกสารประกอบการสอน เวลาเราออกข้อสอบส่วนใหญ่จะออกแบบอัตนัย บางครั้ง นักศึกษาตอบไม่ได้ นักศึกษาบางคนก็เขียนบอกมาในข้อสอบว่าตอนที่ฟังอาจารย์สอนเข้าใจดีและจำตัวอย่างที่ อาจารย์ยกให้ฟังในชั้นเรียนได้หมดเลย แต่กลับทำข้อสอบไม่ได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะนักศึกษาเข้าใจแต่จับ Concept ไม่ได้ เลยทำให้ทำข้อสอบไม่ได้ เวลาสอนหากนักศึกษาคนไหนคุยกันหรือนั่งหลับ ก็จะเรียกให้ลุกขึ้นตอบคำถาม นักศึกษาก็จะไม่กล้าคุยหรือนั่งหลับเพราะจะอายหากถูกเรียกให้ลุกขึ้นตอบคำถามแล้วตอบไม่ได้คะ



สำหรับการสอนภาคปฏิบัติ ช่วงแรกจะเข้มข้นมาก จนบางครั้งมีนักศึกษา Comment เรื่องการตรวจรายงานบ้าง ต่อมาจึงได้ปรับการสอนใหม่ จะไม่เข้มข้นกับนักศึกษามากเกินไป และยังให้กำลังใจกับนักศึกษาด้วย แต่ในระยะหลังนักศึกษารุ่นใหม่ๆ จะคิดวิเคราะห์ที่ไม่ค่อยเป็น มักจะนำความรู้ที่ได้จากการเรียนในภาคทฤษฎีไปใช้อธิบายให้ผู้ป่วยในชุมชนปฏิบัติ ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ก็ต้องสอนและให้คำแนะนำว่าให้นักศึกษารู้จักคิดและวิเคราะห์ว่าเราควรอธิบายกับผู้ป่วยอย่างไรที่จะทำให้เขาเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เราจะต้องนำทฤษฎีมาประยุกต์ไปสู่การปฏิบัติ ต้องวิเคราะห์ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยในชุมชนปฏิบัติอยู่นั้น ถูกต้องแล้วหรือไม่ ถ้าไม่ มีข้อผิดพลาดหรือความเข้าใจผิดในส่วนใดและเราจะช่วยแก้ไขความเข้าใจผิดนั้นให้ถูกต้องได้อย่างไร สิ่งเหล่านี้ศึกษาๆ ยังไม่มีประสบการณ์จึงต้องสอนและให้คำแนะนำกับเขาด้วย อาจต้องสอน ให้คำแนะนำ และให้นักศึกษาทดลองฝึกก่อนที่จะออกชุมชนก็ได้ เวลาที่นักศึกษาออกชุมชนอาจารย์ก็ต้องคอยสังเกตการณ์ว่า นักศึกษาทำตามที่อาจารย์สอนและแนะนำหรือไม่ ที่สำคัญอาจารย์ต้อง Feedback ให้เขารู้ถึงจุดดีเพื่อเขาจะได้มีความภูมิใจเมื่อเขาทำตามที่อาจารย์สอนได้ และจุดด้อยเพื่อนำไปปรับปรุงในครั้งต่อไปด้วย เมื่อนักศึกษาต้องทำงานเป็นกลุ่มบางครั้งอาจเกิดปัญหาบางคนทำงานบางคนไม่ทำ ในฐานะครูคงต้องเข้าไปช่วยดูในส่วนนี้ด้วยว่าแต่ละคนมีพฤติกรรมอย่างไร การแบ่งงานภายในกลุ่มเป็นอย่างไร เพราะลักษณะงานของการออกชุมชนและงานบWard จะไม่เหมือนกัน การออกชุมชนจะมีลักษณะที่เป็นงานกลุ่มค่อนข้างมาก หากอาจารย์ช่วยดูแลในส่วนนี้ด้วยก็จะเป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาด้วย ในการออกชุมชนจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน เพราะบางครั้งสมาชิกในชุมชนก็สามารถช่วยประเมินการทำงานของนักศึกษาด้วย โดยแจ้งว่านักศึกษาคนไหนเก่ง อธิบายสิ่งต่างๆ ให้เขาเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ง่าย หรือนักศึกษาคนไหนมีพฤติกรรมอย่างไร ควรปรับปรุงอย่างไร ตรงนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับอาจารย์ในการให้นำแนะนำกับนักศึกษาด้วย สำหรับการทำงานบWard ก็เช่นเดียวกัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พลกษามะธานันท์ : สำหรับท่านสุดท้าย รองศาสตราจารย์สุวิมลจะช่วยตกแต่งและเติมเฟอร์นิเจอร์ที่บ้านของเราสวยสมบูรณ์แบบ อาจารย์จะเล่าให้เราฟังเกี่ยวกับการปั้นบัณฑิตศึกษาหนึ่งคนออกสู่อุตสาหกรรมวิชาการพยาบาลเป็นอย่างไร เรียนเชิญอาจารย์ค่ะ

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี: จากประสบการณ์ที่สอนทั้งนักศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโท รู้สึกเห็นด้วยกับรองศาสตราจารย์สุธีราในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับหน่วยงานหรือชุมชนที่นักศึกษาต้องทำงานด้วย เพราะหากนักศึกษามีสัมพันธภาพที่ดีกับ Ward หรือชุมชน ก็จะทำงานได้อย่างมีความสุข มีความราบรื่น ส่วนการจ่าย Case บางครั้งหากเราจ่าย Case ที่หนักเพราะต้องการให้นักศึกษาได้ความรู้และประสบการณ์ แต่นั่นอาจเกินความสามารถของนักศึกษา ซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเครียดและเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อการทำงานบน Ward ด้วย จึงคิดว่าการจ่าย Case ให้มีความเหมาะสมกับศักยภาพของนักศึกษาแต่ละชั้นปีจะช่วยให้นักศึกษาทำงานบน Ward ได้ดี มีความสุขและเกิดความภาคภูมิใจกับงานที่ทำ ประเด็นสำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือ อย่าคาดหวังกับนักศึกษามากเกินไป เมื่อนักศึกษามาอยู่กับตนเอง ตนเองก็จะสอนให้หมดตั้งแต่

เริ่มต้นโดยไม่ตั้งคำถามเลย ทำให้ตนเองไม่เครียดและนักศึกษาก็จะไม่เครียดด้วย และคอยดูพัฒนาการของ นักศึกษาว่าเขามีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เช่น จากเดิมเขียน Nursing Diagnosis ไม่เป็นเลย พอเวลา ผ่านไปเขาเริ่มเขียนได้ ถึงแม้จะไม่ถูกต้องทั้งหมดแต่ก็นับได้ว่าเขามีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้นแล้ว

สำหรับการสอนนักศึกษาปริญญาโท อาจมีความยากกว่าการสอนระดับปริญญาตรีในบางแง่มุม หากเรา มองในมุมทักษะ ระดับปริญญาโทจะมีทักษะที่ติดอยู่แล้ว แต่ประเด็นที่อาจเป็นปัญหาของนักศึกษาปริญญาโทคือ บางครั้งเขาอาจมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของครอบครัวเข้ามาเป็นปัจจัย สำหรับคนที่มีแนวโน้มว่าอาจกำลังมี ปัญหาเราต้องเข้าใจและเอาใจใส่เขามากขึ้นเพื่อจะได้ช่วยเหลือเขาให้ได้มากที่สุด อาจใช้วิธีการเรียกมาคุยเพื่อ สอบถามปัญหา ให้คำแนะนำและหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือกับนักศึกษาด้วย ก็ไม่ค่อยแน่ใจนะว่าวิธีที่ทำ อยู่นี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดหรือไม่ แต่ที่ผ่านมาใช้วิธีนี้ในการให้คำแนะนำกับนักศึกษามาโดยตลอดและสามารถทำให้นักศึกษาที่มีปัญหา รู้สึกท้อแท้และอยากลาออกกลับมาเรียนต่อ รวมทั้งทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จการศึกษามาหลาย รุ่นแล้ว สุดท้ายอยากฝากกับน้องๆ อาจารย์ทุกคนว่า อาจารย์ควรให้ความสนใจสนทนากับนักศึกษาทุกคนอย่าง เหมาะสมและเท่าเทียมกัน เพื่อภาพลักษณ์ที่ดีของอาจารย์ในคณะฯทุกท่าน

3. แนวทางหรือหลักการที่อาจารย์ใช้ในการทำงาน รวมถึงความประทับใจและความภาคภูมิใจที่อยาก บอกกับน้องๆ ในการเป็นอาจารย์พยาบาล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พลุกษามะธานันท์: อาจารย์ทั้งสี่ท่านก็ได้ให้เคล็ดลับที่อาจารย์ใช้ในการ สอนนักศึกษา รวมทั้งแนวทางและหลักการในการทำงานของอาจารย์ให้เราฟังกันไปบางส่วนแล้ว ในลำดับต่อไปขอให้อาจารย์ช่วยให้แนวคิดและหลักการที่อาจารย์ใช้ในการทำงานเพิ่มเติม พร้อมทั้งเล่าถึงความประทับใจและความ ภาคภูมิใจในการเป็นอาจารย์พยาบาล ให้พวกเราฟังในช่วงสุดท้ายนี้ค่ะ ขอเริ่มจากอาจารย์สุวิมลนะคะ เรียนเชิญค่ะ

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี: สิ่งปฏิบัติเสมอมา คือ มีความรับผิดชอบ เมื่อทำอะไรแล้วก็จะทำอย่าง เต็มที่และทำให้ดีที่สุด มีครั้งหนึ่งสอนนักศึกษาปี 3 คนหนึ่ง สังเกตเห็นว่าเวลาขึ้น Ward ทำให้นักศึกษาคนนี้ไม่ ค่อยสนใจการ Round Ward เลย เวลา Conference ก็ไม่สนใจ ผ่านไปสัก 1-2 วันก็เห็นว่าสิ่งที่เขาเขียนลงใน กระดาษไม่เกี่ยวกับการเรียนเลย แต่กลับเป็นภาพวาดที่เขาวาดได้สวยงาม จึงถามนักศึกษาคคนนั้นว่าทำไมถึงวาด ภาพได้สวยจัง เราไม่ดูเขาเลยนะ เขาก็ตอบว่าความจริงเขาชอบวาดรูปและอยากเรียนสถาปัตย์ แต่คุณพ่อคุณแม่ อยากรู้ให้เรียนพยาบาล ตนเองก็แนะนำไปว่าน่าจะไปสอบเรียนสถาปัตย์ตามที่ชอบนะ แต่นักศึกษาบอกว่าเรียน มาถึงปี 3 แล้วหากไปสอบเรียนใหม่ก็จะเสียเวลา ตนเองจึงสอนนักศึกษาว่าเมื่อคิดแล้วว่าต้องเรียนให้จบแล้วทำไม จึงไม่ใช่ช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้ให้สำเร็จเสียก่อน แล้วหลังจากนั้นเราก็สามารถไปทำอะไรที่เราชอบและอยาก ทำอีกก็ได้ จากนั้นตนเองเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาชัดเจน คือ นักศึกษาสนใจเรียนมากขึ้น เวลา มีคำถามใน Conference นักศึกษาก็ตอบ เวลาเขียน Diary Care Plan ก็เขียนได้ดี พอถึงช่วงประเมินผล นักศึกษาก็เข้ามาขอบคุณและบอกว่าหลังจากได้คุยกับอาจารย์แล้วรู้สึกสบายใจ ทำให้คิดได้ จะตั้งใจเรียนและ



พยายามเรียนให้จบ จึงประทับใจในการได้ใช้ประสบการณ์ของตนเองช่วยแก้ปัญหาให้กับลูกศิษย์แล้วทำให้ลูกศิษย์ประสบความสำเร็จได้ จึงรู้สึกประทับใจความสามารถของตนเองด้วย

สำหรับความภาคภูมิใจที่ได้เป็นอาจารย์พยาบาล สิ่งแรกคือ เกิดประโยชน์กับตัวเอง ครอบครัว และทุกๆ อย่าง ทำให้มีความรู้และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้ เรื่องที่สองคือ เปลี่ยนบุคลิกภาพตนเองจากที่เคยเป็นคนหน้าดูไม่ค่อยยิ้ม ก็เปลี่ยนเป็นยิ้มมากขึ้น จากเคยเป็นคนขี้อายไม่ค่อยพูด หรือพูดแห้งๆ ตรงๆ ก็เปลี่ยนให้เราเป็นคนทีกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าพูด รู้จักใช้คำพูดที่อ่อนน้อมและมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น ด้วย เรื่องสุดท้ายคือ มีเพื่อนร่วมวิชาชีพที่น่ารัก จะไปไหนมาไหนก็มีพี่ๆ น้องๆ ที่ให้ความรัก ความอบอุ่น และยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือเสมอมา สำหรับเป้าหมายต่อไปที่ตั้งใจไว้คือ หากมีเวลาพออยากจะทำงานด้านสังคม โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากเคยติดต่อกับมูลนิธิที่ดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ยังขาดบุคลากรด้านสุขภาพมาร่วมทีม เพราะส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครทั่วไป ตรงนี้ก็เป็นสิ่งที่ตั้งใจไว้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ : ลำดับต่อไปขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ เล่าถึงแนวคิดและหลักการที่อาจารย์ใช้ในการทำงานเพิ่มเติม พร้อมทั้งเล่าถึงความประทับใจและความภาคภูมิใจในการเป็นอาจารย์พยาบาล ตลอดระยะเวลาสามสิบกว่าปีในการเป็นอาจารย์ให้น้องๆ ฟังค่ะ

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี: สิ่งที่ทำให้ทำงานอยู่ถึง 37 ปีกว่าๆ ก็คือพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ที่น่ารักนี้แหละค่ะ พวกเรามีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เพราะวัฒนธรรมองค์กรของเราที่อยู่กันแบบพี่น้อง หากพวกเราทำอะไรแล้วขอให้ตั้งใจทำสิ่งนั้นและทำให้สำเร็จ เพราะองค์กรจะประสบความสำเร็จได้ต้องมาจากพวกเราพร้อมแรงร่วมใจกันทำงานและทำหน้าที่ของพวกเราให้ดีที่สุด หากเห็นว่าอะไรที่ยังไม่ดีและควรแก้ไขตรงส่วนไหนก็อย่านิ่งเฉยพวกเราต้องกล้าแสดงความคิดเห็น เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการไขข้อบกพร่องเพื่อให้องค์กรมีการพัฒนา หากองค์กรประสบความสำเร็จและเจริญก้าวหน้า สิ่งแวดล้อมต่างๆ ในองค์กรก็จะดี พวกเราก็จะมีความสุข องค์กรจะประสบความสำเร็จไม่ได้หากพวกเราไม่ร่วมแรงร่วมใจกัน เมื่อเรารับผิดชอบในหน้าที่ของเราแล้ว เราก็ต้องรับผิดชอบหน้าที่ต่อองค์กรด้วย ทำงานในหน้าที่หลักของตนเองอย่างเต็มที่ หากมีโอกาสทำวิจัยก็ควรทำ พยายามทำตำแหน่งทางวิชาการก่อนที่จะขึ้นเป็นผู้บริหารเพราะหากขึ้นเป็นผู้บริหารแล้วอาจไม่มีเวลาทำงานวิชาการ และไม่ควรเคร่งเครียดกับงานมากเกินไป อาจแบ่งเวลาไปเที่ยวบ้าง “ทำงานให้สนุก หาความสุขให้บ้าง ชีวิตเป็นของเรา เราเป็นคนกำหนด ไม่มีใครมากำหนดเรา ” ความภูมิใจที่ได้เป็นอาจารย์เพราะได้สอนลูกศิษย์ “ภูมิใจที่มีพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ คณะฯคือบ้านที่สองของพวกเรา อยากให้คณะฯเป็นบ้านที่งดงาม พวกเราต้องช่วยกันสร้างค่ะ”

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ : ลำดับต่อไปขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์สุธีรา ให้แนวคิดและหลักการที่อาจารย์ใช้ในการทำงาน พร้อมทั้งเล่าถึงความประทับใจและความภาคภูมิใจในการเป็นอาจารย์พยาบาลด้วยค่ะ

รองศาสตราจารย์สุธีรา ชุ่มตระกูล: ชีวิตการทำงานในระบบราชการ มีการเปลี่ยนยุคเปลี่ยนสมัยไปหลายแบบ ในยุคแรกๆ จะทำงานและพิจารณาผลงานไปเรื่อยๆ แต่ในขณะนี้มีการนำ 4 พันธกิจหลักและ NS Workpoint เข้ามาพิจารณา ทำให้มีกฎกติกาในการทำงานมากขึ้นและเข้มงวดขึ้น ทำให้พวกเราทุกคนอาจต้องเคร่งเครียดกับกฎเกณฑ์ คณะฯยังขาดระบบที่เลี้ยงที่ชัดเจน ทำให้การพัฒนาบุคลากรรุ่นใหม่ในคณะฯไม่รองรับกับจำนวนบุคลากรที่เกษียณอายุราชการไป ตอนมาเป็นอาจารย์ใหม่ๆ ต้องใช้ความอดทนสูงมาก เพราะเดิมไม่คุ้นเคยกับระบบราชการ อาจแต่งตัวไม่เรียบร้อยบ้าง ก็จะมีโดนตำหนิ เพราะมีกรอบและระบบที่จะบั่นให้เราเป็นคนเรียบร้อย ในสมัยนั้นเราจะต้องอยู่ในกรอบ เมื่อเวลาผ่านไปทุกอย่างก็เริ่มเข้าที่เข้าทาง และโชคดีที่ตอนเรียนปริญญาโทมีครูที่ดี อาจารย์จะสอนวิธีคิดวิธีการมองปัญหา และได้มีส่วนช่วยอาจารย์ทำงานวิจัยและงานวิจัยนั้นก็เป็นวนิทยานิพนธ์ของตนเองด้วย อาจารย์ก็จะเข้มงวดเรื่องการทำวิทยานิพนธ์ค่อนข้างมาก จนกังวลว่าจะเรียนสำเร็จหรือไม่ แต่สุดท้ายอาจารย์ก็ช่วยเหลือจนทำวิทยานิพนธ์สำเร็จ ทำให้ได้รับความรู้ด้านต่างๆ จากอาจารย์มากมาย จากนั้นก็เริ่มขอทุนวิจัยเองด้วยความที่ตนเองได้ความรู้ประสบการณ์จากอาจารย์ทำให้สามารถเขียนประเด็นปัญหา ผลที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน ทำให้ได้รับทุนทำวิจัยหลายเรื่อง และมักได้รับคำชมเชยจากคณะกรรมการพิจารณาทุนวิจัยอยู่เสมอ สำหรับอาจารย์ท่านไหนที่ส่งโครงร่างวิจัยแล้วไม่ได้รับทุนก็อย่าเพิ่งท้อให้อาจารย์นำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการมาปรับให้ชัดเจนขึ้นแล้วลองส่งไปใหม่ อาจารย์ก็จะได้รับทุน เมื่ออาจารย์เขียนโครงร่างวิจัยส่งขอทุนบ่อยๆ ก็จะมีประสบการณ์และชื่ออาจารย์ก็จะเป็นที่รู้จักในวงการศึกษา และที่สำคัญอย่างลืมส่งผลงานไปตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ และนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้วย

เมื่อจะเริ่มทำงานวิจัย อาจารย์จะต้องค้นหาปัญหาที่เป็นปัญหาที่แท้จริง และเป็นงานวิจัยที่นำไปใช้ได้จริง ก็จะเกิดประโยชน์ในวงวิชาการที่กว้างขวางด้วย ขอฝากน้องๆ ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอกว่า เวลาเรียนเรามักจะให้ความสำคัญกับ Specialist ของตนเองเป็นส่วนใหญ่ จึงขอฝากให้พิจารณาการทำวิจัยแบบสหสาขาวิชาชีพ ต่างภาควิชาหรือต่างหน่วยงานบ้างจะช่วยให้เราเห็นวิธีคิดที่แตกต่าง อาจทำให้เราได้รับมุมมองและแนวคิดที่กว้างขึ้น ไม่ควรใช้เพียงกระบวนการ Survey Research เท่านั้น เราอาจใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR = Participatory Action Research) หรือกระบวนการอื่นๆ ที่สามารถตอบโจทย์วิจัยของเราได้จริง อยากให้อาจารย์ทุกคนทำงานวิจัยเพราะรัก แล้วอาจารย์จะได้ทั้งองค์ความรู้และตำแหน่งทางวิชาการตามมาอีกด้วย และที่จะลืมไม่ได้ก็คือเวลาเขียนโครงร่างวิจัยจะต้อง Integrate Idea ด้วย เพื่อที่จะได้แน่ใจว่าโครงร่างวิจัยนี้เป็นงานที่ผู้วิจัยสนใจจริงๆ ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์กับเราอย่างแท้จริงค่ะ

ความภาคภูมิใจในการเป็นพยาบาลก็คงเป็นในช่วงปี 2542-2544 ที่ได้รับตำแหน่งรองคณบดี ช่วยดูแลงานประกันคุณภาพของคณะฯ ในช่วงนั้นเป็นยุคแรกๆ ที่คณะฯจะต้องรับการประเมินจากสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) และมหาวิทยาลัยก็นำระบบประกันคุณภาพเข้ามาใช้กับทุกคณะภายในมหาวิทยาลัย ช่วงนั้นเป็นช่วงที่ต้องเตรียมระบบประกันคุณภาพ ดังนั้นทุกคนในคณะฯจึงต้องตื่นตัวกับเกณฑ์การประกันคุณภาพ ต้องช่วยกันวางระบบจนได้ระบบประกันคุณภาพของคณะฯที่ชัดเจน อาจารย์ทุกคนก็ต้องช่วยกันเก็บข้อมูลและเขียนรายงาน จนกระทั่งคณะฯผ่านการตรวจของมหาวิทยาลัย ถึงแม้ว่าการตรวจในครั้งแรกคณะฯจะถูก



Comment มากน้อย ถูกนำไปเปรียบเทียบกับคณะอื่นๆ ที่เตรียมตัวพร้อมกว่า แต่สุดท้ายคณะฯก็ผ่านเกณฑ์การตรวจของทุกสถาบันรวมทั้งการตรวจของทบวงมหาวิทยาลัยด้วย เมื่อคณะฯมีระบบที่ดีเป็นพื้นฐานแล้ว ในอนาคตผู้ที่เข้ามารับผิดชอบงานประกันคุณภาพของคณะฯต่อไปก็จะดำเนินการได้ไม่ยาก จึงขออนุญาตท่านคณบดีให้อาจารย์ท่านอื่นมารับหน้าที่ต่อ ก็ถือเป็นความภาคภูมิใจอีกอย่างในการเป็นอาจารย์พยาบาล

เมื่อได้มีโอกาสไปช่วยงานประกันคุณภาพของมหาวิทยาลัย โดยไปเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบประกันคุณภาพ ซึ่งเป็นกรรมการกลางที่ต้องไปตรวจระบบประกันคุณภาพของทุกๆ คณะในมหาวิทยาลัย ทำให้ได้รู้จักคนมากขึ้นมีเครือข่ายเพิ่มขึ้น และได้ทราบว่าคณะฯเป็นต้นแบบในการทำระบบประกันคุณภาพให้กับหลายๆ คณะในมหาวิทยาลัย ในขณะที่คณะอื่นๆ อาจยังมีระบบที่ไม่เข้มแข็ง หรือบางคณะยังไม่มีระบบเลย พอเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบของมหาวิทยาลัยได้ระยะหนึ่งก็ขอลาออกแต่ปรากฏว่ามหาวิทยาลัยไม่ให้ลาออก โดยให้เหตุผลว่าการทำงานประกันคุณภาพเป็นการสั่งสมความรู้และประสบการณ์เพื่อให้เก่งและทำงานได้ดี สามารถคิดได้ว่าจะต่อยอดการทำงานในคณะและในมหาวิทยาลัยให้เกิดประโยชน์ได้ต่อไปอย่างไร และในอนาคตระบบการประเมินก็จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสามารถวัดผลด้วยกระบวนการ (Process) และผลการดำเนินงาน (Result) ดังนั้น ทั้งอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านจะต้องอดทนมากๆ เพราะการทำงานในคณะฯต้องถูกควบคุมประเมินและวัดผลเข้มข้นมาก และขอฝากอาจารย์ทุกๆ ท่านว่าขอให้อดทนและอย่าทอดทิ้งนักศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พลกษามะธานันท์: ลำดับสุดท้ายขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์สุคนธ์ ให้แนวคิดและหลักการที่อาจารย์ใช้ในการทำงาน พร้อมทั้งเล่าถึงความประทับใจและความภาคภูมิใจในการเป็นอาจารย์พยาบาลด้วยค่ะ

รองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไขแก้ว: หลักในการทำงานก็ไม่มีอะไรมาก คือ ทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็ตาม ขอขอบคุณคณะฯที่ให้โอกาสในการทำงาน ตลอดระยะเวลา 36 ปี คณะฯให้ทำอะไรตนเองก็ทำหมด การที่เราได้ทำงานทุกอย่างถือเป็นโอกาสที่ดี เมื่อวันหนึ่งที่ต้องจากที่นี่ไปเราต้องทำได้หมดทุกอย่าง ตนเองโชคดีที่อาจารย์ให้ความเมตตาและมีโอกาสมากกว่าคนอื่น มีอาจารย์ท่านหนึ่งเคยสอนไว้ว่า เราต้องทำงานแบบ “ควายรู้คู่ควายแรง” หมายถึง พี่ๆ เป็นผู้ที่มีความรู้และสั่งสมประสบการณ์มาทำงานร่วมกับน้องๆ ที่มีเรี่ยวแรงแข็งแรง เมื่อสองแรงทำงานควบคู่กันงานก็จะประสบความสำเร็จ คนทำงานก็มีความสุข และการที่ตนเองได้เป็นกรรมการในคณะกรรมการต่างๆ ก็เกิดประโยชน์กับตัวเอง เช่น เมื่อตนเองเป็นคณะกรรมการกิจการนักศึกษา ตั้งแต่ยุคแรกๆ มาหลายสมัย ทำให้รู้จักธรรมชาติของนักศึกษา ทำให้รู้ว่าเวลานักศึกษาเรียนหรือขึ้น Ward ควรใช้แบบฝึกหัดแบบไหน นักศึกษาจึงจะพึงพอใจ ดังนั้นการเป็นกรรมการก็เป็นประโยชน์กับเรา การมองวิกฤติหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเราให้เป็นโอกาสที่จะเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในด้านต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดประโยชน์กับตนเองได้

พวกเราทุกคนใช้ชีวิตและช่วงเวลาของพวกเราในที่ทำงานมากกว่าที่พวกเราใช้เวลาที่บ้านของพวกเราเสียอีก พวกเราจึงควรใช้เวลาตรงนี้ในการปรึกษาหารือกัน รักกัน และทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ที่สำคัญให้

คิดถึงพระราชดำรัสของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่ท่านทรงตรัสไว้ว่า “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลภ ททรัพย์และเกียรติยศจะตกแก่ท่านเองถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ ให้บริสุทธิ์ ” และสังเกตว่าตัวเองนั้นถูกโผล่กับเลข 1 ปี 2511 เดินทางจากจันทบุรี มาเรียนที่โรงเรียนสตรีวัดระฆัง ปี 2521 เรียนจบระดับปริญญาโท ปี 2531 ได้รับตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปี 2541 ได้รับตำแหน่งรองศาสตราจารย์ ปี 2551 เปลี่ยนจากข้าราชการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ปี 2555 เกษียณอายุราชการ หวังว่าในปี 2561 น่าจะถูกสลากกินแบ่งรัฐบาลรางวัลที่ 1 สุดท้ายที่อยากฝากไว้กับน้องๆ ทุกคนก็คือ การที่เราเป็นตัวอย่างที่ดี แล้วเรามองตัวอย่างที่ดีรอบๆ ตัวเรา แล้วนำไปปรับใช้นั้นเป็นสิ่งที่ดี อยากให้ทุกคนนึกถึงดอกกล้วยไม้ “ดอกกล้วยไม้ดอกช้ำฉันทิใด การศึกษาเป็นไปเช่นนั้น แต่ออกดอกคราใดงามเด่น การศึกษาจักให้เสร็จแล้วแสนงาม”

มาถึง ณ ตอนนี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมก็ได้รับรู้เคล็ดลับที่ไม่ลับแล้วของอาจารย์ทั้ง 4 ท่าน ในการปั้นดินให้เป็นดาว อาจารย์ได้ให้แนวทาง /หลักการที่ใช้ในการทำงาน ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างมาก และที่สำคัญ ไม่ว่าเราจะเข้ามาอยู่ ณ ที่นี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม แต่สุดท้ายแล้วพวกเราจะเป็นอาจารย์พยาบาลที่ดีอย่างแน่นอน





ภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ และการรักษาด้วย Pacemaker

อาจารย์พรรณนิภา สืบสุข ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ ภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ และการรักษาด้วย Pacemaker ในวันที่ 19 ตุลาคม 2554 โดยมีอาจารย์ **ธนัชฐา สมัย** ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้นำประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า และการดูแลรักษาภาวะดังกล่าวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยสรุปดังนี้

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย โดยทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ ทั้งนี้หัวใจทั้ง 4 ห้องมีระบบควบคุมคือระบบไฟฟ้าในหัวใจนั่นเอง อย่างไรก็ตามภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที อาจส่งผลกระทบต่ออันตรายถึงชีวิต

ภาวะหัวใจเต้นช้า คือ มีอัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ภาวะหัวใจเต้นช้าที่มีอาการมักจะแสดงอาการเหล่านี้ ได้แก่ มีอาการเป็นลมหมดสติ ความดันตก หรือช้ำ เป็นต้นอาการของหัวใจเต้นช้าเกินไป คือ อาการที่เกิดจากเลือดจะไม่พอเลี้ยงสมองทำให้เกิดอาการ "วูบ" "หมดสติชั่วคราว" หรือ "เป็นลม" ภาวะหัวใจเต้นช้าที่เป็นอันตรายมาก คือ Atrioventricular block (AV block) แบ่งเป็น First, Second และ Third Degree ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาบางชนิด ภาวะมีเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก็ได้

การวินิจฉัยโดยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ บางรายต้องอาศัยการดู คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 24 ชั่วโมง สำหรับการรักษานั้นขึ้นอยู่กับอาการ และ สาเหตุ หากเป็นชนิดที่ปกติไม่มีอาการผิดปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องรักษาใดๆแต่หากเป็นชนิดที่ร้ายแรงก็จำเป็นต้องป้องกันไม่ให้หัวใจเต้นช้าเกินไปด้วยการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ

การรักษาภาวะหัวใจเต้นช้า

1. Atropine ยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจเต้นช้าที่มีอาการ ขนาดยาที่ให้ 0.6 มก.เข้าเส้นเลือดทุก 3-5 นาที ขนาดยาสูงสุดรวมกันที่สามารถให้ได้คือ 3 มก.ยาอื่นที่สามารถใช้ได้ก็มี Epinephrine หรือ dopamine เป็นต้น
2. Pacemaker เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจ (Cardiac Pacemaker/Artificial Pacemaker) ทำหน้าที่ ปลดปล่อยกระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นหัวใจตามที่กำหนดเพื่อให้เกิดจังหวะการเต้นของหัวใจทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac Output) เพียงพอมี 2 ชนิด คือ เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราว (Temporary Pacemaker) เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pacemaker) มีการพยาบาลดังนี้



หลังใส่เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจ

1. วัดสัญญาณชีพ สังเกตความสม่ำเสมอของชีพจรอัตราการเต้น ถ้าชีพจรเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าหรือมากกว่า 10 ครั้ง/นาที ต้องรายงานแพทย์
2. ติดตามภาวะหัวใจล้มเหลว Pneumothorax
3. สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อติดตามการทำงานของเครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจ
4. สังเกตแผลบริเวณที่ใส่เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจทุกวันโดยปกติจะไม่ทำแผลทุกวัน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อสายสื่อเลื้อนหลุด อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ หากแผลฉะ บวมแดง ให้ทำแผลใหม่
5. ไม่ให้ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจเหยียดแขนข้างที่ใส่เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจขึ้นเหนือศีรษะอย่างรุนแรงหรือเอื้อมหยิบของไกลๆหลังใส่เครื่องใหม่ๆทั้งชนิดชั่วคราวและถาวรเพื่อป้องกันสายสื่อเลื้อนหลุด เมื่ออาการของผู้ป่วยคงที่แล้วให้มีการออกกำลังกาย เคลื่อนไหวข้อต่างๆได้สำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจชนิดถาวร ให้ออกกำลังกายได้หลังผ่าตัดใส่เครื่องประมาณ 8 สัปดาห์เพื่อให้เครื่องฝังแน่นอยู่กับที่ระหว่างนี้ให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่เหยียดหรือยืดแขนออกอย่างรุนแรง หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกบริเวณเครื่อง
6. ช่วยลดความวิตกกังวลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโดยรับฟังปัญหาของผู้ป่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ
7. ระวังอันตรายจากกระแสไฟฟ้าอื่นๆที่มีความถี่สูงอาจรบกวนการทำงานของเครื่อง





Atrial Fibrillation (AF) and Nursing Management

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ Atrial Fibrillation (AF) and Nursing Management ในวันที่ 21 ธันวาคม 2554 โดยมีอาจารย์ ดร.ศรินทร์น์ ศรีประสงค์ มาเป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ สรุปดังนี้

Atrial Fibrillation (AF) เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจไม่ได้เกิดจาก SA Node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ขึ้น ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ P Wave หายไปมี Fibrillation (f) Wave ลักษณะเป็นเส้นหยักไปมาไม่สม่ำเสมอเห็นชัดใน Lead II, III, aVF, และ V2 แต่รูปร่างของ QRS Complex ปกติ Atrial Rate 350-700 ครั้ง/นาที Ventricular Rate (VR) มักจะไม่สม่ำเสมอถ้า VR >100 BPM ถือว่าเป็น Rapid Vent. Response (RVR) ถ้าอยู่ระหว่าง 60-100 BPM เรียกว่าเป็น Moderate Vent. Response (MVR) และถ้า VR <60 BPM เรียกว่าเป็น Slow Ventricular Response (SVR)

สาเหตุของการเกิด **Atrial Fibrillation** มีทั้งที่เกิดจากหัวใจ เช่น โรคของลิ้นหัวใจ หัวใจล่างซ้ายโต โรคหลอดเลือดหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) หรือเกิดจากสาเหตุที่ไม่ใช่หัวใจ เช่น ปอดอักเสบ การผ่าตัด การไม่สมดุลของเกลือแร่ Hyperthyroidism, Pulmonary Embolism การได้รับสารจำพวก Cocaine and Caffeine, Acute Alcohol Intoxication, Septic or Febrile Illness สูงอายุกรรมพันธุ์ ภาวะเครียด อ้วน หรือไม่ทราบสาเหตุ

Atrial Fibrillation แบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. **Paroxysmal AF** เป็น AF ที่เกิดเป็นครั้งคราว ระยะเวลาสั้นสุดอาจเป็นนาที ชั่วโมง หรืออาจเป็นถึง 7 วัน สามารถหายไปได้เองสาเหตุเกิดได้จาก Acute Alcoholism การดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด กล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดขณะตรวจวินิจฉัยหรือขณะทำการรักษาที่ Invasive ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ การไม่สมดุลเกลือแร่ ภาวะช็อคจากหัวใจ
2. **Persistent AF** เป็น AF ที่เกิดมากกว่า 7 วัน ถึง น้อยกว่า 1 ปีไม่หายไปเอง
3. **Recurrent AF** เกิด AF ชั่วๆ อาการดีขึ้นเองหรือด้วยการรักษา
4. **Permanent AF** เป็น AF ที่เกิดอย่างน้อย 1 ปี Permanent Atrial Fibrillation (Chronic) การรักษาไม่สามารถทำให้การเกิดลดลง

ผลที่ตามมา จากการเกิด AF คือ ทำให้ Cardiac Output ลดลง การไหลเวียนเลือดผิดปกติ อาจมีเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดอาการของ Angina Pectoris หรืออาจเกิด Atrium Thrombus Formation อาการแสดงทั่วไป ที่พบได้ ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มีอาการของหัวใจล้มเหลว มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจ



ลำบาก ความดันโลหิตต่ำลดลง ความทนในการทำกิจกรรมลดลง วิดกกังวล อ่อนล้า มึนงง ปวดศีรษะ เป็นลมหรือคล้ายจะเป็นลม (Syncope or Near Syncope) มีอาการอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง และ/หรือมีอาการของ Arterial Embolization อาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และอัตราการตายของผู้ป่วย

แนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะ AF ใช้แนวปฏิบัติ SALTE (McCabe, 2005)

S = Stabilize หมายถึง การทำให้ระบบไหลเวียนเลือดคงที่ โดยเฉพาะการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ ให้น้อยกว่า 90 ครั้งต่อนาทีขณะพัก เป้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ และจังหวะการเต้นของหัวใจ รวมทั้งการจัดการกับความวิตกกังวลและให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเกิดโรค

A=Assessment underlying causes เป็นการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิด AF และความเสียงต่อการเกิด thromboembolism

เกณฑ์ในการวินิจฉัย AF ตั้งแต่แรกเริ่มประเมินโดยประยุกต์จาก ACC/AHA/ESC Guidelines (McCabe, 2005)

- ประเมินลักษณะอาการ (Nature of Symptoms) ชนิดของ AF, Onset การเกิด ความถี่ของการเกิด ระยะเวลาที่เกิด (Duration) ปัจจัยส่งเสริมให้เกิด การตอบสนองต่อการรักษา (ถ้าได้รับ) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด AF การมีโรคหัวใจร่วมด้วย
- ประเมินโดยใช้ EKG เป็นการประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ หัวใจห้องล่างซ้ายโต การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนหน้า F Wave Morphology การเกิด Bundle Branch Block การตอบสนองต่อ Antiarrhythmic Drug
- ประเมินโดยใช้ Transthoracic Echocardiogram ประเมินขนาดของหัวใจ และการทำหน้าที่ของหัวใจ โดยเฉพาะหัวใจห้องซ้าย โรคของลิ้นหัวใจ ความดันในปอด การเกิด Left Atrial Thrombus และโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ
- ประเมินโดยใช้ Chest X Ray เพื่อประเมินความผิดปกติของเนื้อปอดและหลอดเลือดในปอด
- ประเมินโดยการตรวจเลือด ประเมินการทำหน้าที่ของไทรอยด์ ไต ตับ

การประเมินการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (Nottingham, 2010) CHADS₂ risk stratification เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มี AF ซึ่งไม่ได้เกิดจากลิ้นหัวใจ เป็นการประเมินภาวะต่างๆ ที่พบร่วมและการให้คะแนน

C หมายถึง Congestive Heart Failure = 1,

H หมายถึง Hypertension= 1,

A หมายถึง Age >75 years = 1,

D หมายถึง Diabetes = 1,

S₂ หมายถึง Prior Stroke or TIA=2

คะแนนรวมยิ่งมากหมายถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ยิ่งสูง

L=Label หมายถึง การประเมินชนิดของ AF เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง เกณฑ์ในการวินิจฉัยการเกิด AF (McCabe, 2005) ประเมินลักษณะอาการ ชนิดของ AF Onset การเกิด ความถี่ ช่วงเวลา ปัจจัยชักนำ การตอบสนองต่อการรักษา

T=Treat หมายถึง การรักษาที่เหมาะสมกับ ชนิดของ AF ยาที่ใช้รักษาเช่น Amiodarone ซึ่งมีผู้เข้าร่วมฟังได้ให้ข้อคิดเห็นว่า อาจพบผลข้างเคียงของยานี้ได้ในผู้ป่วยบางราย เช่น การรับความรู้สึกที่ผิวหนังเปลี่ยนไป เช่น สูญเสียความรู้สึก ชา เจ็บเหมือนถูกของแหลมทิ่ม ท้องผูก มึนงง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เพ้อผว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ผลข้างเคียงที่รุนแรง อาจพบอาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอกหายใจลำบากได้

E=Education ความรู้ที่ให้ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิด AF อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด AF ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา (Risks of Untreated AF) แผนการรักษาและเป้าหมายของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ปฏิบัติการระหว่างยา/อาหาร/อาหารเสริม การจับชีพจรด้วยตนเอง ความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ทักษะในการปรับตัวอยู่กับ AF การมาติดตามการรักษา

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin

ในผู้ป่วยที่ได้ยา Warfarin จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา การออกฤทธิ์ วันและเวลาในการรับประทานยาการติดตามค่า INR และค่าที่ยอมรับได้ อาการและอาการแสดงเริ่มแรกของการมีเลือดออกซึ่งจะต้องรายงานแพทย์ การป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ ผลของบุหรี่ สุรา การมีกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นต่อการรักษาด้วยยา Anticoagulation การมีบั้นหรือสัญญาณแสดงถึงการได้รับยา Warfarin มีผู้เข้าร่วมฟังได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ยา Warfarin ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์วิตามิน K ซึ่งทำให้เลือดแข็งตัว การรับประทานอาหารที่มีวิตามิน K สูง ได้แก่ ตับวัว น้ำมันตับปลา ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาดหอม กระหล่ำปลี แครอท หัวผักกาดขาว เนยแข็ง ไข่ขาว ถั่วหมัก นมผง นอกจากนี้แบคทีเรียในลำไส้ของคนยังช่วยสังเคราะห์วิตามิน K ขึ้นได้เองอีกด้วย การหลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารที่มีวิตามิน K ทำได้ยากและอาจทำให้ขาดอาหารได้ การรับประทานอาหาร **ที่มีวิตามิน K** ในปริมาณที่สม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สะดวกในการปรับยาให้มีปริมาณยาในกระแสเลือดคงที่ ยาบางตัว เช่น สเตียรอยด์ พาราเซตามอล ทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR เพิ่มขึ้นได้ซึ่งพยาบาลจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

การเกิด Thrombus ในผู้ป่วย AF

ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ผู้ที่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (Previous stroke) หรือสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA or embolism) มีลิ้นหัวใจ Mitral ตีบ ผู้ที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม ผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว LV EF \leq 35% ผู้ที่เป็นเบาหวาน



การให้ยา Antithrombotic Therapy ในผู้ป่วย AF ในคนที่ไม่มีความเสี่ยงให้ Aspirin วันละ 81–325 mg คนที่มีความเสี่ยงระดับกลาง 1 อย่าง ให้ Aspirin วันละ 81–325 mg หรือ Warfarin (INR 2.0 - 3.0, target 2.5) มี High-risk Factor หรือมี Moderate-risk Factor มากกว่า 1 อย่าง ให้ Warfarin (INR 2.0 - 3.0, target 2.5)

การจัดการเมื่อเกิด AF

ต้องดูแลให้ได้รับน้ำและเกลือแร่เพียงพอ เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงอาการทางระบบทางเดินหายใจ ให้ยาตามแผนการรักษา จัดท่า และกระตุ้นให้ออ (Cough enhancement, positioning) และการจัดการกับอาการปวด ความวิตกกังวล ปัจจัยเสี่ยง ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเกิดโรค การจัดการ/รักษารวมทั้งหัตถการ การช้ยาและการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีความพร้อมมากกว่า

สรุปการจัดการปัญหาในผู้ป่วย AF ตั้งแต่แรกเริ่ม

1. จะต้องหาสาเหตุพื้นฐานเช่น Hypoxia, Sepsis, Stress, Alcohol, CHD เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และ EKG
2. ประเมินอาการของ Low Cardiac Output และภาวะ Thromboembolism เช่น แขนขาอ่อนแรง การพูดผิดปกติ ปวดท้องเฉียบพลัน เจ็บหน้าอก
3. NPO ไว้ก่อนเตรียมยาอุปกรณ์ฉุกเฉินและเครื่อง Defibrillation ให้พร้อมเพราะอาจทำ Cardioversion ในรายที่ทำ Cardioversion: ประเมินระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของแขนขา เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และ EKG รวมทั้งดูแลให้พักผ่อน
4. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Amiodarone IV Drip เพื่อควบคุม Heart Rate หรือ Convert AF: ระวัง Side Effect ของยา เกิด HR ที่ช้าเกินไปหรือมี Heart Block ผู้ป่วยที่ได้รับยา Anticoagulant: Bleeding Precaution ติดตามผล PTT/PT, INR





การออกกำลังกายในภาวะหัวใจล้มเหลว (Exercise in Heart Failure)

อาจารย์ธนัชรา สมัย ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การออกกำลังกายในภาวะหัวใจล้มเหลว (Exercise in Heart Failure) ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2555 โดยมี **อาจารย์พรณิภา สืบสุข** มาเป็นวิทยากรและร่วม แลกเปลี่ยนเรียน เรียนรู้ในประเด็นการออกกำลังกายที่บ้าน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่ โดยทบทวนงานวิจัยต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปดังนี้

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่พบบ่อย คือ มีอาการ เหนื่อย และความสามารถในการทำกิจกรรมวัตรประจำวันลดลง จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การ ออกกำลังกายมีความปลอดภัยและเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ลดความจำเป็นในการใช้ยา เพิ่ม ความทนต่อการออกกำลังกาย ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ลดอัตราการเข้า - ออกโรงพยาบาล และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

การออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

1. **ลักษณะผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว** ที่มีความเหมาะสมสำหรับออกกำลังกายที่บ้านต้องคำนึงถึงลักษณะต่อไปนี้
 - 1.1. **เป็นผู้ป่วยมีอาการคงที่** คือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของยาที่ใช้ในการรักษา ยกเว้นยาขับปัสสาวะในระหว่างเข้าโปรแกรมออกกำลังกาย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตและค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายจากการตรวจ Echocardiography น้ำหนักไม่ขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัม ใน 3 วัน โดยอาการคงที่ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเวลา 3 เดือน และระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
 - 1.2. **อายุของผู้ป่วยในการออกกำลังกาย** ต้องคำนึงอาการคงที่ควบคู่ไปกับอายุของผู้ป่วยดังนี้
 - อายุ 30 ปีขึ้นไป ควรมีอาการคงที่อย่างน้อย 8 สัปดาห์
 - อายุ 50-60 ปี ควรมีอาการคงที่อย่างน้อย 8-12 สัปดาห์
 - อายุ 60-70 ปี ควรมีอาการคงที่ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป
 - อายุ 70-85 ปีขึ้นไป โดยไม่มีภาวะโรคร่วมที่รุนแรง อาการคงที่ 12 ถึง 36 สัปดาห์
 - 1.3 **ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว** ที่สามารถออกกำลังกายที่บ้านได้ ควรมีระดับ NYHA Functional - Class II-III หรือ - Class IV ที่อายุไม่เกิน 60 ปี และมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวคงที่ตั้งแต่ 12-36 สัปดาห์ขึ้นไป
 - 1.4 **Ejection Fraction**จากการตรวจ Echocardiography ในผู้ป่วยที่มี



- Systolic Heart Failure มีค่า LVEF ร้อยละ 20 -40
- Diastolic Heart Failure มีค่า LVEF ร้อยละ 45 ขึ้นไป

2. รูปแบบการออกกำลังกายที่บ้าน

- 2.1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ปริมาณออกซิเจนในร่างกาย เพิ่มความทนในการออกกำลังกาย ลดอาการเหนื่อยหอบและเหนื่อยล้าของร่างกาย ได้แก่ การเดินบนพื้นราบ โดยค่อยๆ ปรับระดับความหนักขึ้น การเคลื่อนไหวของร่างกายบริเวณกล้ามเนื้อแขนขา ลำตัว การนั่งสลับลุกยืนบนเก้าอี้
- 2.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิกผสมกับการออกแรงต้าน ได้แก่ การเดินพร้อมกับการออกแรงต้านแบบไอโซโทนิค โดยใช้อุปกรณ์ คือ สายยางยืดการยกน้ำหนักโดยใช้ตุ้มน้ำหนัก การใช้แรงต้านของตนเองกับแรงโน้มถ่วงการเหยียดของกล้ามเนื้อ เช่น การเดินและยกแขน

3. ระดับความหนักในการออกกำลังกาย (Intensity) สามารถประเมินได้หลายแบบ ได้แก่

- 3.1 อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในขณะออกกำลังกาย Maximum Heart Rate (MHR) โดย
 - 3.1.1 ความหนักระดับต่ำ คือ ร้อยละ 40-60 ของ MHR
 - 3.1.2 ความหนักเบา ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-70 MHR
- 3.2 การใช้ความสามารถสูงสุดของกล้ามเนื้อในการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านได้ 1 ครั้งของผู้ป่วย (1 Repetition Maximum, 1 RM) หมายถึง น้ำหนักที่ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้มากที่สุด เป็นการใช้กำหนดระดับความหนักในการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน โดยเริ่มต้น น้ำหนักที่แขน 500 กรัม ที่ขา 1 กิโลกรัม และค่อยๆ เพิ่มน้ำหนักตามความสามารถ
- 3.3 การใช้การรับรู้ถึงความเหนื่อย (Borg Scale) ขณะออกกำลังกาย โดยแบ่งคะแนนตั้งแต่ 6 –20 ตามตาราง (Pina, 2010) โดยผู้ป่วยควรหยุดออกกำลังกายเมื่อรับรู้ว่าการเหนื่อยที่ระดับ 11 หรือ 13

Table 2 Borg scale: 15 point

- 6–20% effort
- 7–30% effort (very, very light [rest])
- 8–40% effort
- 9–50% effort (very light [gentle walking])
- 10–55% effort
- 11–60% effort (fairly light)
- 12–65% effort
- 13–70% effort (somewhat hard [steady pace])

Table 2 Borg scale: 15 point

- 14–75% effort
- 15–80% effort (hard)
- 16–85% effort
- 17–90% effort (very hard)
- 18–95% effort
- 19–100% effort (very, very hard)
- 20—Exhaustion

4. ความถี่และระยะเวลาในการออกกำลังกาย ขึ้นกับช่วงเวลาหลังออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

4.1 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนแรก

4.1.1 แบบแอโรบิก เริ่มที่ 20-30 นาที ความถี่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12-24 สัปดาห์

4.1.2 แบบแอโรบิกร่วมกับการออกแรงต้าน เริ่มที่ 20-30 นาที ความถี่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12-24 สัปดาห์

4.2 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป

4.2.1 แบบแอโรบิก เริ่มที่ 20-60 นาที ความถี่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12-24 สัปดาห์

4.2.2 แบบแอโรบิกร่วมกับการออกแรงต้าน เริ่มที่ 30-60 นาที ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจออกกำลังกายทั้งสองแบบวันเดียวกัน หรือออกกำลังกายแบบสลับวันระหว่างแบบแอโรบิกกับแบบออกแรงต้าน เป็นเวลา 12-48 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ระยะเวลาออกกำลังกายเริ่มที่ 20 – 30 นาที ความถี่ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์

5. ข้อบ่งชี้ในการหยุดการออกกำลังกาย(Papathansiou, 2008)

5.1 มีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะออกกำลังกาย

5.2 ค่า SBP >250 mmHg หรือ DBP >115 mmHg

5.3 HR >120 ครั้ง/นาที หรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที เมื่อเทียบกับขณะพักและ SBP ลดลงมากกว่า 10 mmHg ในขณะที่ออกกำลังกาย

5.4 RR >40 ครั้ง/นาที ระหว่างออกกำลังกาย

5.5 มีภาวะการเต้นที่ผิดปกติของหัวใจทั้งห้องบนและห้องล่าง

5.6 มีภาวะหัวใจเต้นช้า ชนิด Second or Third- Degree Heart Block

5.7 มีระดับการรับรู้ความเหนื่อยของ Borg Scale ≥ 14

สรุปการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวมีประโยชน์ในการลดอัตราการเสียชีวิต และลดอัตราการนอนโรงพยาบาล แต่ต้องคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วย และเลือกวิธี ลักษณะ ความถี่และรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของร่างกายของผู้ป่วยด้วย





Nutrition in Heart Failure

อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ Nutrition in Heart Failure ในวันอังคาร ที่ 20 มีนาคม 2555 โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉริยา พงษ์นุ้มกุล มาเป็นวิทยากรและร่วม แลกเปลี่ยนเรียน เรียนรู้ใน 3 ประเด็น คือ ภาวะพร่องโภชนาการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องโภชนาการ และประเด็นการพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับหลายระบบด้วยการเพิ่ม Sympathetic Tone ภาวะไม่สมดุลของการสร้างและใช้พลังงาน (Anabolic/Catabolic Dysbalance) และการอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับภาวะร่วมอื่นๆ ได้แก่ ภาวะซีด ภาวะดื้ออินซูลิน และภาวะ Cardiac Cachexia ภาวะพร่องโภชนาการเป็นภาวะที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และส่งผลซ้ำเติมให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

ภาวะพร่องโภชนาการกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะพร่องโภชนาการ หมายถึงความพร่องหรือการขาดสารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งที่เป็นต่อภาวะสุขภาพ โดยมีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัย ปัจจัยแรก คือ การได้รับอาหารที่จำเป็นไม่เพียงพอ ปัจจัยที่สอง คือ ความผิดปกติของการดูดซึมหรือการนำสารอาหารไปใช้ (The Columbia Electronic Encyclopedia® Copyright © 2007, www.cc.columbia.edu/cu/cup/)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบ อัตราการเกิดภาวะพร่องโภชนาการมาก โดยพบใน Functional Class II ถึงร้อยละ 22 และ Functional Class III พบถึงร้อยละ 63 (Schwengel, R.H., 1999) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มี Moderate to Severe Heart Failure มีภาวะ Cachexia ถึงร้อยละ 30-35 (Von HS, 2007)

Cardiac Cachexia หมายถึง ลักษณะของน้ำหนักที่ลดลงในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเป็นน้ำหนักที่ลดลงถึงร้อยละ 5-6 จากน้ำหนักปกติที่ไม่มีอาการบวมในช่วงเวลามากกว่า 6 เดือน หรือในระหว่าง 12 เดือน

การวินิจฉัยว่า การเกิดภาวะ Cardiac Cachexia การมีค่าน้ำหนักมวลกาย (Body Mass Index-BMI) น้อยกว่า 20 kg/m^2 ร่วมกับอาการทางคลินิกหรือเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ 3-5 เกณฑ์ ดังนี้

- Decrease Muscle Strength- Fatigue - Anorexia- Low Fat-Free Mass Index
- Abnormal Biochemistry with signs of Ongoing Inflammation, Anemia, Low Serum Albumin (Evans WJ et al, 2008)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องโภชนาการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องโภชนาการ ได้แก่ การได้รับเกลือมากเกินไป (Excessive Salt) การได้รับน้ำ (Fluid Intakes) และการขาดวิตามินและ Micronutrients

การได้รับเกลือมากเกินไป (Excessive salt)

แหล่งให้โซเดียมในร่างกาย ได้แก่ ในอาหารและน้ำดื่ม เช่น เกลือแกง (เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าหู้ยี้) อาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร สารปรุงแต่งอาหาร (ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด) อาหารที่มาจากเนื้อสัตว์ทุกชนิด หอย เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ที่มีสีเข้มมีโซเดียมสูง ปลาน้ำจืด และน้ำเค็ม มีโซเดียมเท่ากันในน้ำดื่มและเครื่องดื่ม น้ำผลไม้สดต่างๆ มีปริมาณโซเดียมต่ำ (วินัส ลีพทูล, 2552) นอกจากนั้นยังพบได้ใน ยาสีฟันน้ำยาบ้วนปากและยารักษาโรค

โซเดียมยังได้จากยาบางชนิด ได้แก่ Barbiturate, Sulfonamide, Antibiotics ยาแก้ไอ ยาลดกรด ยา ระบาย ยานัด เช่น ยา Aspirin 1 เม็ด มีโซเดียม 50 mg ซึ่งยาที่มีปริมาณโซเดียม 80-120 mg ต่อการกิน 1 ครั้ง ควรนำไปคิดรวมกับโซเดียมในอาหารด้วย

การขาดวิตามินและ Micronutrients เกิดมาจาก

1. **ยาและผลของยา** Drug Treatment and Consequences เช่น ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop Diuretics ทำให้เกิดภาวะ Hypokalemia, Hypomagnesemia, Hypocalcemia และการขาด Thiamine

ยาที่มีผลต่อ (Renin Angiotensin Aldosterone System-RAAS) เช่น ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) ทำให้เกิดภาวะ Hyperkalemia และการใช้ยา ACEI และยา Angiotensin Receptor Blocker (ARB) ทำให้เกิดการขับสารสังกะสีทางปัสสาวะ (Urinary Excretion of Zinc)

ยากลุ่ม Beta- Blockers ทำให้เกิด Precipitate Hyperkalemia

Digitalis and ACEI ทำให้การรับรสลดลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่อและปริมาณยาที่เพิ่มทำให้ปากแห้ง เพิ่มขึ้น

นอกจากนั้นการให้ยา Furosemide ร่วมกับ Beta- Blocker ทำให้ปากแห้งได้

2. **การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร Gastrointestinal Effects** ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เรื้อรังมีการดูดกลับของสารอาหาร แร่ธาตุ วิตามิน และ micronutrient อื่นๆ ลดลง จากการมีการลดลงของการไหลเวียนเลือดในระบบทางเดินอาหาร (Intestinal Microcirculation) เกิดภาวะ Nonocclusivemesenterial Ischemia ทำให้ผนังของลำไส้บวมและหนาตัวขึ้น โดยเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลาย ลำไส้ใหญ่ และปลายลำไส้ใหญ่ (Sigmoid) นอกจากนั้น ยังพบการเกิดพังผืด Fibrosis with Collagen สะสมในลำไส้เล็กจากการขาดเลือดเรื้อรังของลำไส้ ทำให้มี Hypomotility in GI Tract ผู้ป่วยเกิดภาวะเบื่ออาหาร และท้องผูก

นอกจากนั้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเรื้อรังมีภาวะ Hypoalbuminemia จากการดูดซึมของไขมัน และโปรตีนที่ ลำไส้เล็กลดลง โดยพบว่าจากการวิเคราะห์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง New York Heart Association (NYHA) Class III and IV ที่มีภาวะ Cachexia ร่วมด้วย พบไขมันในอุจจาระร้อยละ 24 และโปรตีนร้อยละ 19

3. **ภาวะ Hypercatabolism** ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง มีการกระตุ้นของปัจจัยที่ทำให้เกิดการสลายของเนื้อเยื่อ (Catabolic Factors) ได้แก่ Cathecholamines และ Proinflammatory Cytokines



(Tumor Necrosis Factor-TNF) ทำให้อัตราการเผาผลาญในเซลล์เพิ่มขึ้น ร่างกายจึงมีความต้องการแคลอรีสูงขึ้น ในขณะที่ Anabolic Insulin Effects ลดลง (การทำงานของอินซูลินในการเก็บกลูโคสในรูป Glycogen ช่วยในการส่งกรดอะมิโนเพื่อนำไปสร้างโปรตีน และส่งเสริมการสร้างกรดไขมัน) สภาวะที่ทำให้เกิดการสลายของเนื้อเยื่อ (Catabolic State) เกี่ยวข้องกับการเพิ่มการใช้พลังงานในขณะพักทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเสี่ยงต่อการเกิด Cachexia

การขาดวิตามิน เกลือแร่และแร่ธาตุ (Vitamin & micronutrients deficiencies)

การขาดวิตามิน B1 (Thiamine) ซึ่งเป็น coenzyme ที่สำคัญในการทำให้เกิด Carbohydrate energy Metabolism ได้จากขบวนการย่อยและดูดซึมของร่างกาย

Wet beriberi is a syndrome of thiamine deficiency characterized by sodium retention, peripheral vasodilatation, and biventricular Heart Failure.

มีรายงานพบว่า การเพิ่มขึ้นของ Thiamine ทำให้ EF เพิ่มขึ้น (Dunn, et al, 2009)

วิตามิน D และ Calcium

- ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีวิตามิน D ลดลงจากการมี Bone Turnover สูง
- การได้รับ Loop diuretics ส่งผลให้ Calcium ดูดกลับลดลง

Magnesium: ช่วย Improved Endothelial Function ชาติจาก Anorexia ขับทิ้งทางปัสสาวะ และผลของ RAAS

Zinc: มักถูกขับออกทางปัสสาวะ และเป็นสาเหตุนำไปสู่ Myocardial Apoptosis

Vitamin C: ช่วยยับยั้งขบวนการทำลายของ Pathways ใน Cardiomyocytes

Anemia: ทำให้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เกิด Myocardial Failure และอาการแสดง ได้แก่ Impaired Exercise Capacity, Fatigue (Sandek, et al., 2009)

Nursing Care Issues

การจำกัดโซเดียม แบ่งเป็น 5 ระดับ

1. โซเดียม 4 กรัม/วัน: ไม่รับประทานอาหารที่ใช้เกลือเป็นสารช่วยถนอมอาหาร + ใส่เกลือไม่เกินวันละ 1/2 ชช. + ไม่เติมเกลือ น้ำปลาบนโต๊ะอาหาร
2. โซเดียม 2 กรัม/วัน: ไม่รับประทานอาหารที่ใช้เกลือเป็นสารช่วยถนอมอาหาร + ใส่เกลือไม่เกินวันละ 1/4 ชช. + ไม่เติมเกลือ น้ำปลาบนโต๊ะอาหาร
3. โซเดียม 1 กรัม/วัน ในผู้ป่วยที่มีอาการบวม: ไม่รับประทานอาหารที่ใช้เกลือเป็นสารช่วยถนอมอาหาร + ไม่เติมเกลือ น้ำปลาระหว่างปรุงอาหารและบนโต๊ะอาหาร
4. โซเดียม 500 มิลลิกรัม/วัน: ไม่รับประทานอาหารที่ใช้เกลือเป็นสารช่วยถนอมอาหาร + ไม่เติมเกลือ น้ำปลาระหว่างปรุงอาหารและบนโต๊ะอาหาร + จำกัดอาหารที่โซเดียมสูง

5. โซเดียม 250 มิลลิกรัม/วัน: ไม่รับประทานอาหารที่ใช้เกลือเป็นสารช่วยถนอมอาหาร + ไม่เติมเกลือ น้ำปลา ระหว่างปรุงอาหารและบนโต๊ะอาหาร + จำกัดอาหารที่โซเดียมสูง และปานกลาง

โซเดียมที่อยู่ในรูปเกลืออื่นๆได้แก่

- Disodium Phosphate (ธัญพืช เนย เครื่องดื่มบรรจุขวด ไอศกรีม)
- Monosodium Glutamate (ผงชูรส)
- Sodium Alginate (ใส่ในไอศกรีมเหนียว ละเอียดย)
- Sodium Benzoate (ใส่ในผงกันบูดอาหารสำเร็จรูป น้ำผลไม้)
- Sodium Bicarbonate (ผงฟู)
- Sodium Sulfite (ใส่ในผลไม้กระป๋อง)

ตัวอย่างอาหารที่มีโซเดียม

- เกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2300 – 2400 mg
- น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียม 465 - 600 mg
- ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนโต๊ะ มีโซเดียม 960 - 1,420 mg
- ไข่ต้ม 1 ฟอง (50 กรัม) มีโซเดียม 89 mg
- ไข่เค็ม 1 ฟอง (50 กรัม) มีโซเดียม 481 mg
- ไข่เจียว 1 ฟอง มีโซเดียม 440-590 mg
- ปลากระป๋อง 1 กระป๋อง ปริมาณโซเดียม 730 mg/150 g
- บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป 1 ชอง ปริมาณโซเดียม 1000- 1800 mg
- ซุปก้อน 1 ก้อน (10 กรัม) โซเดียม 1760 mg
- ผงชูรส 5 กรัม 1 ช้อนชา ปริมาณโซเดียม 492 mg

การเปลี่ยนพฤติกรรมในการปรุงรส

- ไม่ควรปรุงรสอาหารก่อนชิมอาหาร
- ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหารที่ปรุงสำเร็จ
- หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารตากแห้ง
- อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารสำเร็จรูปบรรจุถุง
- เครื่องปรุงรสที่มีเกลือมาก อาหารหมักดองเค็ม

อาจใช้สมุนไพรต่างๆ เช่น ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด พริก หอม กระเทียม เพิ่มรสชาติของอาหาร



การอ่านฉลากโภชนาการ

หนึ่งหน่วยบริโภค = การกินต่อครั้ง

สามารถเลือกอาหารที่มีโคเลสเตอรอล และโซเดียมต่ำ

เปรียบเทียบคุณภาพของผลิตภัณฑ์อาหารชนิดเดียวกัน

Deficiencies of Vitamins and Micronutrients

Drug Treatment and Consequences

Furosemide + Beta- Blocker ทำให้ปากแห้งเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง และกระหายน้ำเพิ่มขึ้น

ปกติใน 1 วัน ร่างกายจะมีการผลิตน้ำลาย ประมาณ 500-1,000 ซีซี หน้าที่สำคัญในน้ำลายขึ้นอยู่กับ

สารหล่อลื่น และการทำหน้าที่ปกป้องเนื้อเยื่อในช่องปาก

น้ำลายมีหน้าที่หลายอย่าง ขึ้นอยู่กับชนิดและสารที่ผลิต ได้แก่ การรับรส การย่อย ช่วยหล่อลื่น ต้านเชื้อรา ไวรัส และแบคทีเรีย

Hyposalivation หมายถึง การหลั่งน้ำลายที่ <0.15 ml/min (Kuga M, Lkeda M, Suzuki K, et al: 2002) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น รังสีรักษา autoimmune disease ไข้ยาหลายชนิดร่วมกัน

Xerostomia หมายถึง ความรู้สึกที่ว่าปากแห้ง มักเกิดเมื่อมีอัตราการไหลของน้ำลายลดลง >50%

Thirst หมายถึง ความกระหาย หรือ รู้สึกอยากดื่มน้ำมาก มักเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะ Xerostomia และ Hyposalivation

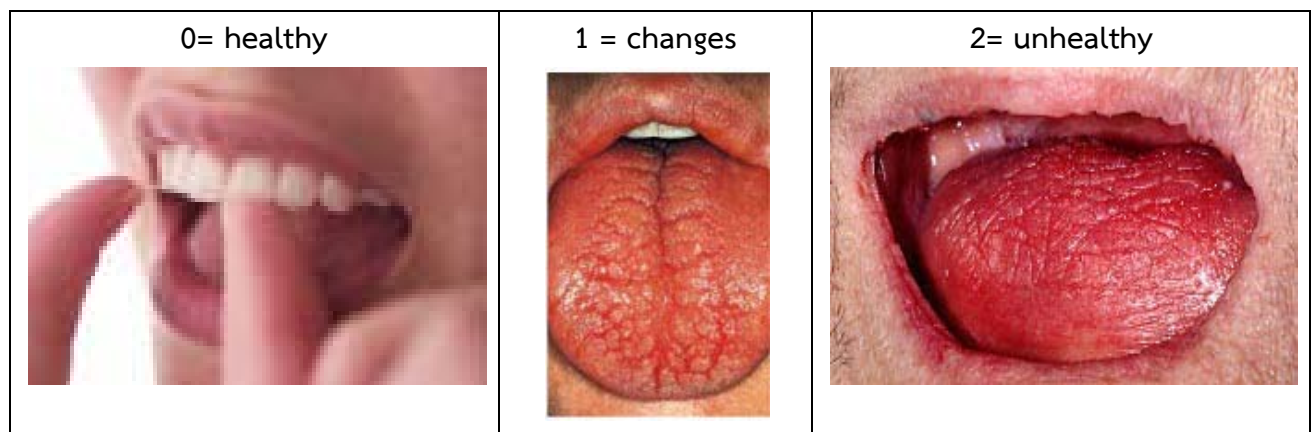
Thirst ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่าง เช่น Dilutional Hyponatremia, Hypokalemia ภาวะ Uremia สภาพด้านจิตใจ และความรู้สึกปากแห้ง เป็นต้น

(American Society of Nephrology , 2011)

เพื่อลดอาการดังกล่าว: Oral Care ⇨ โดยแปร่งฟันบ่อยๆ และใช้น้ำลายเทียมชนิดไม่มีน้ำตาล (Eur J Heart Fail, 2005)

Oral Assessment

การประเมิน Saliva จาก INTRODUCING THE ORAL HEALTHASSESSMENT TOOL (OHAT)



Management for decrease thirst, oral dryness and xerostomia

- แปร่งฟันบ่อยๆ และใช้น้ำลายเทียม (Eur J Heart Fail, 2005)
- บริหารจัดการ การดื่มน้ำในแต่ละช่วงเวลาให้มีความเหมาะสม
- ทาวิธีการให้ผู้ป่วยเกิดความชุ่มชื้นที่ริมฝีปากและในช่องปาก เช่น ใช้ Lip Lubricant การอมน้ำแข็ง ทำความสะอาดปากและลิ้นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม หรือผ้าเช็ดลิ้น
- กระตุ้นการหลั่งน้ำลายด้วยการการเคี้ยวหมากฝรั่ง (Sugar Free) และการใช้น้ำลายเทียม

Gastrointestinal effects

- รับประทานอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตที่สูง
- รับประทานอาหารที่ละน้อย แต่บ่อยๆ หรือให้อาหารเสริมตลอด
- รักษาสุขภาพช่องปาก
- การกำจัดเกลือขึ้นกับปริมาณที่ได้รับในแต่ละวัน ประมาณ 1.6 ถึง 4.0 g สำหรับผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลว เล็กน้อยหรือปานกลาง
- ป้องกันอาการท้องผูก โดยรับประทานอาหารที่กระตุ้นการย่อย หรือแนะนำอาหารที่กระตุ้นลำไส้เล็กเพิ่มขึ้น
- กระตุ้นความอยากอาหารและการรับพลังงาน ถ้ามีการจำกัดเกลือ รสชาติของอาหารอาจไม่มีรส คงต้องคิดถึงเมนูที่มีการใช้สมุนไพร หรือเครื่องเทศอื่นๆ แทนเกลือ
- คำนวณความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึง น้ำหนัก กิจกรรมที่ทำ และความรุนแรงของโรค

น้ำหนัก

ถ้าน้ำหนักเกิน และต้องจำกัดกิจกรรม ต้องลดพลังงานเหลือวันละ 1000-1200 Kcal

ถ้ามี Severe HF ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 30-50%

ถ้ามี Cardiac Cachexia ต้องการพลังงาน 1.6-1.8 เท่าของความต้องการพลังงานขณะพัก (Resting Energy Expenditure –REE)

กิจกรรมที่ทำ

ความต้องการพลังงานขณะพัก (Resting Energy Expenditure –REE) ในคนน้ำหนักและส่วนสูงปกติ

คำนวณจาก

$$\text{หญิง} = 0.95 \quad \text{Kcal/น้ำหนัก1ก.ก./ชม.} = 0.95 \times 24$$

$$\text{ชาย} = 1.0 \quad \text{Kcal/น้ำหนัก1ก.ก./ชม.} = 1.0 \times 24$$

ด้านกิจกรรม (Activity factor)

$$\text{Bed rest} = 1.2$$

$$\text{Ambulatory} = 1.3$$



ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย(Injury factor) แบ่งเป็น	
ผ่าตัดเล็ก	= 1.2
กระดูกหัก	= 1.35
ผ่าตัดใหญ่-ติดเชื้อ	= 1.6
ความร้อนลวกรุนแรง	= 2.1

Information and Education

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับโรค
- การสร้างเสริมความรู้ของผู้ป่วยและความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลตนเอง
- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลภาวะโรคของตน

โดยการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเรื้อรัง มีเป้าหมายหลัก 2 ประการ (Eur J Heart Fail, 2005) คือ

- เพื่อยืดชีวิตและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต
- ควรเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเป็นไปตามความปรารถนาและการยอมรับของผู้ป่วย

สรุป ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องคำนึงถึงภาวะพร่องโภชนาการ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ การพยาบาลและการจัดการที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย





การตรวจทางระบบประสาท I

อาจารย์อาภรณ์ คำก้อน ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การตรวจทางระบบประสาท I ในวันที่พุธที่ 23 พฤษภาคม 2555 โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรัณยา โสสิตะมงคล มาเป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจทางระบบประสาท สรุปได้ดังนี้

โรคทางหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งทางภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ได้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่จะมีการตรวจทางระบบประสาทของผู้ป่วยขณะที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ศรัณยา โสสิตะมงคล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท และมี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

การตรวจทางระบบประสาทที่มักเห็นใช้กันบ่อยๆ ก็คือการประเมินโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) แต่ปัจจุบันมีอีกวิธีเพิ่มเติมขึ้นมาคือ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งการประเมินทั้งสอง แบบก็มีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางประเด็น เช่น ทั้งสองวิธีมีการประเมิน Consciousness, Motor และ Perception เหมือนกัน แต่ NIHSS จะมีการประเมินในด้านของ Cognition ร่วมด้วย นอกจากนี้จุดประสงค์ ของการพัฒนาแบบประเมินทั้งสองก็ยังมีความต่างกันคือ NIHSS พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือด สมอง ส่วน GCS พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหา ทางหลอดเลือดสมอง การประเมินโดยใช้ NIHSS จึงเป็นที่นิยมใช้กันและแบบประเมินมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง ซึ่ง NIHSS จะมีการประเมินด้านต่างๆ ดังนี้

1a. ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness, LOC) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

- 0= รู้สึกตัวดี
- 1= ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้
- 2= ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ
- 3= ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์

1b. สามารถบอกเดือน และอายุได้ (LOC Questions) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

- 0= ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ
- 1= ตอบถูกเพียง 1 ข้อ
- 2= ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ

การให้คะแนนในข้อนี้จะไม่ให้สำหรับคำตอบที่ใกล้เคียง เช่น เดือนนี้พฤษภาคม แต่ผู้ป่วยตอบว่าเดือน เมษายน หรือถ้าผู้ป่วยอายุ 80 ปี แต่ตอบว่า 75 ปี เป็นต้น



1c. **หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ (LOC Commands)** โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

- 0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง
- 1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว
- 2 = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง

2. **การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze)** โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

- 0 = มองตามได้เป็นปกติ
- 1 = ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้แต่ไม่สุด
- 2 = เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย

oculocephalic maneuver

ข้อสำคัญของการตรวจคือ ต้องระมัดระวังการเคลื่อนไหวลำคอในผู้ป่วยที่มีปัญหาของ C-spondylosis ด้วย นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ลืมตา ผู้ตรวจอาจต้องใช้วิธีดึงเปลือกตาขึ้น แล้วทำการทดสอบ

3. **การมองเห็น (Visual Fields)** การตรวจการมองเห็นนี้ผู้ตรวจจะทำการตรวจตาทีละข้าง โดยอาจใช้มือปิดตาอีกข้างหนึ่งก่อน มีการให้คะแนน 0-3 ดังนี้

- 0 = ลานสายตাপกติ
- 1 = ลานสายตาคิดปกติบางส่วน (Partial Hemianopia)
- 2 = ลานสายตาคิดปกติครึ่งซีก (Complete Hemianopia)
- 3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)

ในการทดสอบนี้ผู้ตรวจจะต้องทำการตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีการปรับสายตาได้ก่อน และถ้าหากผู้ป่วยไม่ทำตามสั่งหรือไม่สามารถเข้าใจคำสั่งได้ ผู้ตรวจอาจใช้วิธี Threaten โดยให้ผู้ตรวจใช้นิ้วมือชี้ลงไปที่ตาของผู้ป่วยทีละข้างตามแนวองศาของลานสายตاپกติ ซึ่งลานเห็นปกติของด้านข้างขมับจะมองเห็นได้กว้างประมาณ 90 องศา ด้านข้างจมูก 60-70 องศา ทางด้านบน 50 องศา และด้านใต้จมูก 70-75 องศา เมื่อมองพร้อมกันทั้งสองตาลานเห็นของตาแต่ละข้างจะเหลื่อมกันตรงกลาง ในการตรวจลานเห็นมักตรวจทีละข้างลานเห็นที่ผิดปกติไป เช่น แคมเบลง หรือบางส่วนขาดหายไป เป็นต้น ดังนั้นเวลาตรวจผู้ตรวจจะต้องทำมุมของวัตถุที่ใช้ตรวจสอบให้เหมาะสมกับลานเห็นปกติ และให้วัตถุที่ใช้ทดสอบอยู่ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 1 ฟุต

4. **การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy)** โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

- 0 = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ
- 1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตก หรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม
- 2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง
- 3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างใดหรือทั้ง 2 ข้างได้เลย

การตรวจในข้อนี้จะทำการตรวจในผู้ป่วยที่ไม่พบการอ่อนแรงของใบหน้าชัดเจน โดยในการตรวจจะให้ผู้ป่วย ยืม แล้วให้สังเกตว่า ร่องขุมข้างแก้มทั้งสองข้างขณะที่ยืมนั้นเท่ากันทั้งสองหรือไม่ พร้อมทั้งให้สังเกตว่า กล้ามเนื้อบริเวณแก้มยกตัวเท่ากันหรือไม่

5. กำลังของกล้ามเนื้อแขน (Motor Arm) โดยมีคะแนน 0-4 ดังนี้

0 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงายและสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 10 วินาที

1 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงายและสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้เพียงครึ่งเดียวไม่ถึง 10 วินาที โดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกแขนขึ้นได้บ้างแต่ไม่ถึงหรือไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ จากนั้นแขนตกลงบนเตียง

3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน

การให้คะแนนระหว่าง 3 กับ 4 มีความต่างกันตรงที่ การให้คะแนน 3 นั้นผู้ตรวจจะต้องสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยพยายามจะยกแขนแต่ยกไม่ได้ซึ่งจะเห็นว่ามี การเคลื่อนไหวบ้าง เช่นในแนวระนาบ ส่วนคะแนน 4 นั้นผู้ป่วยไม่สามารถหรือไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ เลย

6. กำลังของกล้ามเนื้อขา (Motor Leg) โดยมีคะแนน 0-4 ดังนี้

0 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงาย และคงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 5 วินาที

1 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงายได้ครึ่งเดียว โดยไม่ถึง 5 วินาที ก็ต้องลดขาลงมา แต่ขาไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตกลงบนเตียงก่อน 5 วินาที

3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา

ในการให้คะแนนสำหรับการตรวจ ให้ใช้องศาหรือมุมที่ผู้ป่วยสามารถยกขึ้นเป็นเกณฑ์ก่อน แล้วค่อยพิจารณา ระยะเวลาที่ยกขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยบางคนนอนยกขาได้ไม่ถึง 30 องศา ถึงแม้จะยกได้นานเกิน 5 วินาที ก็ตาม ก็จะได้ คะแนนแค่ 2 เป็นต้น

7. การประสานงานของแขนขา (Limb Ataxia) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้าง เป็นปกติ

1 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง

2 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง

UN = แขนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อติดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้



ในผู้ป่วยบางรายที่แขนขาอาจถูกตัดไปก็ยังสามารถประเมินในหัวข้อนี้ได้ เช่น ขาผู้ป่วยถูกตัดไปหนึ่งข้าง ผู้ตรวจก็ยังสามารถตรวจในส่วนของแขน ขาที่เหลืออีก 3 ข้าง และถ้าผลการประเมินพบว่า สามารถประสานงานได้ปกติก็ถือว่าได้คะแนน 0

8. การรับรู้ความรู้สึก (Sensory) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = การรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ

1 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับรู้ความรู้สึกจากวัสดุแหลมคมลดลงบ้าง แต่ผู้ป่วยยังสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูกกระตุ้น

2 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกว่าคุณสัมผัสที่บริเวณใบหน้า แขนและขา การทดสอบการรับรู้ความรู้สึก ผู้ตรวจจะใช้ไม้จิ้มฟันปลายแหลมทำการทดสอบในตำแหน่งที่ต่างกันหรือตรงกันข้ามกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบความรู้สึกว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง เช่น ตำแหน่งที่ใบหน้าก็ทดสอบทั้งแก้มซ้าย และขวา เป็นต้น

9. ความสามารถด้านภาษา (Best Language) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = การสื่อภาษาเป็นปกติ

1 = การสื่อภาษาสูญเสียไปในระดับน้อยถึงปานกลาง ตรวจพบการสื่อภาษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษาในการสื่อสาร แต่ยังพอที่จะเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่

2 = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ตรวจเข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร

3 = ไม่พูด หรือมี Global Aphasia (ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพยายามสื่อภาษา และไม่สามารถแสดงท่าทางพูด และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ)

กรณี que ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ผู้ตรวจควรสอบถามก่อนว่า ต้องใช้แว่นสายตาหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการอ่านหนังสือได้หรือไม่ เพื่อที่จะได้ประเมินได้ถูกต้องหรือหาวิธีทดสอบแบบอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยมองภาพไม่เห็น ก็อาจเอาวัตถุที่ผู้ป่วยน่าจะคุ้นเคยให้ดู แล้วถามว่ามันคืออะไร ใช้ทำอะไร เป็นต้น สำหรับการให้คะแนนในการให้ผู้ป่วยอธิบายรูปภาพหรือบอกชื่อภาพที่เห็น ถ้าผู้ป่วยบอกผิดมากกว่า 50% ให้ 2 คะแนน และถ้าบอกถูกบ้างแต่ไม่เกิน 50% ให้ 1 คะแนน

10. การออกเสียง (Dysarthria) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = พูดได้ชัดเจนเป็นปกติ

1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง (ผู้ป่วยพูดไม่ชัด เป็นบางคำโดยผู้ตรวจพอเข้าใจได้)

2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือผู้ป่วยไม่พูด ผู้ตรวจไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ (โดยที่ไม่มีความผิดปกติของความสามารถทางภาษา)

ถ้าผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ตรวจอาจเป็นผู้อ่านให้ทีละบรรทัด แล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม เช่น คำว่าแมงมุม ทับทิม ฟันฟู ขอบคุณ รื่นเริง ใบบัวบก เป็นต้น



11. การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (Extinction and Inattention) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = ไม่พบความผิดปกติ

1 = มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของการรับรู้ในด้าน การมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้น 2 ข้างพร้อมๆ กัน

2 = มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ มากกว่า 1 อย่าง หรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตัวเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว

การตรวจในข้อนี้เป็นการทดสอบทั้งการมองเห็น การได้ยิน และการรับสัมผัส โดยการทดสอบการได้ยินและรับสัมผัส จะให้ผู้ป่วยหลับตาขณะทดสอบด้วย ซึ่งการทดสอบแต่ละอย่างจะทำทีละข้างก่อน และสุดท้ายก็จะกระตุ้นอวัยวะทั้งสองข้างพร้อมๆ กัน

การให้คะแนนจากการประเมินด้วย NIHSS จำแนกออกเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนน 25 = Very Severe Impairment

คะแนน 15-24 = Severe Impairment

คะแนน 5-14 = Mild to Moderately

คะแนน ≤ 4 = Mild Impairment

การแปลผลของคะแนนที่ได้จากการประเมินโดยใช้ NIHSS จะต่างจากการประเมินด้วย GCS คือ ถ้าคะแนนของ NIHSS มากแสดงว่า ผู้ป่วยมีภาวะความรุนแรงของโรครุนแรง ส่อถึง GCS ถ้าคะแนนมากแสดงว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคน้อย

ข้อควรคำนึงในการประเมินระบบประสาทผู้ป่วย

เมื่อพยาบาลทำการประเมินหรือตรวจระบบประสาทผู้ป่วยแล้วพยาบาลจะต้องทำการบันทึกคะแนนทันที เมื่อตรวจเสร็จห้ามย้อนกลับเพื่อไปเปลี่ยนแปลงคะแนน นอกจากนี้คะแนนที่ให้จะบอกถึงความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้จริง “ไม่ใช่” สิ่งที่คุณคิดว่าผู้ป่วยน่าจะทำได้ และการตรวจควรเป็นไปอย่างรวดเร็ว “ไม่ควร” กล่าวเป็นนัยหรือกล่าวซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ต้องการแต่อาจทำได้ในบางกรณี ซึ่งจะระบุไว้ในแต่ละข้อย่อย

นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ประเมินหรือตรวจระบบประสาทผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองสามารถกระทำได้ และมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งได้รับการยืนยันจากงานวิจัยของ Goldstein และ Samsa (1997) และของ ผศ.นพ. พงษ์ชัย นิละนนท์ (2553) ที่พบว่าผลของการตรวจไม่แตกต่างจากแพทย์ ดังนั้นพยาบาลผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมอง ควรเริ่มจากการฝึกตรวจผู้ป่วยดังกล่าวร่วมกับผู้เชี่ยวชาญก่อนในระยะแรกๆ และเมื่อกระทำบ่อยๆ จะค่อยเกิดความชำนาญขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น





การตรวจทางระบบประสาท II: การประเมินการกลืน

อาจารย์อาภรณ์ คำก้อน ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ การตรวจทางระบบประสาท II: การประเมินการกลืน ในวันที่ 20 มิถุนายน 2555 โดยมี **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรัณยา โฆสิตะมงคล** ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาเป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปได้ดังนี้

การประเมินการกลืนเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะใช้สำหรับการประเมินการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทางสมอง ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะฟื้นฟู การประเมินการกลืนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องมาจากที่ผ่านมามีพบว่า ผู้ป่วยโรคทางหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาแล้วกลับบ้านไป มักจะกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยอาการปอดอักเสบที่เกิดจากการสำลัก ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 60-70 ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งที่จะต้องมีความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะต้องสามารถประเมินความพร้อมและดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสุขภาพหรือภายหลังผ่านพ้นระยะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ตระหนักถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงนำหัวข้อดังกล่าวมาเสวนาในช่วงการจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เพื่อจะได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้อันจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคทางหลอดเลือดสมอง

ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนว่า จะเริ่มฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ได้เมื่อไร แต่จากการศึกษารายงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหลายๆ ประเทศ พบว่ามีข้อบ่งชี้ที่สำคัญร่วมกันดังนี้

- 1) มี Vital Signs ค่อนข้างคงที่
- 2) ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง โดยไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ
- 3) ไม่ได้รับยาที่จะช่วยในการ Resuscitate ส่วนวิธีการประเมินการกลืนในแต่ละหน่วยงานก็มีความแตกต่างกันไปบ้าง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

การประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศิริราช

ในการประเมินการกลืนของโรงพยาบาลศิริราชจะมีแบบในการประเมินที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน แบบประเมินที่ใช้บ่อยๆ มี 3 แบบ คือ

1. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test[®] (TOR-BSST[®]) พัฒนามาจากแคนาดา
2. การประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Standardize Swallowing Assessment
3. PMR Siriraj Swallowing Screening

การประเมินการกลืนโดยใช้ TOR-BSST[®] ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนการให้กลืนน้ำ ให้ผู้ป่วยพูดคำว่า “อา” โดยให้ประเมินว่าเสียงพูดมีความผิดปกติหรือไม่ จากนั้นให้ผู้ป่วยแลบลิ้น และเคลื่อนลิ้นไปมาทั้งสองด้าน
2. ในขั้นตอนของการกลืนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตรง จากนั้นให้ดื่มน้ำครั้งละ 1 ช้อนชา ประมาณ 10 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งของการดื่มน้ำ ให้ผู้ป่วยพูดคำว่า “อา” พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไอระหว่างหรือภายหลังการกลืนหรือไม่ เสียงพูดเปลี่ยนแปลงหรือมีไหลรั่วจากมุมปากหรือไม่ ถ้าพบอาการดังกล่าวให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม แล้วข้ามไปขั้นตอนที่ 4 คือ ประเมินผลการทดสอบว่า ไม่ผ่าน แล้วส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดหรือกลืนต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติก็ให้ทดสอบการดื่มน้ำครั้งละ 1 ช้อนชาจนครบ 10 ครั้ง หลังจากนั้นให้ดื่มน้ำ 1 ถ้วย (ประมาณ 50 ซีซี) โดยสังเกตอาการเช่นเดียวกัน
3. ภายหลังการดื่มน้ำในขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยพูดคำว่า “อา” อีกครั้งจากนั้นตัดสินจากเสียงพูดว่า ผิดปกติหรือไม่
4. ประเมินผลการทดสอบว่า ผ่านหรือไม่ โดยจะตัดสินว่า “ผ่าน” ได้นั้นผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ดังที่กล่าวในขั้นตอนที่ 2 เลย

ข้อที่น่าสังเกตสำหรับการประเมินการกลืนของผู้ป่วยมักจะใช้น้ำในการทดสอบเนื่องจากการกลืนน้ำซึ่งเป็นของเหลวใส่นั้นจะเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยากมากสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ดังนั้นถ้าผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำได้ ความเสี่ยงในการสำลักอาหารก็ไม่มี ซึ่งต่างจากการกลืนอาหารประเภทของเหลวที่มีลักษณะข้นหรืออาหารอ่อนที่มีลักษณะข้นเนียนติดกันจะทำให้การกลืนได้ง่ายเนื่องจากอาหารจะจับกันเป็นก้อนและไม่แตกฟุ้งกระจายในช่องปาก แต่น้ำจะมีการกระจายตัวในช่องปาก ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีความบกพร่องการทำงานของระบบประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับกลืนแล้ว การดื่มน้ำในผู้ป่วยกลุ่มน้ำจะทำได้ยากมากหรือทำไม่ได้เลย

การประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Standardize Swallowing Assessment

ในการประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มฝึกการกลืนและเริ่มให้ผู้ป่วยกลืนอาหารนั้น จะต้องมีการประเมินต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกตัวและตื่นหรือมีการตอบสนองต่อคำพูดหรือไม่
2. สามารถควบคุมศีรษะในท่านั่งตัวตรงได้หรือไม่
3. สามารถที่จะไต่ตามที่บอกได้หรือไม่
4. สามารถควบคุมน้ำลายของตนเองได้หรือไม่
5. สามารถที่จะใช้ลิ้นเลียริมฝีปากบนและล่างได้หรือไม่
6. สามารถหายใจได้เองหรือไม่
7. มีเสียงแหบหรือมีเสียงน้ำในลำคอหรือไม่

หลังจากผู้ป่วยผ่านการประเมินในเบื้องต้นแล้ว ก็ให้ผู้ป่วยฝึกการกลืน ดังนี้

- 1) ใช้วิธี Swallowing Techniques โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลืนหายใจไว้ ก้มหน้าคางชิดอก กลืนน้ำลาย แล้วหายใจออกช้าๆ ให้ทำทุก 1 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 10 นาที



- 2) ให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน โดยทำบริหารปากให้ผู้ป่วยทำปากจู๋ ฉีกยิ้ม อ้าปากให้กว้าง และหุบปาก บริหารลิ้นโดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมา แล้วใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบน ล่างและมุมปากทั้งสองข้าง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยบริหารปากและลิ้นติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที

การประเมินการกลืนโดยใช้ PMR Siriraj Swallowing Screening

โดยจะเริ่มประเมินการกลืนในผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างคงที่ โดยสามารถ 1) ยกแขนได้สูงประมาณ 75-90 องศา นาน 15 นาที และ 2) สามารถที่จะทำได้ตามสั่งได้อย่างน้อย 2 คำสั่ง ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ครบทั้งสองข้อ ก็ให้งดอาหารและน้ำทางปากต่อไป แต่ถ้าหากผู้ป่วยสามารถกระทำทั้งสองข้อ ก็ให้ทำการทดสอบดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบ Gag Reflex โดยให้ผู้ป่วยหุบปากหรือปิดปากได้โดยไม่มีน้ำลายไหลออกมามุมปาก และให้เคลื่อนไหวลิ้นไปมา

ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบ Voluntary Cough โดยให้ผู้ป่วยไอ

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบ Dry Swallow โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายของตัวเอง

ถ้าในการทดสอบผู้ป่วยสามารถผ่านได้ทั้งสามขั้นตอนนี้ก็ให้เริ่มทดสอบการกลืนน้ำต่อไป แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถผ่านได้มากกว่าหนึ่งข้อ ก็ต้องงดให้อาหารและน้ำทางปาก แล้วส่งปรึกษา OT เพื่อทำ Oromotor Exercise and Stimulation ต่อไป

สำหรับการทดสอบการกลืนน้ำมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มให้น้ำครึ่งละ 1 ช้อนชา จำนวน 3 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งให้สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไอ เสียงเปลี่ยน ลักษณะการกลืนช้าหรือยากหรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 ถ้าไม่ผ่านให้ส่งผู้ป่วยปรึกษา OT เพื่อ Oromotor Exercise and Stimulation ต่อไป แต่ถ้าหากสามารถผ่านทั้ง 3 ครั้ง ก็ให้ทดสอบโดยการดื่มน้ำประมาณ 90 ซีซี ถ้าสามารถทำได้ก็ให้เริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ โดยเลือกชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือประเมินการกลืนของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการรับประทานอาหารโดยเฉพาะในมือแรก แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถผ่านในขั้นตอนที่ 2 ให้ส่งผู้ป่วยไปฝึกการกลืนและหรือมีการปรับลักษณะของอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

การประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา

ข้อบ่งชี้สำหรับการประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สถาบันประสาทวิทยากำหนดไว้มี ดังนี้ 1) ผู้ป่วยจะต้องสามารถนั่งทรงตัวได้ดี 2) สามารถสื่อสารและทำตามคำสั่งได้ และ 3) มีคะแนน Glasgow Coma Scale มากกว่า 11 คะแนน ถ้าประเมินแล้วพบว่า ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ก็ให้เริ่มประเมินการกลืนได้โดยมีวิธีการและขั้นตอนดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา แล้วให้จิบน้ำเปล่า 1 ช้อนชา ถ้าพบว่า มีน้ำไหลออกจากปากกึ่งคให้อาหาร และน้ำทางปากอย่างเด็ดขาด แล้วส่งปรึกษา Dysphagia Nurse/OT ต่อไป แต่ถ้าหากผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำได้ไม่มี ไหลออกจากปาก ก็ให้ทำขั้นตอนที่ 2 ต่อ

2. ให้ผู้ป่วยจิบน้ำเปล่าช้อนชาที่ 2 ถ้าหลังจิบน้ำแล้วมีไอ สำลัก เหนื่อย หายใจเร็วหรือมีเสียงน้ำในลำคอ ให้ งดอาหารและน้ำทางปากอย่างเด็ดขาด แล้วส่งปรึกษา Dysphagia Nurse/OT ต่อไป แต่ถ้าหากผู้ป่วยสามารถกลืน น้ำได้โดยไม่มีอาการดังกล่าว ก็ให้ทำขั้นตอนที่ 3 ต่อ

3. ให้ผู้ป่วยจิบน้ำเปล่าช้อนชาที่ 3 ถ้าหลังจิบน้ำแล้วมีอาการผิปกตติงในข้อที่ 3 ก็ให้งดอาหารและน้ำทาง ปากอย่างเด็ดขาด แล้วส่งปรึกษา Dysphagia Nurse/OT แต่ถ้าหากผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำได้โดยไม่มีอาการดังกล่าว ก็ให้ทำขั้นตอนที่ 4 ต่อ

4. ให้ผู้ป่วยทดลองดื่มน้ำครึ่งแก้วหรือประมาณ 50 ซีซี ถ้าสามารถทำได้โดยไม่มีอาการผิปกตติ ก็สามารถใช้ รับประทานอาหารและน้ำได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่ต้องประเมินการกลืนอีกครั้งในมื้อถัดไป

การประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ในการทดสอบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีขั้นตอนดังนี้

1. เริ่มทดสอบด้วยอาหารประเภทฟักทองบด โดยใช้ช้อนตักฟักทองให้พอลำ ป้อนผู้ป่วยครึ่งละ 1 ช้อน ถ้า หากช้อนแรก ไม่มีปัญหา ก็ให้ป้อนอีก 2-3 ช้อน

2. หลังจากนั้นให้ทดสอบด้วยน้ำผึ้ง โดยตักน้ำผึ้งป้อนผู้ป่วยครึ่งละ 1 ช้อน ถ้าช้อนแรก ไม่มีปัญหาให้ป้อน อีก 2-3 ช้อน เช่นกัน

3. ในขั้นตอนนี้จะทดสอบการกลืนด้วยอาหารประเภท Cracker โดยจะแบ่ง Cracker เป็นชิ้นพอลำป้อนให้ ผู้ป่วย 3-4 คำ

4. ถ้าในแต่ละขั้นตอน 1-3 ผู้ป่วยไม่มีอาการผิปกตติใดๆ ในขั้นตอนสุดท้ายก็จะให้ผู้ป่วยทดสอบด้วยการ กลืนน้ำ โดยใช้ช้อนป้อนให้

ข้อสังเกตสำหรับการทดสอบวิธีนี้จะเห็นว่า อาหารที่ใช้ทดสอบจะเรียงจากอาหารที่สามารถกลืนได้ง่าย ง่าย ไปยาก โดยความหนืดข้นของอาหารจะมีจากมากไปน้อย ดังจะเห็นได้จากน้ำซึ่งกลืนยากที่สุดแต่กลับมีความหนืดข้น น้อยที่สุด จะถูกนำมาทดสอบในขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งการแบ่งประเภทของอาหารที่จำแนกตามความหนืดของอาหาร จะสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1. อาหารชั้นเป็นเนื้อเดียว (Pureed Diet)
2. อาหารเหลวมีความชุ่มชื้นสูงเนื้ออาหารอ่อนนิ่ม และกลืนได้ง่าย (Mechanical Altered Diet)
3. อาหารที่มีความแข็งและเหนียวใกล้เคียงอาหารปกติ แต่ชิ้นเล็กกว่า (Dyphagia Advanced)
4. อาหารปกติ (Regular Diet)



นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบชนิดของอาหารที่มีผลต่อการกลืนของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท โดยทำการเปรียบเทียบการกลืนโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มแรกใช้ชุดทดสอบการกลืน (n=19) และกลุ่มที่สองใช้น้ำอย่างเดียว (n=14) ผลการวิจัยที่แบ่งออกตามระดับของคะแนนที่ประเมินโดยใช้ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองที่มีคะแนน NIHSS อยู่ในระดับ 1-6 และมากกว่า 14 สามารถผ่านการทดสอบและรับประทานทางได้ปากได้ร้อยละ 100 แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน NIHSS อยู่ในระดับ 6-13 ผลการทดสอบจะแตกต่างกันโดยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ทดสอบด้วยการกลืนด้วยชุดทดสอบการกลืนจะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทดสอบด้วยการกลืนน้ำอย่างเดียวร้อยละ 100 และ 87.5 ตามลำดับ)

ในปัจจุบันได้มีเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายแบบ และที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายเรียกว่า Functional Oral Intake Scale (FOIS) (Crary et al., 2005) โดยจะประเมินระดับของการกลืนจากชนิดหรือประเภทของอาหารที่กลืนได้ โดยแบ่งได้ 7 ระดับดังนี้

- Level 1 งดการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก
- Level 2 ยังคงให้อาหารทางสายยางเสริมด้วยทดลองให้รับประทานทางปากเล็กน้อย
- Level 3 รับประทานทางปากเหลวอุ่นหรือน้ำทางปากและเสริมด้วยการให้อาหารทางสายยาง
- Level 4 รับประทานทางปากด้วยอาหารอ่อนเป็นเนื้อเดียว
- Level 5 รับประทานทางปากที่ต้องบด/สับก่อน
- Level 6 รับประทานทางปากได้แต่หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง
- Level 7 รับประทานทางปากได้ตามปกติ

จะเห็นได้ว่า ในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนลำบากเนื่องมาจากการมีความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทนั้น พยาบาลจะต้องเลือกประเภทของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลจะต้องมีการประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักที่อาจขึ้นได้ถ้าอาการของผู้ป่วยยังไม่ได้กลับคืนเข้าสู่สภาวะปกติอย่างแท้จริง นอกจากนี้การเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการกลืนก็ควรให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย



การบริหารจัดการมะเร็ง I: โรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Hereditary cancer)

อาจารย์อาภรณ์ คำก้อน ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การบริหารจัดการมะเร็ง I: โรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Hereditary cancer) ในวันจันทร์ ที่ 18 มิถุนายน 2555 เวลา 12.30-13.30 น. ณ ห้องประชุม 1103/3 โดยมี อาจารย์ พิจิตรา เล็กดำรงกุล มาเป็นวิทยากร และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง จึงได้นำหัวข้อเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Hereditary cancer) มาเสวนาร่วมกันใน กิจกรรม การจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เพื่อจะได้แนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลของการเสวนาสรุปได้ดังนี้

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีแนวโน้มพบได้มากในประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทย และยังเป็นสาเหตุการตาย อันดับต้นๆ ในคนไทย การเกิดของโรคมะเร็งยังค่อนข้างมีความซับซ้อนอยู่มาก และมีปัจจัยต่างๆ มาเกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งทุกชนิดล้วนแต่เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic) แต่ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายไม่ได้ถ่ายทอดพันธุกรรมโรคมะเร็งไป สู่ลูกหลาน ทุกคน มีเพียงผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่ โรคมะเร็งเกิดขึ้นจากความผิดปกติของเซลล์สืบพันธุ์ (Germ cell) จึงจะถ่ายทอดพันธุกรรมการเกิดโรคมะเร็งไปยัง ลูกหลาน ซึ่งเราเรียกโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกตินี้ว่า Hereditary Cancer ดังนั้นความเข้าใจในเรื่องของ พันธุกรรมจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ที่จะต้องให้การดูแล คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและค้นหาโรคมะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นหรือยังไม่เกิดภาวะ ความเจ็บป่วย

โดยทั่วไปแล้ว เซลล์ในร่างกายมนุษย์จะมีสองชนิดคือ เซลล์ร่างกาย (Somatic cell) และเซลล์สืบพันธุ์ (Germ cell) ถ้ายีนส์มะเร็งไปอยู่ที่เซลล์สืบพันธุ์ มะเร็งก็จะมีถ่ายทอดจากบิดาหรือมารดา และบรรพบุรุษได้ทาง ไข่ (Ovum) และสเปิร์ม (Sperm) และเป็นที่ทราบกันว่า โรคมะเร็งเป็นการทำงานของยีนส์ที่ผิดปกติไปหรือมีการ กลายพันธุ์ไปจากพันธุกรรมเดิม (Gene mutation) โดยโรคมะเร็งจะเป็นการมิวเตชันของยีนส์ 3 กลุ่มหลักๆ คือ กลุ่มองโคยีนส์ (Oncogene) ที่ทำหน้าที่ในการเจริญเติบโตของเซลล์เปรียบเสมือนคันเร่งรถยนต์ กลุ่มที่ยีนส์กด มะเร็ง (Tumor suppressor) จะทำหน้าที่ยับยั้งการไม่ให้เซลล์มีการแบ่งตัวมากเกินไป เปรียบเสมือนคันเบรกของ รถยนต์ และกลุ่มยีนส์ซ่อมแซมดีเอ็นเอ (DNA repair gene) กรณีที่เซลล์ชำรุดหรือขาดหายไป ก็จะมีการจำลองและ ซ่อมแซมให้เป็นปกติ แต่ถ้าซ่อมแซมไม่ได้ก็จะมีการทำลายตัวเองไป ดังนั้นในการทำงานของเซลล์ต่างๆ เหล่านี้จึง จะต้องมีความสมดุลกัน ถ้ามีการเสียสมดุลเมื่อไหร่ การแบ่งตัวของเซลล์ก็จะมีแบบไม่หยุดยั้งซึ่งก็ทำให้มีเนื้องอกหรือ เซลล์มะเร็งเกิดขึ้นได้



การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าเซลล์มะเร็งมีลักษณะจำเพาะคือ เซลล์มะเร็งอาจจะเกิดจากการมีความผิดปกติในยีนส์เดียวกัน (A Clonal disorder) หรือหลายชนิดก็ได้ (Poly clonal cancer) และจะมีความเป็นเอกลักษณ์หรือบ่งบอกความเป็นตัวเอง (Genetic signature) เหมือนคนเราที่มีลายเซ็นต์ต่างกันซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละคน นอกจากนี้ในการกลายพันธุ์ของยีนส์ ถ้ามีแค่หนึ่งอัลลีลหรือได้รับการถ่ายทอดยีนส์มิวเตชันจากบิดาหรือมารดาเพียงหนึ่งอัลลีล ก็ยังไม่ได้ทำให้เกิดโรค แต่จะเป็นพาหะ (Carrier) ถ้าต่อมายีนส์ที่คู่กันมีความผิดปกติหรือมีมิวเตชันอีกก็จะทำให้ยีนส์ทั้งสองอัลลีลทำหน้าที่ผิดปกติไปอย่างสมบูรณ์จึงทำให้เกิดโรคได้ โดยทั่วไปแล้วโรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Hereditary cancer) มีเพียง 5-10% เท่านั้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด แต่ก็มีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันโรคมะเร็งในกลุ่มของญาติพี่น้องใกล้ชิดเนื่องจากทราบชนิดของยีนส์ที่มิวเตชัน จึงให้การรักษาได้ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ

กลุ่มของโรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมอื่นๆ (Hereditary cancer syndromes) มีดังนี้

1. Hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC) จะพบความผิดปกติที่ endometrial urinary pelvis, GI tract, sebaceous GI cancer, GBM, Breast, sarcoma
2. Hereditary breast and ovarian cancer syndromes (HBOC) จะพบความผิดปกติที่ breast, ovarian, prostate, pancreas
3. LiFraumeni syndromes (LFS) จะพบความผิดปกติที่ breast, leukemia, sarcoma, brain
4. Von Hippel–Lindau syndrome (VHL) จะพบความผิดปกติที่ cerebellar hemangioblastoma, hypernephroma, pheochromocytoma
5. Multiple endocrine neoplasia (MEN)

การจำแนกกลุ่มโรคมะเร็งตามชนิดของยีนส์ที่มีความบกพร่องได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 โรคมะเร็งที่มีเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ Oncogene เช่น Neuroblastoma, Renal papillary carcinoma, Multiple endocrine neoplasia type 2 (MEN2), GIST, และ Papillary thyroid carcinoma เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 โรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ Tumor Suppressor Gene เช่น Familial melanoma, Retinoblastoma, Hereditary breast/ovarian, Diffuse gastric cancer และ Cowden Syndrome เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 โรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ DNA repair defects เช่น Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC), Xeroderma pigmentosum เป็นต้น

เกณฑ์ในการพิจารณาว่าเป็น Hereditary cancer จะพิจารณาข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลผู้ป่วย จะพิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวกับ multiple primary, bilateral, young age at diagnosis, rare histology, และ other related tumor เช่น associated congenital defects, associated precursor, associated abnormality เป็นต้น

2. ข้อมูลประวัติครอบครัว เช่น มีญาติลำดับที่ 1 (First degree relative) เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันหรือที่เกี่ยวข้องสองคนขึ้นไป หรือมีญาติใกล้ชิดจำนวน 3 คนขึ้นไป เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันหรือเป็นมะเร็งที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูลหรือประวัติครอบครัวของผู้รับบริการต้องครอบคลุม 3 ช่วงอายุคน (Generation) ข้อมูลจะเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติ เช่น ประวัติการเป็นมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นมะเร็งด้วย เช่น มีญาติสายตรงลำดับชั้น 1 (First degree relative) และ ชั้น 2 (Secondary degree relative) เป็นมะเร็งกี่คน เป็นต้น

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีเวกชั่นของ BRCA1 และ BRCA2 ซึ่งเป็นกลุ่ม gene ที่ทำหน้าที่ควบคุมการเจริญของเซลล์ (tumor suppressor gene) จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากถึงร้อยละ 85 ก่อนอายุ 70 ปี และมีโอกาสเป็นมะเร็งรังไข่ได้มากถึงร้อยละ 50 ก่อนอายุ 70 ปี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของ gene BRCA1 & BRCA2 ถ้าเกิดในเพศหญิงจะทำให้มีโอกาสเกิดกลุ่มโรคมะเร็งเต้านมและรังไข่สูงขึ้น ส่วนในเพศชาย อาจเพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งตับอ่อน อัณฑะ และต่อมลูกหมาก

ในการทำ GENERTIC TEST ควรทำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลทาง Clinical แล้ว จากนั้นค่อยมีการสอบถามประวัติครอบครัว กรณีที่แพทย์ที่ดูแลไม่มีเชี่ยวชาญควรส่งปรึกษาต่อ ถ้าผลการตรวจต่างๆ พบความผิดปกติหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและรังไข่สูง แพทย์อาจแนะนำวิธีการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดรังไข่และปีกมดลูกทั้ง 2 ข้าง การรับประทานยา Tamoxifen ตลอดจนการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่อย่างไรก็ตามผู้รับบริการจะต้องได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อช่วยสำหรับการตัดสินใจรับการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง และบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคนร่วมด้วย โดยให้เกิดประโยชน์สูงสุด และลดความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญของการทำ Genetic test ก็คือ การเก็บข้อมูลทางพันธุกรรมของผู้รับบริการไว้เป็นความลับเพื่อป้องกันการนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องหรือทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการได้





การบริหารจัดการมะเร็ง II: Genetics in Nursing practice

อาจารย์พิจิตรา เล็กดำรงกุล ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ การบริหารจัดการมะเร็ง II: Genetics in Nursing practice ในวันจันทร์ที่ 20 สิงหาคม 2555 เวลา 12.30-13.30 น. ณ ห้องประชุม 903/2 โดยมีอาจารย์อาภรณ์ คำก้อน มาเป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสวนาครั้งนี้เป็นการเสวนาที่ต่อเนื่องจากการเสวนาในหัวข้อ การบริหารจัดการมะเร็ง I: โรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Hereditary cancer) ผลของการเสวนาสรุปได้ดังนี้

การค้นพบทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคต่างๆ ของมนุษย์มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี ค.ศ.1860 เป็นต้นมา โรคมะเร็งเป็นโรคหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic) แต่โรคมะเร็งทุกชนิดก็ไม่ได้ถ่ายทอดทางพันธุกรรมเสมอไปนั่นหมายความว่า โรคมะเร็งมีทั้งที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลานได้และไม่ได้ ซึ่งการที่จะถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้นั้นก็จะต้องมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของยีนส์บนโครโมโซม ดังนั้นพยาบาลที่ต้องให้การดูแลและคำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหรือการกลายพันธุ์ของยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งทางภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ก็ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งบางชนิดที่จะสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทยในปัจจุบัน จากองค์ความรู้ในปัจจุบันที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายไม่ได้ถ่ายทอด ทางพันธุกรรม แต่อย่างไรก็ตาม หากพบว่าผู้ป่วยรายนั้นมีความผิดปกติเกิดขึ้นจากเซลล์สืบพันธุ์ (Germ cell) ก็จะสามารถถ่ายทอดยีนส์ที่ก่อโรคนี้อีกไปยังรุ่นถัดมาได้ การเปลี่ยนแปลงของยีนส์มักเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของยีนส์ 3 กลุ่มคือ Oncogenes, Tumor suppressor gene, และ DNA repair gene mutation ซึ่งในโรคมะเร็งเต้านมนั้นพบว่า มียีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งอยู่หลายชนิด แต่ที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่ BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN, STK11, MLH1/MSH2, และCHEK2 โดยยีนส์ BRCA1 และ BRCA2 จะมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ Hereditary breast and ovarian cancer เช่น โรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยีนส์ BRCA1 และ BRCA2 ในผู้หญิงทั่วไปจำนวน 800 คนจะพบว่ามีอาการกลายพันธุ์ 1 คน หรือพบร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีการกลายพันธุ์ของยีนส์ BRCA1 และ BRCA2 นอกจากนี้แล้วยังพบว่า การกลายพันธุ์ของยีนส์ดังกล่าวจะยิ่งมีมากขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยๆ ซึ่งตำแหน่งของยีนส์ BRCA1 ที่พบการกลายพันธุ์ในโครโมโซมที่ 17 q21 และ BRCA2 ที่ 13q12-13 ซึ่งสัดส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั้งหมดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือ กลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (hereditary breast cancer) พบเพียงร้อยละ 5-10 กลุ่มที่สองคือกลุ่มที่มีประวัติบุคคลในครอบครัว

เป็นโรคมะเร็งเต้านม (Familial breast cancer) พบร้อยละ 15-20 และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม และไม่มีอาการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Sporadic breast cancer) พบมากถึงร้อยละ 70-75

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

การประเมินความเสี่ยงดังกล่าวนั้นจะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆหลายปัจจัย ดังนี้

1. ประวัติส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย เชื้อชาติ ช่วงอายุที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็ง เป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 35 ปี
2. ประวัติครอบครัว ควรสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - การเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว ญาติที่ใกล้ชิดทั้งจากทางบิดาและมารดา
 - การมีญาติเป็นมะเร็งเต้านม หรือ มะเร็งรังไข่
 - การเป็นมะเร็งในหลายช่วงอายุคน
 - การมีญาติเป็นโรคมะเร็งที่ช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี

ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งนั้น ปัจจุบันสามารถทำได้ด้วยตนเอง สะดวกและ รวดเร็วมากขึ้น เช่น การใช้บริการผ่านหน้าเวปเพจของ National Cancer Institute ของอเมริกา www.cancer.gov/bcrisktool/ ในหัวข้อ Breast Cancer Risk Assessment Tool ซึ่งสามารถกรอกประวัติและโปรแกรมประมวลผลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และแจ้งให้ทราบ ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในระดับสูง จะมี lifetime risk \geq ร้อยละ 40 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง จะมี lifetime risk ในช่วงที่มากกว่าร้อยละ 13 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 40 และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในระดับทั่วไป ได้แก่ผู้ที่มี lifetime risk น้อยกว่าร้อยละ 13

ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมควรที่จะได้รับการตรวจคัดกรองต่างๆ ตั้งแต่เนิ่นๆ และ ความถี่ในการตรวจอาจจะมากกว่ากลุ่มผู้หญิงทั่วไปที่ไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย เช่น อายุในการเข้ารับการตรวจ Mammogram จะต้องเริ่มตรวจเร็วกว่าผู้หญิงที่มีความเสี่ยงทั่วไป หรือในกรณีที่มีญาติเป็นมะเร็งเต้านมอายุน้อยกว่า 40 ปี สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ก็จะต้องไปรับการตรวจตั้งแต่อายุ 35 ปี ซึ่งคำนวณได้จากอายุของญาติที่ป่วยลบด้วย 5 ปี เป็นต้น และมีความถี่ในการตรวจมากกว่าปกติ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากๆ บางรายอาจจะได้รับคำแนะนำให้ตัดเต้านมทิ้ง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมหรือการรับประทานยา Tamoxifen เพื่อเป็นการป้องกัน เป็นต้น อย่างไรก็ตามกระบวนการติดตามและการเลือกแนวทางการรักษาป้องกันโรคนี คงต้องเป็นแนวทางของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย

เกณฑ์ในการส่งตรวจทางพันธุกรรม

ผู้ที่ได้รับการตรวจทางพันธุกรรมเพื่อประเมินโรคมะเร็งเต้านมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมนั้นจะต้องมีคุณสมบัติที่อยู่ในเกณฑ์การตรวจต่อไปนี้

1. มีคนในครอบครัวหลายคนที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่



2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมในช่วงอายุน้อยกว่า 35 ปี
3. คนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างและเป็นโรคมะเร็งรังไข่ร่วมด้วย
4. มีเชื้อสายชาวยิว ร่วมกับญาติพี่น้องเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่

นอกจากนี้สิ่งสำคัญของการทำ Genetic test ก็คือ การเก็บข้อมูลทางพันธุกรรมของผู้รับบริการไว้เป็นความลับเพื่อป้องกันการนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องหรือทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการได้

ผลกระทบจากการตรวจทางพันธุกรรม

การตรวจทางพันธุกรรมนั้นส่งผลทั้งในแง่ที่เกิดประโยชน์แก่ผู้รับการตรวจ และผลทางด้านลบได้เช่นกัน

ข้อดีของการตรวจทางพันธุกรรม

1. สามารถประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคได้
2. เป็นการตรวจที่ทำเฉพาะบุคคล รวมถึงสามารถควบคุมดูแลและป้องกันการเกิดโรคได้โดยวิธีการต่างๆ เช่น การรับประทานยา การตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องในส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ข้อเสียของการตรวจทางพันธุกรรม

1. อาจก่อให้เกิดความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในผู้ป่วยบางรายได้ เช่น การวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งกับตนเอง หากตรวจพบว่าโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัวที่เกิดขึ้นนั้นเป็นโรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม กังวลเกี่ยวกับความรุนแรงที่ตนเองจะได้รับจากการเกิดโรค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่ไม่ได้รับการตรวจได้เช่นกัน
2. เป็นประเด็นที่ล่อแหลมและต้องระมัดระวังในการตรวจ และต้องเก็บรักษาผลการตรวจและการปรึกษาทางพันธุกรรมไว้เป็นความลับเพราะเป็นประเด็นที่ล่อแหลมทางด้านจริยธรรม

โดยทั่วไปแล้วผลของการตรวจทางพันธุกรรมนั้นอาจให้ผลบวกและผลลบ หากได้รับผลการตรวจเป็นผลลบจะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ที่ได้รับการตรวจลงได้ และส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจสุขภาพได้ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากให้ผลการตรวจที่เป็นผลบวก ก็เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งให้ผู้ที่ได้รับการตรวจตัดสินใจเกี่ยวกับกับแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไปได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยในการตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสมได้

ข้อจำกัดในการทดสอบทางพันธุกรรม

1. การตรวจสอบพบมีการกลายพันธุ์ของยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งไม่ได้ส่งผลว่าผู้ทำการทดสอบรายนั้นจะป่วยเป็นโรคมะเร็งเสมอไป
2. ความคลาดเคลื่อนอาจเกิดขึ้นได้สูงในการแปลผล ถ้าผลการทดสอบไม่ได้ถูกแปลผลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
3. การทดสอบมุ่งเน้นยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยเท่านั้น ทำให้ในบางครั้งอาจส่งผลให้ละเลยในการตรวจติดตามยีนส์ตัวอื่นๆไป

ประเด็นทางจริยธรรมและการตรวจทางพันธุกรรม

ปัจจุบันการตรวจทางพันธุกรรมเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก เนื่องจากข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น แพทย์ที่เชี่ยวชาญในสาขานี้ ค่าใช้จ่ายในการตรวจ และการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ตรวจและครอบครัวต้องมีระบบการรักษาความลับที่ดีและมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงความเป็นไปได้ในการรับประกันจากบริษัทประกัน ที่อาจจะปฏิเสธการรับทำประกันภัย หากข้อมูลของผู้ตรวจไม่ได้ถูกรักษาเป็นความลับ เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันโรคมะเร็งมีผู้ที่สนใจศึกษาเพิ่มมากขึ้น และมีหลากหลายสาขาวิชาชีพทำการศึกษาในเชิงลึกลงไปถึงระดับพันธุกรรม ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าไปอย่างมาก ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพได้ตระหนักหรือเล็งถึงความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งทางด้านการพยาบาลก็ได้มีการตื่นตัวที่จะมีการพัฒนาบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและญาติในเชิงด้านพันธุกรรม เห็นได้จากการพัฒนารูปแบบของการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (A nursing model for genetics in health care) โดย McEwen (2011) โดยได้แบ่งระดับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้การพยาบาลหรือดูแลออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆคือ ระดับบุคคล (Individual) ระดับครอบครัว (Family) ระดับชุมชน (Community) และระดับประเทศ (Population) ซึ่งในแต่ละระดับจะมีการใช้ความรู้ ขอบเขตหรือเนื้อหา และเทคนิคหรือวิธีการดูแลที่แตกต่างกันไป ซึ่งก็จะแบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่ Nursing Science, Genetic Education และ Ecogenetic nursing ซึ่งจะทำให้บทบาทของพยาบาลมีความชัดเจนมากขึ้น ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและญาติที่มีความเกี่ยวข้องทางพันธุกรรมก็จะมีเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน





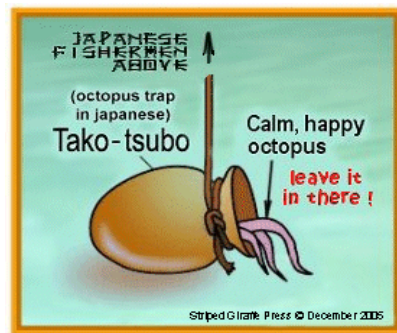
The Management of Patient with Stress Cardiomyopathy

อาจารย์ ธนิษฐา สมัย ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ **The Management of Patient with Stress Cardiomyopathy** ในวันพุธที่ 19 กันยายน 2555 ณ ห้องประชุม 1103/3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี **อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์** มาเป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปได้ดังนี้

Stress Cardiomyopathy เป็นกลุ่มโรคหัวใจอีกชนิดหนึ่งที่กำลังเป็นที่น่าสนใจ ยังไม่มีชื่อเรียกในภาษาไทยที่แน่นอน เช่น โรคหัวใจจากความเครียด (Stress induced cardiomyopathy) หรือ apical ballooning syndrome บางครั้งเรียกว่า “โรคอกหัก” (Broken heart syndrome) แต่ในญี่ปุ่นจะใช้ชื่อว่า Takotsubo cardiomyopathy พบในคนเอเชีย 8% และคนยุโรป 1.5%

Tako หมายถึง ปลาหมึก Tsubo หมายถึง เครื่องมือลักษณะคล้ายขวด เป็นชื่อเครื่องมือของชาวญี่ปุ่นในการจับปลาหมึก พบครั้งแรกที่ประเทศญี่ปุ่น โรคนี้ถูกนิยามโดยแพทย์ชาวญี่ปุ่นเป็นครั้งแรกในปี 1991 ตั้งชื่อนี้เพราะว่าอาการของโรคนี้ ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายมีรูปร่างคล้ายเครื่องมื่อดังกล่าว และส่งผลให้มีการทำงานของหัวใจด้านล่างซ้ายผิดปกติ

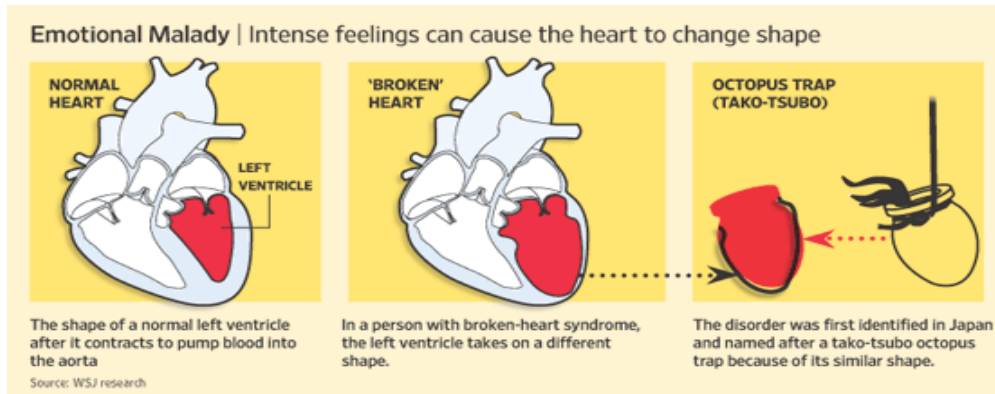


สาเหตุ

เกิดได้จากความเครียดจากทางกายและจากอารมณ์ เช่น จากความตายของคนที่รัก ความผิดหวังอย่างรุนแรง ความเครียดรุนแรงทางจิตใจ พบในผู้หญิงมากกว่าชายถึง 7:1 หรือ การได้รับยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ยาบ้า ยาเสพติดบางชนิด ตัวอย่างความเครียด ได้แก่

1. สตรีที่หมดประจำเดือน (post menopausal woman) พบประมาณ 70 - 80% เพราะฮอร์โมนเอสโตรเจนที่หมดไป ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทนต่อ stress hormone ได้น้อย
2. อารมณ์รุนแรง/มีการทะเลาะกันอย่างต่อเนื่อง เช่น ทะเลาะกับสามี

3. ได้รับฟังข่าวร้าย เช่น การสูญเสียคนรักอย่างกะทันหัน ได้รับการบอกว่าเป็นมะเร็ง 3 วันก่อนเข้าโรงพยาบาล
4. ความเครียด (Stress) เป็นเวลานาน

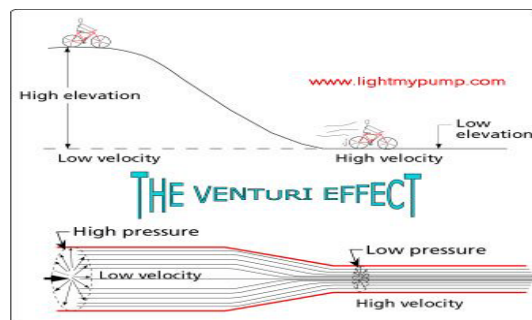


อาการของโรค

Takotsubo cardiomyopathy เป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราว อาการคล้ายโรคหัวใจขาดเลือดกะทันหัน คือ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หน้ามืด จาก stress hormone หรือ Catecholamine (Epinephrine หรือ Adrenaline กับ Norepinephrine) ทำให้ left ventricle บีบตัวผิดปกติ เป็นรูปร่างลักษณะคล้ายขวดจับปลาหมึก

ลักษณะทางคลินิก: การวินิจฉัย

- การบีบตัวของ Left ventricle ผิดปกติ ทำให้เกิด Venturi effect คือ Left ventricle ส่วนบนจะเป็นคอขวดคอด/ คอขวดมีขนาดเล็ก Left ventricle of outflow tract ลดลง เลือดไม่สามารถบีบออกจากหัวใจได้ ทำให้ผนังหัวใจโป่งหนาขึ้น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร่วมกับภาวะลิ้นหัวใจรั่ว (MR) และอาจเกิด Left ventricle rupture ได้



- จาก Stress hormone หรือ Catecholamine ทำให้หลอดเลือด Coronary spasm เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนเกิดการตายได้
- เกิด QT-Prolong เสี่ยงต่อการเกิด VT ได้



ลักษณะอาการ: Sudden onset–chest pain/pressure, Dyspnea: พบเป็นอาการเริ่มแรก Syncope: พบได้ในบาง case

Onset: ส่วนใหญ่พบหลัง Acute emotion stress หรือมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

Medical HX: ไม่มีประวัติในครอบครัว อาจพบ HT, Hyperlipidemia/atrial arrhythmia

1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 leads)

- EKG 12 leads: จะพบ New transient ST elevation/T-wave inversion, High ratio of S-T elevation in V4-6 VS V1-3, Prolonged QTc interval.

2. การตรวจเลือด

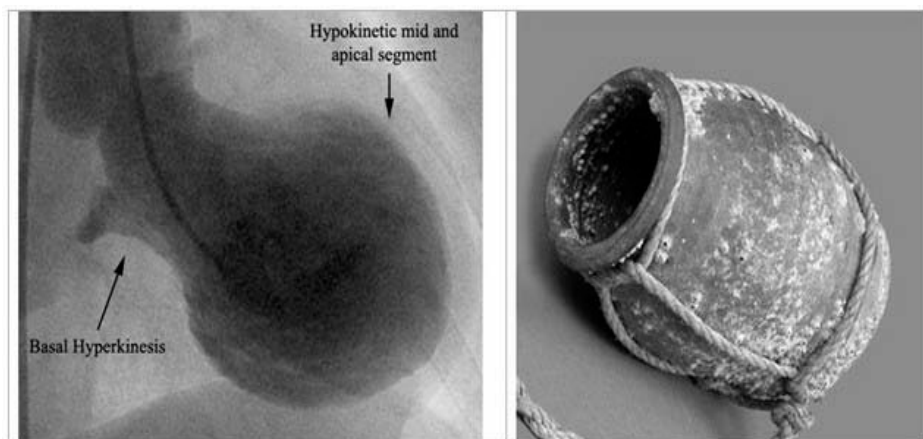
- Bio-markers: CK/troponin I small, rapid \uparrow , Plasma catecholamines \uparrow , BNP levels may be \uparrow

3. การตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูง (Echocardiography)

- พบ Basal normokinesia, Reversible LV apical ballooning, Transient akinesis/dyskinesia of LV apical & midventricular segments, Regional wall-motion abnormalities > single epicardial vascular distribution.

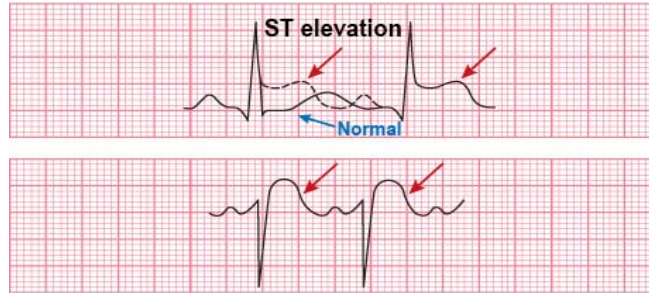
4. การฉีดสีดูหัวใจ (CAG)

- พบว่าหลอดเลือดหัวใจปกติ ไม่มีการตีตันรุนแรง No evidence of acute plaque rupture. Minimal evidence of vasospasm, Minimal disturbance of microcirculation แต่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวผิดปกติ Low ejection fraction.



เกณฑ์การวินิจฉัยของ Mayo Clinic

1. New ECG findings: T – wave inversion or ST – Segment changes



© 2007, PEPID, LLC

2. Absence of any CAD
3. Transient akinesia of LV apical & midventricular segment wall motion abnormality
4. All possible causes ruled out ⇨ Head trauma, Intracranial bleeding, Pheochromocytoma, Coronary occlusion, Myocarditis, Hypertrophic cardiomyopathy

การแยกระหว่าง ACS & TC

1. Severe acute LV dysfunction without a significant serum troponin & creatine kinase-MB elevation	
2. Echo: Symmetrical mid & apical RWMA, akinesia extending equally in Inferior & Lateral walls as the anteroseptum	ACS: LAD anteroseptal extent of RWMA from apex > Inferior & Lateral walls ตรงข้ามกับ RCA, LCX if Left dominant, usually spares the ante
3. Repeat echo in 2 - 3days to weeks confirming complete recovery of LV function with normalization of typical apical RWMA	

การรักษา

เนื่องจากว่าอาการนั้นเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจมีการบีบตัวน้อย บางทีจะพบว่าบางรายหัวใจบีบตัวแค่ 20% ของปกติ การรักษาจึงมักมีระดับประคองเหมือนรักษาภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Acute heart failure) คือ ติดตามอาการถ้าสัญญาณชีพปกติ ให้ยา ACE inhibitors, beta blockers หรือยาขับปัสสาวะร่วมด้วย ถ้ามีหัวใจล้มเหลวอาจต้องมีการทำการกู้ชีพให้การรักษาด้วยยาในกลุ่ม Inotropic agent บางรายอาการรุนแรงมากอาจจะต้องใช้ balloon pump ช่วยการทำงานของหัวใจด้วย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ หัวใจห้องล่างซ้ายจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติภายใน 2 เดือน อาการเหล่านี้มักจะเป็นชั่วคราวและหายดีเป็นปกติได้ ถ้าได้รับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญทันเวลาที่

สรุป

Takotsubo cardiomyopathy เกิดจากความเสียใจมากและทำใจไม่ได้ ภาวะนี้ไม่มีวิธีการรักษาเฉพาะ เป็นการรักษาแบบประคับประคอง อาการต่างๆ จะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 1 - 8 สัปดาห์ แต่บางรายก็รุนแรงจนอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่เครียด





ประสบการณ์การทำงานประกันคุณภาพและเทคนิคการเขียนการประเมินตนเอง

อาจารย์วรรณไพโร แยมมา และอาจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ ประสบการณ์การทำงานประกันคุณภาพและเทคนิคการเขียนการประเมินตนเอง ในวันศุกร์ที่ 20 เมษายน 2555 เวลา 12.00-13.30 น. ห้อง 801/1 โดยมีอาจารย์กาญจนา ครองธรรมชาติ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานด้านการประกันคุณภาพ โดยอาจารย์พบว่าคนทำงานส่วนใหญ่ไม่ชอบ ไม่มีความสุข และเบื่อหน่ายในการทำประกันคุณภาพ รู้สึกเป็นภาระ ชีวิตถูกคุกคาม ถูกทวงถามงาน บางครั้งก็ถูกบังคับให้ต้องเตรียมตัวตอบคำถาม รู้สึกมีคนมาจับผิด ซึ่งปัญหาเหล่านี้ อาจเกิดจากเหตุผลต่างๆ ดังนี้

- **คนทำงานมี Attitude ที่ไม่ดีต่อการเยี่ยมสำรวจ** อาจารย์มีข้อเสนอแนะว่าถ้าคนทำงานมี Attitude ที่ดี เข้าใจว่าการตรวจเยี่ยมเป็นการยืนยันว่าได้ปฏิบัติจริง การเยี่ยมตรวจเป็นการช่วยรับประกันว่า สิ่งที่เราทำนั้น เป็นสิ่งที่ดี ทำให้องค์กรเกิดมาตรฐาน ซึ่งก็เป็นที่มาของคำถามที่ว่า **ทำไมต้องทำประกันคุณภาพ?** คำตอบคือ **เพื่อความเป็นมาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจ เป็นเครื่องหมายรับประกันถึงควมมีคุณภาพขององค์กรนั้นๆ** เพราะฉะนั้น ทำอย่างไรให้ผู้ทำงานมี Attitude ที่ดี มีความสุขกับการทำงานและการทำประกันคุณภาพควบคู่กันไป ต้องทำให้งานพัฒนาคุณภาพอยู่ในเรื่องงานประจำนั้นๆ พร้อมสร้างระบบการทำงานที่มีมาตรฐานขึ้น โดยคนทำงานต้องทราบว่าผู้เยี่ยมสำรวจต้องการมาสำรวจอะไร อย่ายามองว่าผู้เยี่ยมสำรวจมาจับผิด แต่จะทำอย่างไรให้ผู้เยี่ยมสำรวจรู้ จึงต้องมีการเขียนประเมินตนเอง ซึ่งในการเขียนการประเมินตนเองนั้นต้องมาจากเนื้อหาของคนทำงานที่ได้ทำเอง เพราะผู้ที่รู้ดีที่สุด ก็คือคนที่ทำงานในกลุ่มนั้นๆ และต้องเขียนให้ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าใจในงาน โดยการเขียนนั้นต้องเขียนจากบริบทของตนเอง ไม่ลอกเลียนแบบใคร

- **ขาดการวางแผนหรือการวางแผนที่ไม่ดี** การที่ไม่ได้วางแผนไว้ตั้งแต่แรก ทำให้เอกสารและ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้น หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับต้องมีการวางแผนร่วมกัน โดยต้องอธิบายให้คนทำงานเข้าใจ รู้มาตรฐานแต่ละข้อเพื่อจะได้วางแผนและเตรียมข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน เนื่องจากแผนงานจะได้มาจากนโยบายขององค์กร ดังนั้นคนทำงานควรได้รับการแจ้งแผนงานและรับรู้ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับองค์กรจากหัวหน้างานที่เป็นผู้รับนโยบายจากองค์กรลงมาสู่ผู้ปฏิบัติ เปรียบคนทำงานเหมือนฟันเฟืองหนึ่งขององค์กร จึงต้องรู้ว่า จะทำอะไร ตอนไหน เมื่อไหร่ และควรมีการประเมินผลเป็นระยะๆ โดยใช้ กระบวนการขอ๑๐CA คือ

Plan คือ การวางแผนที่ดี

Do คือ การทำตามแผนที่วางไว้

Check คือ ผลที่ทำตามแผนนั้นเป็นอย่างไร

Act คือ ถ้าเกิดปัญหาและอุปสรรคก็วางแผน และทำใหม่ ถ้าทำดีแล้ว ก็พัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไป



ในการ Feedback ของผู้เยี่ยมสำรวจ ส่วนมากจะไม่ Feedback ตรงๆ จะชื่นชมเพื่อเป็นการถนอมน้ำใจทำให้คนทำงานไม่เข้าใจว่า Feedback อะไร จึงทำให้มองไม่เห็นจุดบกพร่องของตนเอง ไม่ทราบว่าจะเอาจุดไหนมาปรับปรุง บางครั้งผู้เยี่ยมสำรวจ Feedback ตรงๆ เกิดการไม่ยอมรับ ก็ทำให้ไม่เกิดการปรับปรุง

เพราะฉะนั้นในการทำงานประกันคุณภาพ คนทำงานต้องการมี Attitude ที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจในบริบทของหน่วยงานตนเอง ทำงานพัฒนาคุณภาพให้อยู่ในเนื้องานประจำวันๆ การรู้เขารู้เรา รู้ว่าเราทำอะไร รู้ว่าผู้เยี่ยมสำรวจต้องการถามอะไร และที่สำคัญการวางแผนที่ดีอันนำไปสู่การเขียนประเมินตนเองได้อย่างเข้าใจ และครอบคลุม เมื่อถึงฤดูของการเยี่ยมสำรวจ งานประกันคุณภาพจะได้ไม่กลายเป็นเรื่องน่าเบื่อหรือเรื่องที่คุณามชีวิตสำหรับคนทำงานอีกต่อไป





ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการสอนภาคปฏิบัติและการประเมินผล OSCE

อาจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิติย์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มีการจัดสอบ OSCE ภายหลังจากสิ้นสุดการเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน 1 โดยจะสอบในเรื่อง การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การอาบน้ำทารก การฉีดยา และการเล่น ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสำคัญและนักศึกษาทุกคนจะต้องปฏิบัติได้ โดยเฉพาะการดูดเสมหะ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่พบว่ามียังมีความรู้ใหม่ที่ควรแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความเข้าใจให้ตรงกันเพื่อให้อาจารย์สามารถแนะนำนักศึกษาไปในทางเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประเมินผลการสอบ OSCE โดยใช้เกณฑ์การประเมินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาการจัดการความรู้ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จึง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการสอนภาคปฏิบัติและการประเมินผล OSCE ใน วันศุกร์ที่ 25 พฤษภาคม 2555 เวลา 8.00-9.00 น. ณ ห้อง 1103/1-2 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมหญิง โควสวนนท์ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการเรียนการสอนในระบบหายใจ มาเป็นผู้นำกิจกรรมและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้านต่างๆ ดังนี้

- ความดันที่ใช้ในการดูดเสมหะ

- ทารก ใช้ความดัน 50-80 มม.ปรอท
- เด็กเล็ก ใช้ความดัน 80-100 มม.ปรอท
- เด็กโต ใช้ความดัน 100-120 มม.ปรอท

- ความลึกของการใส่สายดูดเสมหะ

- Oropharyngeal Suction หรือดูดทางปาก **ไม่ต้องวัดสาย**
- Nasopharyngeal Suction **ต้องวัดสายก่อน โดยวัดจากปลายจมูกถึงดั้งหู**

- ระยะเวลาในการดูดเสมหะ

ใช้เวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง 10-15 วินาที พัก 1-2 นาที

- หลักการในการดูดเสมหะ

- ทารก **อายุต่ำกว่า 6 เดือน ดูดในปากก่อน** เพราะทารกหายใจทางจมูก ดังนั้นจึงต้องดูดเสมหะในปากให้มากที่สุดก่อน แต่ให้ย้านักศึกษาว่า ถ้ามี Secretion ออกจากทางใดมากให้ดูดทางนั้นก่อน
- การดูดในปาก ให้ใส่สายที่กระพุ้งแก้ม ไปถึงโคนลิ้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ เพราะการดูดเสมหะเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังสามารถไอได้แต่ขับเสมหะออกไม่ได้ เน้นให้ดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล **ไม่ใส่สายโดยใช้แรง และไม่ใช้การควงสายแรงๆ โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดจะทำให้ Trauma มาก**



นอกจากนี้ มีการเสนอให้นักศึกษาเลือกขนาดของสายให้ถูกต้อง ดังนั้น ในการสอบจึงควรมีสายดัดเสมอให้เลือก 3 ขนาด สำหรับในกรณีที่นักศึกษาทำ Contaminate ให้แจ้งนักศึกษาให้พบอาจารย์ภายหลังสอบเสร็จเพื่อแนะนำ และมีการปรับเกณฑ์การให้คะแนนให้เหมาะสมเพิ่มจากเดิม ดังนี้

- การจัดทำถูกต้อง ลดคะแนนจาก 1/2 เป็น 1/4 คะแนน
- การเช็ด Finger tip เต็มคำว่า อย่างถูกต้อง
- เพิ่มหัวข้อ ระบุขนาดของสายถูกต้อง 1/4 คะแนน

โดยเกณฑ์การประเมินใหม่จะเริ่มใช้ในการสอบ OSCE ในนักศึกษา กลุ่ม 1.2 ปีการศึกษา 2555





Infant Massage: Academic Service and Research

อาจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิติย์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ Infant Massage: Academic Service and Research ในวันอังคารที่ 10 กรกฎาคม 2555 เวลา 13.30-15.30 น. ห้อง 1103/1-2 โดยมีรองศาสตราจารย์ วิไล เลิศธรรมเทวี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

รองศาสตราจารย์ วิไล หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุวดี เล่าถึงที่มาของการที่อาจารย์สนใจเรื่องการนวดสัมผัส เริ่มมาจากได้แรงบันดาลใจจากการที่ปฏิบัติงานและเป็นอาจารย์ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมาโดยตลอด จึงต้องการช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และจากการค้นคว้าเพิ่มเติมพบว่าการนวดสัมผัสสามารถช่วยให้ทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ ประกอบกับได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัท Johnson & Johnson ในการอบรมการนวดสัมผัสแก่พยาบาลทั่วประเทศจึงสนใจที่จะทำวิจัยและศึกษาอย่างจริงจัง

จากผลการทดลองในต่างประเทศ พบว่าการนวดสัมผัสช่วยกระตุ้น Vagous nerve ซึ่งจะส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารและระบบย่อยอาหาร กล่าวคือ มีผลให้ Gastric motility เพิ่มขึ้น Gastrin เพิ่มขึ้น และ Insulin เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อาหารได้รับสารอาหารมากขึ้นและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น Dr. Tiffany Field (1986) ได้ทำการศึกษาในทารกอายุ 10 วัน ที่มีน้ำหนักตัว 1,200 -1,300 กรัม โดยทำการนวด 10 วันๆ ละ 3 ครั้งๆ ละ 15 นาที พบว่าทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 47% เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่ไม่ได้รับการนวด

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาจำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการนวดสัมผัสทารก พบว่าการนวดสัมผัส ช่วยให้อาหารมีเส้นรอบศีรษะและความยาวของลำตัวเพิ่มขึ้น และ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 35% (สุภาวดี, 2544; ถนอมศรีและคณะ, 2537) นอกจากนี้ ยังช่วยให้มารดาและทารกมีความรักใคร่ผูกพันมากขึ้น โดยเน้นว่าผู้นวดควรเป็นคนเดียวกัน และนวดในเวลาเดียวกัน (พูนสิน, 2543)

นอกจากนี้ ในต่างประเทศยังมีการศึกษาอีกมาก เช่น จากการศึกษาของ Arian, et al (2008) โดยการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนวดสัมผัสและไม่ได้นวดร่วมกับการให้รับประทาน Sucrose ชาสมุนไพร และ นมผสม ต่อระยะเวลาในการร้องไห้ของเด็ก Colic พบว่าเด็กที่ได้รับการนวดจะร้องไห้น้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการนวด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าการนวดสัมผัสทารกช่วยให้อาหารที่มีภาวะซิมแลร์หลังคลอดลดลง (Oswalt et al, 2009) สำหรับทารกอายุก่อน 4 เดือนที่ได้รับนมมารดาและได้รับการนวดสัมผัส จะมีน้ำหนักมากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการนวด แต่ถ้าอายุทารกมากกว่า 4 เดือน พบว่าการนวดไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวของเด็ก (Serano, 2010) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่าบิดาที่นวดสัมผัสทารกจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรมากกว่าบิดาที่ไม่ได้นวดบุตร เป็นต้น

ผลจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์ของอาจารย์ในการเปิดการฝึกอบรมการนวดสัมผัสให้แก่พยาบาลและผู้ดูแลเด็กทั่วประเทศกว่า 3 ปี รองศาสตราจารย์วิไล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี จึงทำวิจัยเพื่อ



ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การอบรมการนัดสัมผัสต่อความรู้และทักษะการนัดสัมผัสทารกของพยาบาล โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ สอนสาธิต แจกเอกสารแผ่นพับและการให้สาธิตย้อนกลับ มีผู้ร่วมวิจัยคือ พยาบาล ที่ได้รับโปรแกรมแล้ว และจะวัดผลเฉพาะผู้ที่นำไปปฏิบัติจริง กล่าวคือต้องนัดทารก ที่มีอายุน้อยกว่า 1 เดือน ทั้งหมด 14 ทำ วันละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ราย ซึ่งพบว่าผู้ร่วมวิจัยเพียง 28 คน เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัย พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีความรู้และนำไปปฏิบัติได้ นอกจากนี้ อาจารย์ วางแผนที่จะทำการศึกษาเพิ่มเติมใน มารดาวัยรุ่น ยาหรือยายที่พ ทารกมาตรวจหลังคลอด และสอดแทรกในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาล เด็ก ตลอดจนพัฒนาเป็นการให้บริการวิชาการ และสนับสนุนให้อาจารย์นำไปฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยในการเป็น Faculty Practice ต่อไป





การจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายในการสอนภาคทฤษฎี

อาจารย์วรรณไพโร ยิ้มมา และอาจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิษฐ์ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การสร้างงานวิจัยและพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนของภาควิชา เรื่อง การจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายในการสอนภาคทฤษฎี ในวันศุกร์ที่ 25 พฤษภาคม 2555 เวลา 8.00-9.00 น. ห้อง 1103/1-2 โดยมี อาจารย์กาญจนา ครองธรรมชาติ และอาจารย์เบ็ญจมาศ โอบารรัตน์มณี ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

อาจารย์กาญจนา ครองธรรมชาติ เล่าถึงการได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรศาสตร์และศิลป์เพื่อการสอนซึ่งได้ อบรมทั้งทฤษฎีการเรียนการสอน และได้ฝึกปฏิบัติในห้องเรียน แต่เนื่องจากอาจารย์เรียนในรุ่นแรกซึ่งช่วงเวลาไม่ตรงกับ การสอนนักศึกษาจริง จึงฝึกสอนในห้องเรียนกับผู้มาอบรมด้วยกันซึ่งในรุ่นแรกเป็นอาจารย์ 15 คน เป็นพยาบาล จากฝ่ายการพยาบาล 25 คน โดยขณะนั้นสิ่งที่เห็นที่น่าสนใจคือ การดึงคลิปวิดีโอในเนื้อหาเรื่องต่าง ๆ มา ประกอบการสอน นอกจากนี้ การที่อาจารย์ได้เข้าเป็นอาจารย์ร่วมสอนวิชาหนึ่งของมหาวิทยาลัยมหิดลที่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทุกคนของทุกคณะต้องเรียน คือ วิชา มคอท 101 การศึกษาทั่วไปเพื่อพัฒนามนุษย์ วิชานี้ ดึงอาจารย์ทุกคณะ มาร่วมสอน โดยมีคู่มือแผนการสอนแต่ละคาบร่วมกัน มีการพัฒนาปรับปรุงแผนการสอนทุกปี นักศึกษาได้ Concept ที่เหมือนกัน โดยในคาบแรกจะบอกกฎ กติกาการเรียนการสอน จุดประสงค์ของวิชา กฎระเบียบ การให้นักศึกษามี วินัย ในการเข้าเรียนตรงเวลา มีการ Scan บัตรเข้า-ออก ส่วนความซื่อสัตย์ เมื่อสุ่มเรียกเพื่อนในกลุ่มออกมานำเสนอ ไม่ออกมาแทนเพื่อน หรือถ้าเพื่อนไม่ได้อยู่ในกลุ่มจะไม่ลงชื่อแทนเพื่อน นอกจากนี้ยังมีการใช้คลิปวิดีโอมาสอน ให้นักศึกษาได้เรียนรู้และวิเคราะห์จากคลิปวิดีโอ โดยการทำ Bud Group แล้วออกมานำเสนอ

ส่วนอาจารย์เบ็ญจมาศ โอบารรัตน์มณี ซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรศาสตร์และศิลป์เพื่อการสอนเช่นกัน ได้ ใช้วิธีการสอนแบบบรรยายด้วย Concept ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม มีการแจกเอกสารให้ไปอ่านล่วงหน้าก่อนเข้าชั้นเรียน ก่อนสอนมีการตรวจสอบความพร้อมของนักศึกษา เช่น ใครว่างก็ให้ไปล้างหน้า แล้วเริ่มด้วยฉายสไลด์เด็กทั่วไป ที่ป่วยเป็นมะเร็ง สอนโดยใช้ เนื้อหาของ Concept 45 นาที แล้วแบ่งกลุ่มให้นักศึกษาได้อภิปรายกลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่ม เนื้อหาแตกต่างกัน แล้วสุ่มให้ออกมานำเสนอหน้าชั้นเรียน ใช้เวลา 15 นาที

นอกจากนี้ อาจารย์ทั้งสองท่านยังเสนอแนะวิธีการสอนอีกหลายวิธี เช่น

- วิธีการ Quiz ท้ายชั่วโมง แล้วให้เป็นคะแนนช่วย
- ลดเนื้อหา สอนให้นักศึกษาคิดมากขึ้นโดยการอภิปรายกลุ่ม แล้วอาจารย์สรุปประเด็นสำคัญท้ายชั่วโมง
- สอนวิธีการหาข้อมูล วิธีการแก้ปัญหา ให้นักศึกษาเรียนรู้กระบวนการเรียนรู้ ซึ่ง Content เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการเรียนรู้

การวิจัยในชั้นเรียนก็เป็นวิธีหนึ่งที่จะบอกได้ว่าการสอนวิธีไหนบ้างที่จะเหมาะสม และไม่เหมาะสมอย่างไร แต่อย่างไรก็ตาม จุดมุ่งหมายไม่ได้อยู่ที่วิธีการสอน แต่อยู่ที่สอนอย่างไรให้เกิดการเรียนรู้ ทุกวิธีการสอน ต้องสอนให้



นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ อาจสอนหลายๆ วิธีที่จะเหมาะสมและทำให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุดและเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทำอย่างไรให้วิธีที่หลากหลายนั้นเกิดความสมดุล เกิดความเหมาะสมในแต่ละเนื้อหา และขณะเดียวกันก็อย่าลืมว่าการเรียนรู้ของแต่ละคนไม่เท่ากัน เพราะฉะนั้นวิธีนี้อาจจะเหมาะกับคนนี้ อีกวิธีหนึ่งอาจเหมาะกับคนนั้น แต่ทำอย่างไรให้ทุกคนเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้การเรียนรู้จะไม่เท่ากัน





การดูแลต่อเนื่องในสตรีตั้งครรภ์โดยพยาบาลผดุงครรภ์ ณ Sunshine Hospital
และ RMIT University Melbourne ประเทศเครือรัฐออสเตรเลีย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พุกเกษมธำนันท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์กันยรัักษ์ เงยเจริญ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การดูแลต่อเนื่องในสตรีตั้งครรภ์โดยพยาบาลผดุงครรภ์ ณ Sunshine Hospital และ RMIT University Melbourne ประเทศเครือรัฐออสเตรเลีย โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง ให้เกียรติเป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปได้ดังนี้

การดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ คือการที่พยาบาลผดุงครรภ์ทำหน้าที่ดูแลสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด(WHO, 1999) ในฐานะเจ้าของไข้ พยาบาลผดุงครรภ์รับผิดชอบในการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองความเสี่ยง จัดการให้สตรีได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ทีมการดูแลต่อเนื่องดำเนินการโดยพยาบาลผดุงครรภ์จะมีประมาณ 4-8 คน แต่ละคนจะต้องดูแลสตรีตั้งครรภ์ 40-45 คนต่อปี และมีการจับคู่เพื่อช่วยเหลือในการดูแลสตรีที่ตั้งครรภ์ การพยาบาลที่ให้ก็ใช้หลักการเดียวกันกับพยาบาลผดุงครรภ์ทุกๆ ไป แต่ต่างกันที่การดูแลต่อเนื่องนั้น สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลโดยพยาบาลคนเดียวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จนกระทั่งระยะหลังคลอด ในกรณีที่พยาบาลผดุงครรภ์ประเมินและพบว่ามีความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน พยาบาลผดุงครรภ์จะประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปวินิจฉัยเพื่อการรักษาโรคต่อไป นอกจากนี้ ทุกสัปดาห์จะมีการประชุมทีมของการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์กับที่ปรึกษา (Academic Consultant) เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และช่วยกันเสนอข้อคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา วัตถุประสงค์ของการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ คือ

1. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และพยาบาลผดุงครรภ์ทำความรู้จักกัน และเข้าใจในความรู้ความสามารถของแต่ละฝ่าย ส่งเสริมความรู้ และเติมเต็มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์เข้าใจถึงความต้องการและความคาดหวังของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างลึกซึ้ง
3. เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์เข้าใจถึงความต้องการและความคาดหวังของสตรีตั้งครรภ์ และพัฒนาความร่วมมือในการสนับสนุนการดูแลทางด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจ

การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ ได้มีการประเมินโดยการทำวิจัย พบว่าสตรีตั้งครรภ์จะให้ความไว้วางใจ ความพึงพอใจกับพยาบาลเจ้าของไข้มาก เนื่องจากการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด



การเตรียมตัวเพื่อการคลอด (Childbirth Preparation)

อาจารย์จารุพร เพ็ชรอยู่ ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาล สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด (Childbirth Preparation) ในวันจันทร์ที่ 20 สิงหาคม 2555 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ธิดิมา จำปรัตน์ ให้เกียรติเป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปได้ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีความเป็นมาอย่างไร?

การเตรียมตัวเพื่อการคลอดเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปีค.ศ. 1933 และต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน และเริ่มเข้ามาในประเทศไทย โดยรองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล การเตรียมตัวเพื่อการคลอดนั้นมีวัตถุประสงค์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอด คือ

1. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการคลอดบุตร
2. เพื่อเตรียมสตรีตั้งครรภ์ให้สามารถใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจและได้รับประสบการณ์ที่ดีในการคลอดบุตร

ทำไมจึงต้องมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอด?

สตรีในเกือบทุกชาติทุกวัฒนธรรมมีการรับรู้หรือให้ความหมายกับการคลอดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดความเจ็บปวดที่สุดในชีวิต วัฒนธรรมไทยเปรียบการคลอดเหมือนภาวะออกศึกสงคราม คือ มีแต่ความไม่แน่นอน น่ากลัว ทุกข์ทรมานและอาจอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ยิ่งใกล้ระยะคลอดก็จะยิ่งทวีความกลัวและความวิตกกังวลมากขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของมารดา ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าใช้เวลาในการคลอดยาวนานขึ้น การเตรียมตัวเพื่อการคลอดจะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวและความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ สตรีที่ได้รับการเตรียมจะมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนในการเผชิญกับภาวะเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งอิทธิพลด้านร่างกายที่ทำให้เกิดการ **เจ็บครรภ์คลอด** เกิดจากการหดตัวของลูก แรงดันในโพรงมดลูกการถูกดึงรั้งออกของกระดูกเชิงกราน กล้ามเนื้อและผิวหนัง นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลด้านจิตใจและสังคม เกิดจากความไม่คุ้นเคย ความกลัว สับสน ความคาดหวังกับความเจ็บปวดและประสบการณ์ที่ผ่านมาของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งอิทธิพลเหล่านี้จะแตกต่างกันในสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย

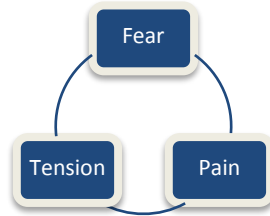
แนวคิดการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดโดยวิถีธรรมชาติ (Natural childbirth)

1. Dick Read Method “Childbirth without Fear”

Dick Read (คศ. 1933) สูติแพทย์ชาวอังกฤษ เชื่อว่าการเจ็บครรภ์คลอดเกิดจากวงจรของความเจ็บปวด 3 อย่าง คือ ความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด การลดความเจ็บปวดคือการตัดวงจรของความเจ็บปวด โดยการลดความความกลัว โดยอาจจะสร้างความคุ้นเคย ให้ความรู้ คำแนะนำและกำลังใจกับสตรีตั้งครรภ์ หรือลด



ความเครียด โดยการจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้ผ่อนคลาย อาจใช้เสียงดนตรีที่ผ่อนคลาย กลิ่นน้ำมันหอมระเหย หรือใช้แสงที่พอเหมาะกับการพักผ่อน



2. **Lamaze Method** (คศ.1951) ลามาซ (Ferdinand Lamaze) สูติแพทย์ชาวฝรั่งเศสได้นำเสนอวิธีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดด้วยกลวิธีป้องกันทางจิต (Psychoprophylaxis) โดยนำพื้นฐานความรู้จากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Pavlov มาใช้ วิธีการของลามาซประกอบด้วยหลักการพื้นฐาน ดังนี้

Classic Lamaze ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ

1. **Conditional** การสร้างเงื่อนไขให้ผู้คลอด เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ เมื่อมีการหดตัวของมดลูกให้หายใจเข้าลึกๆ และเป่าลมออกทางปาก 6-8 ครั้งต่อนาที
2. **Concentration (Focusing)** การมุ่งจุดสนใจอยู่ที่การใช้เทคนิคการหายใจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด
3. **Discipline** ผู้คลอดจะต้องสามารถปฏิบัติการใช้เทคนิคการหายใจได้เอง โดยไม่ต้องมีผู้กำกับ

Adapted Lamaze คือ การให้ความรู้แก่ผู้คลอด และให้ผู้คลอดได้ฝึกใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดต่างๆ โดยสตรีตั้งครรภ์ต้องเลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การสร้างจินตภาพ คือ จินตนาการถึงภาพที่สวยงาม หรือใบหน้าของบุตร หรือการใช้ดนตรีบำบัด โดยมีคำแนะนำว่าไม่ควรใช้ดนตรีที่มีจังหวะซ้ำเกินไป เนื่องจากจะทำให้จังหวะของการหดตัวของมดลูกช้าตามไปด้วย และควรเป็นดนตรีบรรเลง จึงจะเหมาะสมกับระยะแรกของการคลอด

แนวคิดของลามาซแพร่หลายมากในแถบตะวันตก มีผู้นำมาใช้มากมายและจากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดด้วยวิธีการของลามาซ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา เช่น เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการโภชนาการ การให้นมทารกแรกเกิดและภาวะเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติตนในระยะ หลังคลอดเป็นต้นและเทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการหายใจปรับให้ยืดหยุ่นมากขึ้นไม่ต้องหายใจตามรูปแบบอย่างเคร่งครัด เป็นต้น

แนวคิดการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดด้วยวิธีการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth)

ความหมายของการคลอดด้วยตนเอง หมายถึงการคลอดที่ดำเนินตามกระบวนการทางธรรมชาติและสัญชาตญาณของการเป็นผู้ให้กำเนิด โดยผู้คลอดเป็นผู้กำหนดปัจจัยสนับสนุนการคลอดและกระทำด้วยตนเอง รวมทั้งใช้สิทธิของตนในการตัดสินใจทางเลือกเมื่อจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาหรือการช่วยเหลือ ปัจจัยสนับสนุนการคลอดตามกระบวนการธรรมชาติประกอบด้วยกาย จิต สิ่งแวดล้อมและสังคม การคลอดด้วยตนเองจึงเป็นวิธีการคลอดที่สามารถนำมาอธิบายให้เห็นว่าสตรีที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจในการคลอดจะรู้จักสิทธิและหน้าที่ของตน

สามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่มีผลต่อตนเองและบุตร รับรู้เรื่องและสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตลอดการคลอดโดยใช้ความรู้ความสามารถของตนเอง

การเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดในแนวคิดนี้ สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับความรู้และการฝึกทักษะที่จะช่วยให้การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติใน 4 เรื่องด้วยกัน คือ

1. การเคลื่อนไหว (Movement) และท่าคลอด (Position)
2. การหายใจ (Breathing)
3. การบริหารร่างกาย (Exercise)
4. การนวด (Massage)

นอกจากนี้ยังแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacologic methods of pain relief) ได้แก่

1. เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique)
2. เทคนิคการหายใจ (Breathing Technique)
3. เทคนิคการลูบหน้าท้อง (Effleurage)
4. การนวด (Massage)
5. ดนตรีบำบัด (Music Therapy)
6. เสาวคนธบำบัด (Aroma Therapy)
7. การสัมผัสเพื่อการรักษา (Therapeutic Touch)
8. การใช้จินตภาพ (Imagination)
9. การใช้ความร้อนและความเย็น (Heat and Cold)
10. ธารบำบัด (Hydrotherapy)





เทคนิคการถ่ายภาพให้สวยงาม

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 1/2555 ในหัวข้อ “เทคนิคการถ่ายภาพให้สวยงาม” ในวันที่ 21 มีนาคม 2555 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 217 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญ นางสาวเขมิกา กลิ่นเกษร งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร มาเป็นวิทยากร

นางสาวเขมิกา กลิ่นเกษร กล่าวว่าจริงๆ แล้วการถ่ายภาพให้สวยงามนั้น ขึ้นอยู่กับบริบทและปัจจัยหลายๆ ด้าน ประกอบกัน เช่น ความพร้อมของอุปกรณ์ คือจะให้ภาพที่ถ่ายจากกล้อง Compact มีความสวยงามและคมชัดกว่ากล้อง Single Lens นั้นเป็นเรื่องค่อนข้างยาก แต่ก็มีเทคนิค/วิธีการในการถ่ายภาพให้มีความสวยงาม ดังนี้

➤ ความรู้เบื้องต้นสำหรับการถ่ายภาพ

ก่อนที่เราจะถ่ายภูมุนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องกลไกการทำงานของกล้องก่อน กล่าวคือ กล้องดิจิทัล มีหลักการทำงานคล้ายๆ กับกล้องฟิล์ม คือ แสงผ่านเลนส์ ผ่านรูรับแสง และผ่านชัตเตอร์ไปตกกระทบกับเซ็นเซอร์ ภาพ จากนั้นจึงออกมาเป็นภาพ ส่วนการทำงานของกล้องฟิล์ม คือแสงผ่านเลนส์ ผ่านรูรับแสง และผ่านชัตเตอร์ไปตกกระทบกับแผ่นฟิล์ม แล้วออกมาเป็นภาพ และในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบกล้องดิจิทัลให้มีลูกเล่นและฟังก์ชันต่างๆ ให้ง่ายต่อการใช้งาน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เกร็ดเล็ก เกร็ดน้อย

เมื่อซื้อกล้องมาครั้งแรก สิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างแรกคือ การอ่านคู่มือการใช้งานของกล้องที่ซื้อมา ว่ามีฟังก์ชันอะไรบ้าง ข้อมูลพื้นฐานของกล้องมีอะไรบ้าง และกล้องที่เลือกซื้อมามีคุณสมบัติเด่นอะไร เพื่อจะทำให้เรานำคุณสมบัติเด่นเหล่านั้นมาใช้ประโยชน์จากกล้องได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

➤ ฟังก์ชันต่างๆ ของกล้อง

Scene Mode คือโปรแกรมสำเร็จรูปที่กล้องดิจิทัลจัดเตรียมไว้ โดยทั่วไป จะมีทั้งในกล้อง Compact และกล้อง Single Lens เพื่อใช้ถ่ายภาพในลักษณะและสถานการณ์ต่างๆ โดยมีรูปแบบทั่วไป ดังนี้

Portrait มักใช้สัญลักษณ์ “P” หรือรูปหน้าคน เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการถ่ายภาพบุคคล การทำงานของกล้องดิจิทัลจะเน้นที่บุคคลหรือวัตถุที่ต้องการถ่ายภาพ หรือการทำงานของกล้องบางรุ่นก็จะปรากฏ กรอบสี่เหลี่ยมขึ้นมาและมีภาพบุคคลหรือวัตถุที่ต้องการถ่ายอยู่ภายในกรอบนั้น

Landscape มักใช้สัญลักษณ์ “L” หรือรูปวิวทิวทัศน์ ภูเขา เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการ ถ่ายภาพ ทิวทัศน์ เวลาถ่ายภาพด้วยโปรแกรมนี้นี้ ควรจะเปิดเลนส์ให้กว้าง เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้จะโฟกัสภาพในระยะ ที่ไกลที่สุด หรือที่เรียกว่า “Infinity”

Sports มักใช้สัญลักษณ์ “S” หรือรูปนักกีฬาวิ่ง เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการถ่ายภาพกีฬา หรือวัตถุที่มีการเคลื่อนไหวเร็วๆ ซึ่งเป็นการปรับความเร็วชัตเตอร์ให้สูงขึ้นโดยอัตโนมัติ มีการปรับระบบให้มีการถ่ายภาพต่อเนื่อง รวมถึงปรับค่าความไวแสงด้วย

Night Portrait มักใช้สัญลักษณ์ “P” ซึ่งจะคล้ายๆ กับ Portrait แต่ต่างกันตรงที่มีการชดเชยแสง เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการถ่ายภาพบุคคลตอนกลางคืนที่ฉากหลังพอมีแสงสว่างอยู่บ้าง ซึ่งควรจะใช้อุปกรณ์เสริมช่วยคือ ขาตั้งกล้อง เพราะเวลาที่เรากำลังถ่ายภาพในพื้นที่ที่มีแสงน้อย ภาพจะไหว

➤ การจัดองค์ประกอบภาพ (อย่างง่าย)

องค์ประกอบภาพถือเป็นเรื่องสำคัญที่สุดของการถ่ายภาพให้สวยงาม เพราะการถ่ายภาพถือเป็นศิลปะ อย่างหนึ่ง ซึ่งมีหลายหลักการ แต่ในวันนี้จะขอยกตัวอย่างหลักการจัดองค์ประกอบภาพอย่างง่าย โดยผู้ที่ไม่มีพื้นฐาน การถ่ายภาพก็สามารถนำไปใช้ได้ ดังนี้

1. การวางจุดสนใจของภาพ (Center of Interest)

ในการถ่ายภาพจำเป็นต้องเลือกจุดสนใจในภาพให้เป็นตัวเอก หลักการง่ายๆ ในการวางจุดสนใจคือ “จุดสนใจในภาพต้องดูง่าย ผู้ที่ชมภาพเข้าใจได้ทันทีว่าเราต้องการสื่อถึงอะไรในภาพ ” เช่น การวางจุดสนใจให้มีสีตัดกับฉากหลัง และไม่จำเป็นต้องวางจุดสนใจไว้ตรงกลางเสมอไป

2. กฎสามส่วน

เป็นการจัดวางองค์ประกอบภาพให้ดูดี โดยการกำหนดจุดสนใจของเราที่จุดตัดของเส้นฉากแบ่งรูปออกเป็น 3 ส่วน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน ซึ่งในกล้อง Compact ส่วนใหญ่มีฟังก์ชัน Grid Line มาให้ โดยกฎสามส่วนสามารถวางจุดสนใจได้ทั้ง 4 จุดตัดและได้ทั้งแนวตั้งและแนวนอน

3. การจัดองค์ประกอบแบบสมมาตร

เป็นการจัดองค์ประกอบภาพด้วยการแบ่งเฟรมรูปออกเป็นสองส่วน ด้านซ้ายและด้านขวาให้สมมาตรกัน เพื่อให้จุดสนใจดูง่ายขึ้น และภาพมีความสมดุล

เกร็ดเล็ก เกร็ดน้อย

การถ่ายภาพในมุมต่างๆ ก็จะทำให้อารมณ์และความรู้สึกที่ต่างกัน ได้แก่

การถ่ายภาพมุมเมย คือ ถ่ายจากที่ต่ำไปที่สูง จะให้ความรู้สึกของวัตถุที่ถ่ายมีความยิ่งใหญ่ เป็นผู้นำ

การถ่ายภาพมุมต่ำ คือ ถ่ายจากที่สูงไปที่ต่ำ จะให้ความรู้สึกของวัตถุที่ถ่ายดูต้อยต่ำ น้อยเนื้อต่ำใจ

4. จุดสนใจฉากหน้าฉากหลัง

การถ่ายภาพในลักษณะนี้คือ การเน้นวัตถุที่อยู่ด้านหน้าให้มีความคมชัดน่าสนใจ สีของวัตถุกับฉากด้านหลังเป็นสีที่ตัดกัน



ในการถ่ายภาพไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคการจัดองค์ประกอบภาพเพียงเทคนิคเดียว
อาจจะใช้หลายๆ เทคนิคประกอบกันก็ได้ ซึ่งการถ่ายภาพจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์
ทักษะและมุมมองการถ่ายภาพประกอบกันด้วย

➤ พื้นฐานที่นักถ่ายภาพควรรทราบ

1. ความเร็วชัตเตอร์ หรือ Shutter Speed เป็นการกำหนดระยะเวลาในการถ่ายภาพ เช่น ถ้าเราต้องการถ่ายภาพที่วัตถุมีการเคลื่อนไหวเร็ว แต่เราต้องการภาพชัด ควรกำหนด Shutter Speed ที่มีค่าสูง คือมากกว่า 1/500 ขึ้นไป จึงจะเห็นภาพชัดเจน

2. ขนาดรูรับแสง เป็นการกำหนดปริมาณของแสงที่ผ่านเข้ามาในเลนส์ได้มากหรือน้อย เรียกว่า F-stop
ถาม อยากได้เทคนิคการถ่ายภาพ Portrait ให้ดูฟุ้งๆ จะถ่ายอย่างไร

ตอบ ถ้าในกล้อง Compact สามารถปรับให้อยู่ในโหมด Portrait ได้ แต่ถ้าในกล้อง Single Lens เราต้องปรับขนาดของรูรับแสงให้มาก ภาพที่ออกมาจะมีลักษณะ “ชัดลึก” แต่หากปรับขนาดของรูรับแสงให้น้อย ภาพที่ออกมาจะมีลักษณะ “ชัดตื้น” กล่าวคือ จุดสนใจจะชัด พื้นหลังจะเบลอ

➤ เทคนิคการถ่ายภาพอื่นๆ ที่น่าสนใจ

1. เส้นนำสายตา เช่น การใช้ถนน เส้นแม่น้ำมาช่วย เพื่อให้วัตถุดูลึก มีมิติ

2. ภาพ Close-up เป็นการถ่ายภาพที่เน้นใบหน้า ซึ่งการถ่ายภาพไม่จำเป็นต้องถ่ายให้เห็นทั้งหมด จะถ่ายตรงหน้าผากลงมาก็ได้ โดยภาพที่ได้นี้จะเห็นดวงตา ซึ่งจะสื่อถึงอารมณ์และความรู้สึกออกมาด้วย

3. ภาพย้อนแสง ควรใช้อุปกรณ์เสริมคือ ขาตั้งกล้อง

4. การถ่ายภาพในกล้อง Single Lens ให้เห็นแสงบนฉากหลังเป็นรูปต่างๆ ได้แก่

- **แสงกลม** โดยการเปิดรูรับแสงให้กว้าง

- **แสงเหลี่ยม** โดยการเปิดรูรับแสงให้แคบ

5. การถ่ายภาพโดยใช้เลนส์ Tele หรือ เลนส์ซูมเข้ามาช่วย จะทำให้ภาพเกิดความสวยงามมากยิ่งขึ้น

➤ ภาพที่ไม่ควรถ่าย ได้แก่

- ภาพที่ถ่ายแล้วมีพื้นที่เหลือ

- ภาพที่ถ่ายแล้วดูตัวเอกไม่มีความสำคัญ หรือกลืนไปกับฉากหลัง

➤ ภาพที่ควรถ่าย ได้แก่

- การถ่ายภาพให้แน่นๆ คือ เน้นวัตถุให้มีความเด่น

- การถ่ายภาพทั้งตัว ควรให้เห็นเท้าด้วย

➤ การใช้งานของภาพแต่ละประเภท

- ภาพนิ่ง ใช้สำหรับการทำสื่อสิ่งพิมพ์

- ภาพเคลื่อนไหว เป็นภาพที่ใช้เล่าเรื่องราวและจบในตัวของมันเอง ใช้สำหรับการทำรายการโทรทัศน์

มัลติมีเดีย

ภาพทุกภาพที่ถ่ายออกมาต้องเป็นการสื่อความหมาย หรือเป็นการบอกเรื่องราว

สำหรับรายละเอียดเทคนิคการถ่ายภาพเบื้องต้น สามารถดูได้จาก เอกสารประกอบเทคนิคการถ่ายภาพเบื้องต้น ที่แจกให้ในวันอบรมนะคะ

ท้ายกิจกรรมในวันนี้ คงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการถ่ายภาพเบื้องต้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและหน่วยงานต่อไป





การนำเสนอที่มีประสิทธิภาพด้วยโปรแกรม PREZI

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 2/2555 ในหัวข้อ “การนำเสนอที่มีประสิทธิภาพ ด้วยโปรแกรม PREZI” ในวันพุธที่ 2 พฤษภาคม 2555 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้อง 501 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้เชิญนางสาวเขมิกา กลิ่นเกษร งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กรและนางสาวขวัญใจ เนียมพิทักษ์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเป็นวิทยากร

โปรแกรม PREZI คืออะไร

โปรแกรม PREZI เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการแปลงความคิด (Ideas) และแนวคิด (Concepts) ออกมาเป็นภาพที่สามารถมองเห็นได้ซึ่งโปรแกรม PREZI จะมีเครื่องมือการออกแบบที่ช่วยให้ผู้ใช้สามารถจำแนกการนำเสนอ เนื้อหาออกเป็นส่วนๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

➤ โปรแกรม PREZI มีฟังก์ชันการทำงานอย่างไร

1. Pan และ Zoom ตามแนวคิดที่วางแผนไว้
2. Import Media เช่น ภาพวิดีโอ YouTube, Videos, PDF หรือสื่ออื่นๆ
3. Full Toolkit โดยสามารถเลือก Template และ/หรือ Theme ในการจัดการนำเสนอ
4. Present Online และ Offline สามารถนำเสนอได้ทั้งแบบออนไลน์ และนำเสนอในแบบออฟไลน์
5. Work Together สามารถทำงานแบบร่วมมือแบบเรียลไทม์ (Real-time)
6. Add Storyline สามารถใช้เฟรม (Frame) และเส้นทาง (Path) เพื่อสร้างเส้นทางการนำเสนอ

➤ รูปแบบการนำเสนอ

โปรแกรม PREZI เน้นฟังก์ชันการ Zoom in, Zoom out และ Rotate ซึ่งการนำเสนอในรูปแบบนี้ยอดเยี่ยมกว่าการนำเสนอด้วยภาพนิ่งบนหน้าจอเพียงอย่างเดียว และการนำเสนอแบบนี้สามารถนำเสนอได้ดังนี้

1. นำเสนอบนคอมพิวเตอร์
2. ฝัง (Embed) อยู่บนเว็บเพจ
3. เผยแพร่บน Social Media Site
4. แบ่งปันไว้บน Blog
5. วางไว้ใน Prezi Explore Tab

ผู้ใช้งานจำเป็นที่จะต้องวางแผนการนำเสนอไว้ล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นวิธีการเคลื่อนไหว ข้อความหลัก แนวคิด และคำสำคัญ รวมทั้งสื่อต่างๆที่จะใช้นำเสนอเพื่อให้สามารถทำงานได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น

➤ การลงทะเบียนเพื่อใช้งานโปรแกรม

ผู้ใช้สามารถลงทะเบียนเพื่อใช้งานโปรแกรม PREZI ดังนี้

1. เข้าสู่เว็บไซต์ <http://prezi.com>
2. คลิกปุ่ม Sign up now
3. คลิกเลือก Student & Teacher โดยใช้ E-mail ของมหาวิทยาลัย เพื่อจะได้พื้นที่การทำงานเพิ่มขึ้นจาก 100 MB เป็น 500 MB
4. เลือก Edu Enjoy แล้วคลิกปุ่ม Start Now
5. ระบุ E-mail สำหรับการติดต่อ จากนั้นคลิกปุ่ม Continue จะปรากฏหน้าจอตอบรับการลงทะเบียน และให้ท่านยืนยันการลงทะเบียนด้วย E-mail ที่ระบุไว้
6. ให้เข้าไปที่ E-mail ตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 5 แล้ว Copy URL มาวางในช่อง Address Bar ของ Web Browser ที่ใช้งานเพื่อเข้าไปลงทะเบียนในระบบอีกครั้งหนึ่งซึ่งจะปรากฏหน้าจอให้ใส่รายละเอียดของผู้สมัคร รวมทั้งให้กำหนด Password เอง จากนั้นคลิกปุ่ม Register and Continue

เพียงเท่านี้ ผู้ใช้งานก็จะสามารถใช้โปรแกรม PREZI ในการสร้างสรรค์ผลงานของตนเองได้แล้ว สำหรับวิธีการทำงานนั้น วิทยากรได้แนะนำวิธีการและนำเสนอตัวอย่างคร่าวๆ ซึ่งผู้ใช้งานสามารถศึกษาและทดลองทำได้ด้วยตนเองทำกิจกรรมในวันนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการการนำเสนอที่มีประสิทธิภาพด้วยโปรแกรม PREZI และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง





การใช้งานระบบ MUMIS & MUGSS มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 3/2555 ในหัวข้อ “การใช้งานระบบ MUMIS & MUGSS มหาวิทยาลัยมหิดล” ในวันพุธที่ 1 สิงหาคม 2555 เวลา 9.00-11.00 น. ณ ห้องเพชรรัตน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ และ นางนภัสสร ลาภณรงค์ชัย หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยงมาเป็นวิทยากร

➤ จาก MUFIS สู่ MUMIS & MUGSS

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้กล่าวถึงเรื่องการเปลี่ยนแปลงการบันทึกข้อมูลเพื่อการประกันคุณภาพ จากเดิมที่ให้แต่ละส่วนงานต้องบันทึกข้อมูลลงในระบบ MUFIS ซึ่งที่ผ่านพบว่าการใช้งานระบบดังกล่าวประสบปัญหาค่อนข้างมาก ดังนั้นมหาวิทยาลัยมหิดลจึงได้พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร มหาวิทยาลัยมหิดล (MUMIS - MU Management Information System) และระบบสารสนเทศเพื่องานบริการทั่วไป (MUGSS - MU General Service System) มาทดแทนการทำงานของระบบ MUFIS ซึ่งผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงได้ทาง <http://mumis.mahidol>

➤ วัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบ MUMIS & MUGSS

1. เพื่อพัฒนาต่อยอดระบบสารสนเทศคณะ (MUFIS) เดิมให้เป็นระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารทั่วไป (MUGSS) สามารถรองรับการปฏิบัติงานและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของมหาวิทยาลัย ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพและระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร มหาวิทยาลัยมหิดล (MUMIS) สามารถรองรับการใช้ข้อมูลเพื่อช่วยในการบริหารและการตัดสินใจได้
2. เพื่อให้ผู้บริหารสามารถเข้าถึงสารสนเทศได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และนำสารสนเทศไปใช้ในการวางแผน และกำหนดนโยบายของผู้บริหาร
3. เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการนำเข้าข้อมูลหรือการถ่ายโอนข้อมูลระหว่างระบบงาน ซึ่งทำให้เสียเวลาในการเตรียมข้อมูลและมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้
4. เพื่อนำข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่ในระบบต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยมหิดล มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

➤ โมดูลภายในระบบสารสนเทศเพื่องานบริการทั่วไป (MUGSS)

ระบบสารสนเทศเพื่องานบริการทั่วไป (MUGSS) ประกอบด้วยโมดูลต่างๆ ดังนี้

1. ส่วนงาน (โครงสร้างองค์กร)
2. ข้อมูลบุคลากร

3. ข้อมูลหลักสูตร
4. ข้อมูลนักศึกษา
5. วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา
6. โครงการวิจัย/นำเสนอ/ตีพิมพ์
 - โครงการวิจัย
 - ตีพิมพ์บทความวิจัย(ไม่มีโครงการวิจัยรองรับ)
 - การได้รับการอ้างอิง
 - จดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา
7. นวัตกรรมและผลงานอื่นๆ
8. การพัฒนาบุคลากร
9. ให้บริการวิชาการ
10. คำสั่งแต่งตั้ง/กรรมการ
11. กิจกรรมในรอบปี
12. แผนงาน/โครงการ
13. ประกันคุณภาพการศึกษา
14. ระบบอนุมัติ (ข้อมูล)

โดยที่ MUGSS (MU General Service System) มีสิทธิในการใช้งานระบบ 3 ประเภท คือ

1. สิทธิเจ้าหน้าที่ส่วนงาน
2. สิทธิผู้ดูแลระบบส่วนงาน
3. สิทธิผู้ประกันคุณภาพ

➤ **โครงสร้างระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารมหาวิทยาลัยมหิดล(MUMIS)**

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารมหาวิทยาลัยมหิดล (MUMIS) ประกอบด้วยโครงสร้างต่างๆ ดังนี้

1. หน่วยงาน
2. บุคลากร
3. การเรียนการสอน
4. การพัฒนาบุคลากร
5. ผลงาน
6. กิจกรรมในรอบปี
7. รายงานประจำปี
8. แผนงาน โครงการ



9. ตัวบ่งชี้ ตัวชี้วัด

โดยที่ MUMIS (MU Management Information System) มีสิทธิในการเข้าใช้งานระบบ 3 ประเภท คือ

1. สิทธิส่วนบุคคล
2. สิทธิผู้บริหารส่วนงาน
3. สิทธิผู้บริหารมหาวิทยาลัย

ระบบ MUMIS (MU Management Information System) นี้ สามารถใช้ดูข้อมูลรายงานประวัติการเปลี่ยนแปลงข้อมูลในส่วนงาน และดูรายงานสถิติต่างๆ แยกตามสิทธิ โดยผู้บริหารส่วนงานจะดูได้เพียงส่วนงานตนเอง และผู้บริหารมหาวิทยาลัยจะดูได้ทุกส่วนงาน

➤ การใช้งานข้อมูลตัวบ่งชี้และตัวชี้วัด

การบันทึกข้อมูลตัวบ่งชี้และตัวชี้วัด จะคล้ายกับการบันทึกลงในระบบ MUMIS เดิมที่ต้องมีการกรอกข้อมูลพื้นฐานตามตัวชี้วัดต่างๆ เช่น ตัวชี้วัดของ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ตัวชี้วัดของ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ฯลฯ รวมทั้งการแนบไฟล์ข้อมูลเพื่อการตรวจสอบข้อมูลประกันคุณภาพ

➤ เน้นย้ำการเตรียมความพร้อมสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย และนางนภัสสร ลาภณรงค์ชัย ได้แจ้งผ่านกิจกรรมในครั้งนี้น่า ส่วนงานต้องจัดทำข้อมูลใน KPI เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจจาก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ในวันที่ 20-22 สิงหาคม 2555 โดยจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบฯ การกรอกข้อมูลพื้นฐานของตัวบ่งชี้ พร้อมแนบไฟล์ในระบบ ให้เสร็จภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2555 ส่วนการบันทึกข้อมูลในปีงบประมาณต่อไป ให้เริ่มบันทึกข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2555 โดยให้เริ่มทยอยบันทึกในระบบใหม่ได้เลย



วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการในงานที่ปฏิบัติ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน ครั้งที่ 4/2555 ในหัวข้อ “วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการในงานที่ปฏิบัติ” ในวันอังคารที่ 21 สิงหาคม 2555 เวลา 14.00-16.00 น. ณ ห้อง 601 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ มาเป็นวิทยากร

➤ ขวนคิดชวนคุย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสอบถามวิธีการประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน เช่น การประเมินความพึงพอใจ การประเมินการให้บริการฯ ว่าแต่ละหน่วยงานมีวิธีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร ซึ่งคำตอบที่ได้รับมีหลากหลาย ดังนี้

1. เก็บข้อมูลเป็นแบบ Likert Scale ตั้งแต่ 3-5 ระดับ
2. วิเคราะห์ข้อมูลมีทั้งแบบ ความถี่-ร้อยละ และค่าเฉลี่ย-ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่ค่อยได้ใช้สถิติขั้นสูง
3. บางหน่วยงานนอกเหนือจากการประเมินในราย Item แล้ว จะมีข้อความที่แยกถามต่างหากว่า “โดยภาพรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับใด” ซึ่งการประเมินในภาพรวมนี้ ไม่ได้คำนวณจากการรวม Item ทั้งหมดเข้าด้วยกันแล้วหารด้วยจำนวน Item ทั้งหมด ซึ่งบางครั้งพบว่าข้อมูลมีการขัดแย้งกันเอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย กล่าวเพิ่มเติมว่าการเก็บข้อมูลของแต่ละหน่วยงานนั้น ถ้าเป็นไปได้ อยากให้เก็บข้อมูลในลักษณะเดียวกัน คือ เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ และในการวิเคราะห์ข้อมูลขอให้วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพราะสามารถใช้ในการตอบข้อมูลการประกันคุณภาพได้ อีกทั้งยังสามารถใช้ในการเปรียบเทียบเพื่อหาแนวโน้มของข้อมูลได้ ซึ่งในประเด็นดังกล่าว นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ได้กล่าวเสริมว่า ถ้าไม่เป็นการเพิ่มภาระงานมากเกินไป อยากให้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งแบบความถี่-ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย-ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากในบางครั้งต้องการใช้ข้อมูลแบบความถี่ร้อยละ และในบางครั้งต้องการใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ย-ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าควรวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 2 แบบ ซึ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้นำเสนอตัวอย่างวิธีการเขียนตารางการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1.	จำนวน ... ร้อยละ ...	จำนวน ... ร้อยละ...	จำนวน ... ร้อยละ...	จำนวน ... ร้อยละ ...	จำนวน ... ร้อยละ...
2.	จำนวน ... ร้อยละ ...	จำนวน ... ร้อยละ...	จำนวน ... ร้อยละ...	จำนวน ... ร้อยละ ...	จำนวน ... ร้อยละ...



➤ โปรแกรม SPSS คืออะไร

โปรแกรม SPSS เป็นโปรแกรมของคอมพิวเตอร์ที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อช่วยนักวิจัยในเรื่องการเก็บข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล การจะนำโปรแกรมนี้มาใช้กับงานศึกษาวิจัย ผู้ใช้ควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเป็นอย่างดี และจะต้องเลือกเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่เหมาะสมมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

➤ การกำหนดตัวแปรและรหัสข้อมูลจากคำถามในแบบสอบถาม

ผู้ใช้งานจะต้องทำการกำหนดตัวแปรและรหัสข้อมูลจากคำถามในแบบสอบถามที่ใช้ โดยมีตัวอย่างของคำถามในแบบสอบถามดังนี้

1. คำถามปลายปิดที่มีคำตอบให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงสองคำตอบ (Dichotomous Question)

เช่น เพศ เพศชาย = 1

เพศหญิง = 2

กรณีนี้ ต้องสร้างตัวแปร 1 ตัวแปร

2. คำถามปลายปิดที่มีคำตอบให้เลือกตอบหลายคำตอบ (Multiple Choice Questions)

เช่น ช่วงเวลาที่ท่านชอบเรียนมากที่สุดคือช่วงใด

8.00 – 10.00 น. = 1

10.00 – 12.00 น. = 2

13.00 – 15.00 น. = 3

15.00 – 17.00 น. = 4

กรณีนี้ ต้องสร้างตัวแปร 1 ตัวแปร

3. คำถามปลายปิดที่สามารถเลือกคำตอบได้หลายคำตอบ (Checklist Question)

เช่น ปกติท่านใช้เวลาว่างทำอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ไปเที่ยวตามสถานเริงรมย์

ทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

ช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน

อื่นๆ โปรดระบุ

กรณีนี้ ต้องสร้างตัวแปร 4 ตัวแปร และการบันทึกข้อมูลต้องปฏิบัติ ดังนี้

ถ้าผู้ตอบเลือก = 1

ถ้าผู้ตอบไม่เลือก = 0

4. คำถามปลายเปิดที่คำตอบเป็นตัวเลข

เช่น อายุ....35.....ปี

กรณีนี้ ต้องสร้างตัวแปร 1 ตัวแปร

5. คำถามที่แสดงระดับความมากน้อย (Scale Question)

เช่น การสรุปทเรียนทุกครั้งทำให้ท่านเข้าใจเนื้อหามากขึ้น

ความคิดเห็น	รหัส
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

กรณีนี้ ต้องสร้างตัวแปร 1 ตัวแปร

6. คำถามบางคำถามอาจรวมเป็นคำถามเดียวกันได้ หรือทำให้เป็นตัวแปรเดียวกันได้

เช่น ท่านเคยขาดเรียนหรือไม่

ไม่เคย

ขาดเรียนทั้งหมด ครั้ง

กรณีนี้ สร้างตัวแปรได้ทั้งแบบ 1 ตัวแปร และ 2 ตัวแปร

7. คำถามที่ไม่ได้รับคำตอบ (Missing Data)

7.1 User Missing เช่น กรณีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ตอบข้อมูลในข้อนั้นๆ หรือคำถามนั้นๆ ไม่ต้องตอบให้ใส่ missing เป็น 9, 99, 999, 9999 ฯลฯ แล้วแต่กรณี

7.2 System Missing (.) เช่นกรณีที่ข้อมูลไม่ครบและผู้วิจัยไม่ได้ลงรหัสไว้

การสร้างตัวแปรในโปรแกรม SPSS

ผู้ใช้งานจะต้องทำการสร้างตัวแปรที่จะใช้บันทึกค่าของข้อมูลลงในโปรแกรม SPSS ก่อน จึงจะสามารถบันทึกข้อมูลได้

File ⇨ New ⇨ Data

คำสั่งพื้นฐานที่ใช้งานบ่อยๆ

1. คำสั่ง Compute

คำสั่งนี้ใช้สำหรับสร้างตัวแปรเป้าหมาย (Target Variable) ขึ้นมาใหม่ หรืออาจจะสร้างแทนที่ตัวเดิมก็ได้ โดยที่ตัวแปรเป้าหมายเป็นฟังก์ชันของตัวแปรเดิม

Transform ⇨ Compute Variable

สูตรการคำนวณด้วย SUM =SUM(numexpr,numexpr,...)

สูตรการคำนวณด้วย MEAN = MEAN(numexpr,numexpr,...)



2. คำสั่ง Frequencies

เป็นคำสั่งที่ใช้พรรณนาข้อมูลเชิงคุณภาพที่ละตัวแปร หรือข้อมูลที่มาจากระบบประชากรเพียงกลุ่มเดียว และผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้คำสั่งนี้จะนำเสนอในรูปแบบของตารางสถิติและตารางแจกแจงความถี่

Analyze ⇨ Descriptive Statistics ⇨ Frequencies

3. คำสั่ง Descriptives

เป็นคำสั่งที่ใช้พรรณนาข้อมูลเชิงปริมาณที่มาจากประชากรเพียงกลุ่มเดียว โดยที่ตัวแปรนั้นมีระดับการวัดเป็นแบบช่วงหรือแบบอัตราส่วน และผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้คำสั่งนี้จะนำเสนอเฉพาะค่าสถิติเชิงพรรณนาเท่านั้น โดยจะไม่แสดงตารางแจกแจงความถี่ไว้ในผลลัพธ์

Analyze ⇨ Descriptive Statistics ⇨ Descriptives

เพียงเท่านั้น ผู้ใช้งานก็จะสามารถใช้โปรแกรม SPSSเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานของตนเองได้แล้ว





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 1
การประเมินผลกิจกรรม (AAR) เรื่องเล่าเร้าพลัง: การจัดการความรู้ในงานประจำ

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ ผู้

ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2555 เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 8 ธันวาคม 2554 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 6 (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการประเมินผลกิจกรรม (AAR) เรื่องเล่าเร้าพลัง: การจัดการความรู้ในงานประจำ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 24 พฤศจิกายน 2554 เวลา 09.00-11.00 น. ณ ห้องประชุม 1110 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

➤ **ชวนคุย ชวนคิด**

ก่อนเริ่มกระบวนการ AAR ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชเจริญชัย ได้แจ้งให้ทราบว่ามีคำถามที่เกิดขึ้นภายหลังกิจกรรมฯ ซึ่งได้ตอบคำถามดังกล่าวผ่านทางรายการSTV แล้ว โดยมีสาระของคำถามคำตอบ ดังนี้

1. จะเริ่มต้นจัดการความรู้ในงานประจำได้อย่างไร?

ตอบ ในเบื้องต้นคณะกรรมการ KM จะเข้าไปให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือ แล้วหลังจากนั้นก็ให้แต่ละงานได้ลองปฏิบัติด้วยตนเอง หากมีปัญหาใดก็สามารถขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการ KM ได้

2. องค์ความรู้ชิ้นไหนที่จะสามารถนำมาแลกเปลี่ยนกันได้?

ตอบ เราสามารถแลกเปลี่ยนความรู้ได้ทุกเรื่อง เพียงแค่เราเห็นความรู้นั้นจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรและองค์กรของเรา ก็สามารถแลกเปลี่ยนกันได้เลย แต่จะแลกเปลี่ยนผ่านช่องทางไหน และวิธีการอย่างไรนั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง

3. สามารถนำประสบการณ์การจัดการความรู้ที่ได้รับ มาปรับใช้กับคณะของเราได้อย่างไร?

ตอบ สามารถนำมาปรับใช้กับบริบทของคณะได้อย่างแน่นอน เพียงแต่ว่าการปรับใช้อย่างไรนั้น เป็นเรื่องต่อบุคลากรในหน่วยงานต้องมาคุยกัน เพราะแต่ละหน่วยงานย่อมมีบริบทของการทำ KM ที่แตกต่างกันไป

➤ **AAR: ลองคิด ลองลงมือทำ**

สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชเจริญชัย ได้เริ่มต้นกระบวนการ AAR ภายใต้กรอบคำถาม ดังต่อไปนี้

➤ **คาดหวังว่าจะเกิดอะไรขึ้น ?**

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:

1. บุคลากรกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน



2. บุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพราะเป็นการปูพื้นฐานความรู้ด้านการจัดการความรู้ในงานประจำ

บุคลากร/หน่วยงาน:

1. บุคลากรมีความสุข และรู้สึกดีกับการนำการจัดการความรู้มาใช้ในงานประจำ โดยไม่คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน
2. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและส่งเสริมการนำการจัดการความรู้มาใช้ในงานประจำ

วิทยากร :

1. กิจกรรมในครั้งนี้จะได้รับประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการนำการจัดการความรู้มาใช้ในการทำงานประจำ

➤ อะไรเกิดขึ้นจริง ?

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม:

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนยังไม่เข้าใจวิธีการนำการจัดการความรู้มาปรับใช้ในงานประจำของตนเอง
2. กลุ่มเป้าหมายไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนน้อย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมในครั้งนี้มีจำนวน 91 คน แต่ผู้เข้าร่วมจริงมีจำนวน 55 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 60.44
3. กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ จำนวน 31 คน จากทั้งหมด 42 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 73.81
4. มีการจัดกิจกรรมทับซ้อนกับกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรงานบริการการศึกษา ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
5. รูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นลักษณะการนั่งแบบห้องเรียน ทำให้มีลักษณะเป็นทางการมากเกินไปไม่เหมาะต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำให้ความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลง

การประเมินผล:

1. การทำแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (BAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการส่งแบบประเมินทาง E-mail ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 4 คน
2. การทำแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม (AAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการแจกแบบประเมิน ในระหว่างการลงทะเบียนเข้าร่วม กิจกรรม ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 32 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 55 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18
3. จากผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 53.1 ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.1 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.8 ตามลำดับ

➤ ได้เรียนรู้อะไร ?

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มองเห็นตัวอย่างประสบการณ์การนำการจัดการความรู้มาใช้ในงานประจำ รวมถึงวิธีการ/เครื่องมือการจัดการความรู้ต่างๆ เพื่อเป็นตัวอย่างให้สามารถนำมาปรับ/ประยุกต์ใช้กับงานของตนเองได้

➤ **จะทำอะไรต่อไปในอนาคต จึงจะดำรงจุดแข็งและปรับจุดอ่อนได้**

1. นำกิจกรรมในครั้งนี้มาถ่ายทอดให้แก่ผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ผ่านทางรายการNSTV ในรูปแบบของไฟล์วิดีโอ
2. จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator เพื่อสร้างคุณอำนวย ในการประสานให้เกิดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในงานต่างๆ ขึ้น เพื่อให้เกิดการนำการจัดการความรู้มาใช้ในการทำงานประจำอย่างจริงจัง
3. จัดกิจกรรมในรูปแบบการนั่งแบบล้อมวงเพื่อเน้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้อย่างอิสระและสนุกสนาน และเพื่อดึงดูดความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น
4. มีการชี้แจงและทำความเข้าใจกับบุคลากรกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับเนื้อหาและรูปแบบของกิจกรรม รวมทั้งประเด็นที่ทางผู้จัดฯ ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายได้รับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับผลการประเมินจากกิจกรรมเรื่องเล่าเร้าพลัง การจัดการความรู้ในงานประจำ เพื่อให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การแก้ไข/ปรับปรุง และพัฒนาต่อไป





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 2 การประเมินผลกิจกรรม (AAR) อบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 1

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ ผู้

ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 2 เมื่อวันอังคารที่ 20 ธันวาคม 2554 เวลา 14.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมใน ครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการประเมินผลกิจกรรม (AAR) อบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 1 ที่จัดอบรมไป เมื่อวันที่ 17-18 ธันวาคม 2554 ณ โรงแรม ฮิลล์ไซด์ คันทรี่โฮม กอล์ฟ รีสอร์ท จังหวัดปราจีนบุรี โดยเชิญนางอริยา ธัญญพิช เลขานุการคณะฯ และนางสาวสิริลักษณ์ หยงอนุกุล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย

➤ ขวนควย ขวนคิต

ก่อนเริ่มกระบวนการ AAR ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้แจ้งให้ทราบว่ามีคำถาม ที่เกิดขึ้นภายหลังกิจกรรม ดังนี้

1. คณะฯ จะมีกิจกรรมหรือแนวทางอะไรต่อจากนี้เพื่อต่อยอด?

ตอบ โครงการการจัดการความรู้ ในปีงบประมาณ 2555 จะมีกิจกรรมการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของสำนักงาน ที่จะดำเนินการเพื่อต่อยอดจากกิจกรรมในครั้งนี้ โดยคณะกรรมการฯ จะเป็นผู้ประสานงานให้เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรสายสนับสนุนในแต่ละงาน จำนวน 2 เดือน/ครั้ง โดยมีกลุ่มเป้าหมายนำร่องจำนวน 6 งาน

2. จะมีรุ่น 2 หรือไม่ อยากให้ได้มาอบรมทุกคน?

ตอบ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และมีทักษะในการเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้กับหน่วยงานของตนเองในการดำเนินกิจกรรมด้านการจัดการความรู้ ซึ่งมีความต้องการบุคลากรเพียงบางส่วนที่จะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในกิจกรรม จึงไม่จำเป็นต้องให้บุคลากรทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม

AAR: ลองคิด ลองลงมือทำ

สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้เริ่มต้นกระบวนการ AAR ภายใต้กรอบคำถาม ดังต่อไปนี้

➤ อะไรเกิดขึ้นจริง ?

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม:

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมาขึ้นรถสาย และสถานที่จัดกิจกรรมมีระยะทางที่ไกลเกินไป ทำให้ผู้จัดฯ ไม่สามารถควบคุมเวลาได้ และต้องปรับกำหนดการในการจัดกิจกรรมต่างๆ ใหม่

2. ผู้จัดฯ ยังไม่มีความชัดเจนมากนักในเรื่องการแจ้งกำหนดการต่างๆ แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้จัดฯ ไม่ได้ประสานงานในรายละเอียดกับวิทยากรเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรม จึงทำให้เกิดความล่าช้าและติดขัดบ้าง
4. การทำกิจกรรมในบางกิจกรรมใช้เวลานานเกินไป
5. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนยังไม่มีพื้นฐานความรู้ด้านการจัดการความรู้ ทำให้เกิดปัญหาด้านการรับรู้และความเข้าใจ

การประเมินผล:

1. การทำแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (BAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการส่งใบประเมินไปยังผู้เข้าร่วมกิจกรรมก่อนการจัดกิจกรรม ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 11 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 39 คน คิดเป็นร้อยละ 28.21
2. การทำแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม (AAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการแจกใบประเมินภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 32 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 39 คน คิดเป็นร้อยละ 82.05
3. จากผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.30 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.30 ตามลำดับ

➤ ได้เรียนรู้อะไร?

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการความรู้มากขึ้น รู้ถึงแนวคิด/แนวทาง/กระบวนการ/วิธีการจัดการความรู้ วิธีการถอดบทเรียน และเครื่องมือการจัดการความรู้ต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในงานประจำได้
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เกิดการเรียนรู้ทั้งต่อตัวเอง และเพื่อนร่วมงานมากขึ้น
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้การเป็นผู้ฟังที่ดี
4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบถึงคุณลักษณะคุณอำนวยที่ดีของคณะพยาบาลศาสตร์ ว่าควรมีลักษณะอย่างไร

➤ จะทำอะไรต่อไปในอนาคต จึงจะดำรงจุดแข็งและปรับจุดอ่อนได้

1. ควรมีการชี้แจงและทำความเข้าใจแก่บุคลากรในช่องทางต่างๆ ให้มากขึ้น เกี่ยวกับเนื้อหาและรูปแบบของกิจกรรม รวมทั้งจุดประสงค์ของผู้จัดฯ ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
2. ผู้จัดฯ ควรมีความชัดเจนให้มากขึ้นในการแจ้งกำหนดการต่างๆ แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้จัดฯ ควรเก็บการจดบันทึกต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้บันทึกไว้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ให้เห็นถึงความคิดเห็น/ความเข้าใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการต่างๆ ให้สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากยิ่งขึ้น
4. ผู้จัดฯ ควรดำเนินการประสานกับทางโรงแรมในเรื่องเอกสารทางการเงินต่างๆ ให้แล้วเสร็จก่อนวันเดินทางกลับ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น



5. ผู้จัดฯ ควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านการจัดการความรู้เพิ่มเติม เพื่อเป็นการปูพื้นฐานความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
6. ผู้จัดฯ อาจจัดกิจกรรมสันทนาการ เช่น กิจกรรมคาราโอเกะ เพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร และเพื่อความสนุกสนาน และความรู้สึกผ่อนคลายด้วย
7. ผู้จัดฯ ควรช่วยเดินสำรวจผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่าทำกิจกรรมเสร็จหรือยัง เพื่อจะได้ประสานงานกับวิทยากร ซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการเวลามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับผลการประเมินจากกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 1 เพื่อให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การแก้ไข/ปรับปรุง และพัฒนาในครั้งต่อไป



กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 3

การประเมินผลกิจกรรม หรือ AAR จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 2

นางสาวชนันท์ พรหมโชติ ผู้

ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 3 เมื่อวันศุกร์ที่ 3 กุมภาพันธ์ 2555 เวลา 12.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการประเมินผลกิจกรรม หรือ AAR จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 2 ที่จัดอบรมไป เมื่อวันที่ 28-29 มกราคม 2555 ณ โรงแรม ฮอติเดย์ อินน์ รีสอร์ท รีเจนท์ บีช ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ในการพูดคุยกันในครั้งนี้ ที่ประชุมได้แลกเปลี่ยนกันในหลากหลายมุมมอง โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้เริ่มต้นกระบวนการ AAR ภายใต้กรอบคำถาม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

➤ อะไรเกิดขึ้นจริงในการอบรม KM Facilitator รุ่นที่ 2?

จากการอบรม KM Facilitator รุ่นแรก ทำให้พบปัญหาหลายๆ อย่างในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้จัดอบรมได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยได้พยายามป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ แต่ ยังไม่สามารถควบคุมกิจกรรม/เหตุการณ์/ปัญหาได้ ซึ่งปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ ได้แก่

1. ผู้เข้าร่วมอบรม มีปัญหาเกิดขึ้นดังนี้

1.1 การแจ้งเปลี่ยนแปลงรายชื่อการเข้าร่วมกิจกรรม การแจ้งถอนตัวของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในเวลากระชั้นชิด ทำให้ผู้จัดฯ ต้องแก้ไขเอกสารต่างๆ และต้องติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องใหม่ ทำให้การทำงานมีความซ้ำซ้อนและเสียเวลามาก

1.2 ผู้เข้าร่วมอบรมส่วนหนึ่งยังไม่มีพื้นฐานความรู้ในเรื่องการจัดการความรู้ที่ดีพอ ทำให้เกิดปัญหาด้านการรับรู้และความเข้าใจ จึงทำให้ไม่เข้าใจในสิ่งที่วิทยากรต้องการสื่อถึง

1.3 วินัยของผู้เข้าร่วมอบรม ในเรื่องความรับผิดชอบและความตรงต่อเวลา ในวันเดินทาง ไม่ได้แจ้งล่วงหน้าเกี่ยวกับการขึ้นรถนอกเส้นทาง การมาขึ้นรถสาย รวมถึงการปรับเปลี่ยนแผนการเดินทางใหม่ในเวลากระชั้นชิด ทำให้ผู้จัดอบรมไม่สามารถควบคุมเวลาได้ ต้องปรับกำหนดการในการจัดกิจกรรมต่างๆ ใหม่ และในเช้าวันที่สองของการสัมมนา ผู้เข้าร่วมอบรมมาเข้าร่วมกิจกรรมช้ากว่ากำหนดการถึง 30 นาที ทำให้วิทยากรต้องรอนาน

2. ผู้จัดอบรม พบปัญหาเกิดขึ้น ดังนี้

2.1 ไม่ได้สำรวจโรงแรมก่อนการจัดกิจกรรม ทำให้เกิดปัญหาเรื่องห้องพักที่ไม่ถูกใจผู้เข้าร่วมอบรม และห้องน้ำบริเวณห้องประชุมที่มีไม่เพียงพอสำหรับผู้เข้าร่วมอบรมที่มีจำนวนมาก



2.2 การจัดโต๊ะรับประทานอาหาร เนื่องจากจำนวนผู้เข้าร่วมอบรมไม่ถึงเกณฑ์ที่ทางโรงแรมกำหนดไว้ ทำให้ต้องรับประทานอาหารแบบจัดเป็นโต๊ะๆ ละ 9 คน แทนการรับประทานอาหารแบบบุฟเฟต์ ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกในการรับประทานอาหาร รวมทั้งรสชาติอาหาร-อาหารว่างไม่ค่อยถูกปาก

2.3 เกิดกิจกรรมใหม่ๆ ที่นอกเหนือจากกำหนดการ จึงทำให้การเตรียมความพร้อมของผู้จัดฯ ยังทำได้ไม่ตึงเครียด เช่น การทัศนศึกษาออกสถานที่ เป็นต้น

➤ การประเมินผล

จากการประเมินผลของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า

1. การทำแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (BAR) และการถอดบทเรียน Key Success Factor ใช้วิธีการประเมินโดยการส่งใบประเมินไปยังผู้เข้าร่วมกิจกรรมก่อนการจัดกิจกรรม พบว่า มีผู้ตอบแบบประเมิน BAR กลับมาจำนวน 13 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 34 คน คิดเป็นร้อยละ 38.24 และมีผู้ตอบข้อมูลการถอดบทเรียน Key Success Factor จำนวน 4 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 34 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 ผลการประเมิน BAR พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีการใช้เครื่องมือในการจัดการความรู้ค่อนข้างน้อย และบางคนยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้ไม่มากพอ

2. การทำแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม (AAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการแจกใบประเมินภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 30 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 34 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 ผลการประเมิน AAR พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีความเข้าใจเรื่องการจัดการความรู้มากขึ้น เข้าใจใน บทบาทของ Facilitator และมองเห็นภาพของการทำ KM ชัดเจนขึ้น สิ่งที่ผู้เข้าร่วมอบรมอยากให้มีผู้จัดอบรมปฏิบัติในกิจกรรมครั้งต่อไปคือ การนำประสบการณ์จริงของการทำ KM มาเล่าสู่กันฟัง การเชื่อมโยงการทำ KM กับกลุ่ม CoP เพื่อให้เกิดกลุ่ม CoP ขึ้นในภาควิชา/คณะฯ รวมทั้งการทบทวนความรู้เรื่อง KM สำหรับคนที่ไม่เคยรู้

➤ ได้เรียนรู้อะไร ? และจะทำอะไร? ต่อไปในอนาคต

จากการอบรมในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรม และผู้จัดอบรม ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการความรู้มากขึ้น
2. เกิดการเรียนรู้ทั้งต่อตัวเอง และเพื่อนร่วมงานมากขึ้น
3. ได้ทราบถึงคุณลักษณะคุณอำนวยที่ดีของคณะพยาบาลศาสตร์คือ สร้างความไว้วางใจ (Trust) ใส่ใจซึ่งกัน

และกัน และยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล

4. ได้เรียนรู้บทบาทของคุณอำนวยที่ดี

ผู้จัดอบรม ได้วางแผนการทำงานในครั้งต่อไป เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด ดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์กำหนดการเดินทาง กำหนดการจัดกิจกรรม และคู่มือ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทราบตรงกัน รวมถึงชี้แจง/ทำความเข้าใจ เกี่ยวกับเนื้อหา รูปแบบของกิจกรรม และจุดประสงค์ของผู้จัดอบรม ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในช่องทางต่างๆ มากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน



2. กำหนดระยะเวลาให้แจ้งเปลี่ยนแปลงรายชื่อการเข้าร่วมกิจกรรม คู่พัก และการเดินทางของผู้เข้าร่วมกิจกรรม/วิทยากรที่แน่นอน เพื่อให้การดำเนินการต่างๆ เป็นไปด้วยความราบรื่น

3. สำรวจโรงแรมก่อนการจัดกิจกรรม รวมถึงการเลือกห้องพัก ห้องรับประทานอาหาร และการจัดโต๊ะรับประทานอาหารให้เหมาะสม

4. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านการจัดการความรู้เพิ่มเติม เพื่อปูพื้นฐานความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับผลการประเมินจากกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 2 เพื่อให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การแก้ไข/ปรับปรุง และพัฒนาในครั้งต่อไป และเป็นข้อสังเกตในการเตรียมการประชุมในรูปแบบของ KM หรือการประชุมอื่นๆ ต่อไป





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 4
เตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร”

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้

ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2555 เวลา 13.00-15.00 น. ณ ห้องประชุม 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม เรื่อง “การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร” โดยเชิญนางสาวอัญชลี เพลินมาลัย และนางเบญจวรรณ คุ่มพงษ์พันธุ์ มาเป็นวิทยากร และนางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร์ เป็นผู้ดำเนินรายการ มีตัวแทนบุคลากรสายสนับสนุนจากแต่ละงานร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพื่อให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเองจึงจัดสถานที่นั่งเป็นวงกลม จำนวน 40 ที่นั่งมีรายละเอียดดังนี้

คำถามที่ใช้ในกิจกรรม:

1. ที่ไปที่มาของการไปอบรมเรื่องการบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร
2. มาตรฐานการจัดเก็บเอกสารที่มีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร
3. ระบบมาตรฐานในการจัดเก็บเอกสารแบ่งเป็นกี่ประเภท
4. ระยะเวลาของการจัดเก็บเอกสารอย่างไรบ้าง
5. กำหนดเวลาการทำลายเอกสารโดยปกติจะต้องทำเมื่อไหร่
6. การทำลายเอกสารมีขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร
7. ถ้ามงานบริหารจัดการ ว่าปกติทางงานบริหารจัดการจะส่งหนังสือมาขอให้ทำลายเอกสารเมื่อใด และหน่วยงานจะต้องปฏิบัติอย่างไร
8. พอเราได้รู้มาตรฐานการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสารแล้ว เราได้อะไรมาประยุกต์กับงานของเราอย่างไร

เอกสารประกอบการจัดกิจกรรม:

การจัดเก็บเอกสาร

- การจัดแยกหมวดหมู่เอกสารตามหัวข้อเรื่อง
- บัญชีคุมรายละเอียดเอกสารภายในแฟ้ม
- ระยะเวลาการเก็บเอกสาร
- ตัวอย่างบัญชีคุมรายละเอียดเรื่องเข้าแฟ้มฯ



การทำลายเอกสาร

- บัญชีทำลายเอกสาร
- ตัวอย่างบัญชีหนังสือขอทำลาย





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 5
ประเมินผลกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม ครั้งที่ 1/2555
เรื่อง “การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร”

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2555 เวลา 15.30-16.00 น. ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมใน ครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการประเมินผลกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม ครั้งที่ 1/2555 เรื่อง การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสาร และการทำลายเอกสาร ซึ่งจัดขึ้นในวันเดียวกันนี้

➤ **AAR: ลองคิด ลองลงมือทำ**

สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย เริ่มต้นกระบวนการ AAR ภายใต้กรอบคำถาม ดังนี้

➤ **คาดหวังว่าจะเกิดอะไรขึ้น ?**

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:

1. บุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวแทนที่มาจากทุกหน่วยงานของคณะพยาบาลศาสตร์
2. บุคลากรอื่นๆ ที่ได้อบรมในเรื่องเดียวกันนี้ (ที่มหาวิทยาลัยบูรพา) เข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์
3. ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสารบรรณโดยตรงเข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์

วิทยากร: บุคลากรที่ไปอบรมเรื่องการบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร ที่มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 2 ท่าน มาแบ่งปันประสบการณ์ให้กับบุคลากรที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมฟัง

➤ **อะไรเกิดขึ้นจริง ?**

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:

1. เป็นตัวแทนที่มาจากหน่วยงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ แต่ก็มีบางหน่วยงานที่ไม่ได้ส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม
2. บุคลากรที่ได้อบรมในเรื่องเดียวกันที่มหาวิทยาลัยบูรพาได้เข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์ทุกคน
3. ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสารบรรณจากงานบริหารจัดการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง เข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม :



1. รูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นลักษณะการนั่งเป็นวงกลม เพื่อไม่ให้เป็นการมากเกินไป และเหมาะต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่พบว่าทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางท่านรู้สึกว่ามีค้อยสะดวกสบายเท่าที่ควร
2. มีผู้ที่ไม่ได้แจ้งรายชื่อล่วงหน้ามาเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนหลายท่าน และก็มีบางท่านที่แจ้งรายชื่อล่วงหน้าแต่ไม่มาเข้าร่วมกิจกรรม

การประเมินผล:

1. การทำแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (BAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการส่งแบบประเมินทาง E-mail ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 6 คน
2. การทำแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม (AAR) ใช้วิธีการประเมินโดยการแจกแบบประเมิน ในระหว่างการลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งมีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 25 คน จากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 33 คน คิดเป็นร้อยละ 75.76
3. จากผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับมาก

➤ **ได้เรียนรู้อะไร ?**

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้หลักการของการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสารที่เป็นระบบและถูกต้อง และสามารถนำมาปรับ/ประยุกต์ใช้กับงานของตนเองได้
2. กิจกรรมในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้เป็นอย่างมาก ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างกว้างขวาง บรรยากาศดีและเป็นกันเอง

➤ **จะทำอะไรต่อไปในอนาคต จึงจะดำรงจุดแข็งและปรับจุดอ่อนได้**

1. ควรจัดกิจกรรมต่อเนื่องในเรื่องของงานสารบรรณ เพราะเป็นเรื่องที่ทุกหน่วยงานต้องทำ และยังมีบางประเด็นที่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทราบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติงานใหม่ เช่น การออกเลขที่หนังสือ วิธีการเขียนหนังสือราชการที่ถูกต้อง ฯลฯ
2. เรื่องเอกสารการเงินเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญ เห็นควรที่จะจัดกิจกรรมในลักษณะเดียวกันนี้ให้กับผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่ทราบด้วย

สำหรับกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับผลการประเมินจากกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม เพื่อให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การแก้ไข/ปรับปรุง และพัฒนาต่อไป





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 6

เตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรม“Share & Learn: คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์ ปี 2555”

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2555 เวลา 11.30-13.00 น. ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรม “Share & Learn: คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์ ปี 2555” โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย ได้นำเสนอผลการAAR ในปี 2554 ที่ผ่านมา สรุปได้ดังนี้

กระบวนการดำเนินงาน:

1. ผู้เกษียณเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 5 ท่าน
2. การจัดเวทีแบบนั่งโซฟา ทำให้บรรยากาศดูสบายๆ ไม่เป็นทางการ
3. รูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นลักษณะเรื่องเล่า (Story Telling) โดยมีพิธีกร 2 คน ตั้งคำถามให้ตอบ
4. มีพิธีมอบของที่ระลึกให้กับผู้เกษียณอายุราชการ (บูเก้ติดเสื้อ, กรอบรูป)

การประเมินผล:

1. มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 42 คน และมีผู้ที่ตอบแบบประเมินจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5
2. ผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64

คำถามที่ใช้ในกิจกรรม:

1. ความในใจที่ทำให้อาจารย์ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาล (ประวัติการเป็นอาจารย์)
2. เคล็ดลับที่อาจารย์ใช้ในการสอนนักศึกษาที่ทำงานไม่เป็นเลยให้มีความรู้จนเป็นพยาบาลได้ (บันไดให้เป็นดาว)
3. แนวทาง/หลักการที่อาจารย์ใช้ในการทำงาน
4. ประสบการณ์การเรียนการสอนตั้งแต่เริ่มสอนกับปัจจุบันมีความเหมือนและแตกต่างกันอย่างไร (ซึ่งมีความแตกต่างทั้งนโยบายของคณะฯ เช่น การประกันคุณภาพฯลฯ หลักสูตร และนักเรียน เป็นต้น)
5. ความประทับใจ/ความภาคภูมิใจที่อยากบอกกับน้องๆ ในการเป็นอาจารย์พยาบาล

สิ่งที่ได้เรียนรู้อะไร:

1. รูปแบบการจัดกิจกรรม เวลาในการจัดกิจกรรม การจัดเวที ชื่องาน และของที่ระลึกมีความเหมาะสมแล้ว จึงยังคงใช้กับกิจกรรมในปีต่อไป
2. ควรสลับลำดับการพูดของผู้เกษียณอายุราชการ แต่ยังคงใช้คำถามเดียวกันหมด
3. ผู้ดำเนินรายการควรมีการทวนคำถามให้กับผู้เกษียณอายุราชการ
4. ผู้ดำเนินรายการมีการแจ้งกำหนดการให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมภายในงานได้รับทราบ (การเล่าประสบการณ์ของผู้เกษียณอายุราชการ การถามคำถามของผู้เข้าร่วมกิจกรรม)
5. ผู้ดำเนินรายการควรควบคุมเวลาในการพูดของผู้เกษียณอายุราชการให้อยู่ในเวลาที่เหมาะสม
6. มีการจัดเตรียมไมโครโฟนให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถามคำถามได้
7. ควรมีการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น (ผู้บริหารและอาจารย์ใหม่) โดยการประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ เพิ่มขึ้น
8. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้กล่าวความรู้สึกต่อผู้เกษียณอายุราชการหลังจากผู้เกษียณอายุราชการพูดจบ
9. มีการเผยแพร่กิจกรรม ในรูปแบบ VDO ทางเว็บไซต์ และ NSTV

สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ ได้มีการปรึกษาหารือกันถึงกิจกรรม “Share & Learn: คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์ ปี 2555 ” ซึ่งจะจัดขึ้นในวันพุธที่ 12 กันยายน 2555 เวลา 13.30-16.00 น. ห้องประชุม 1111 ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการจัดกิจกรรมได้ดังนี้

1. รูปแบบเวที ใช้โซฟา จำนวน 5 ที่นั่ง โดยให้ผู้ดำเนินรายการนั่งแยก
2. ชื่อการจัดงาน ใช้ชื่อว่า “ Share & Learn: คุยเพลินๆ กับครูผู้มากประสบการณ์ ปี 2555 ”
3. ผู้ดำเนินรายการคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์วรรณ พฤษภาเมธานันท์
4. กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้บริหารทุกระดับ คณาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุนคณะพยาบาลศาสตร์
5. ของที่ระลึกคือ รูปภาพของอาจารย์ทั้ง 4 คน ใส่กรอบรูป จำนวน 4 ชิ้น และบูเก๋ดอกกันภัยมหิดล จำนวน 4 ดอก
6. เครื่องดื่ม จัดน้ำชาบรรจุกล่องพร้อมอาหารว่าง

รายชื่อผู้เกษียณที่ตอบรับการเข้าร่วมกิจกรรม

1. รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โปธิศรี
2. รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี
3. รองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไขแก้ว
4. รองศาสตราจารย์สุธีรา ฮุ่นตระกูล



คำถามที่จะใช้ในกิจกรรมคือ

1. ความใส่ใจที่ทำให้อาจารย์ตัดสินใจมาเป็นอาจารย์พยาบาล (ประวัติการเป็นอาจารย์)
2. เคล็ดลับที่อาจารย์ใช้ในการสอนนักศึกษาที่ทำงานไม่เป็นเลยให้มีความรู้จนเป็นพยาบาลได้ (ปั้นดินให้เป็นดาว) โดยให้เรียงลำดับการตอบคำถามดังนี้
 - รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี (การสอนในระดับ พย.บ. ชั้นปี 2)
 - รองศาสตราจารย์สุคนธ์ ไขแก้ว (การสอนในระดับ พย.บ. ชั้นปี 3)
 - รองศาสตราจารย์สุธีรา ฮุ่นตระกูล (การสอนในระดับ พย.บ. ชั้นปี 4)
 - รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี (การสอนในระดับบัณฑิตศึกษา)
3. แนวทาง/หลักการที่อาจารย์ใช้ในการทำงาน
4. ความประทับใจ/ความภาคภูมิใจที่อยากบอกกับน้องๆ ในการเป็นอาจารย์พยาบาล





กิจกรรมกลุ่ม KM Facilitator สายสนับสนุนวิชาการ ครั้งที่ 1

นางสาวชวณันท์ พรหมโชติ ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดประชุมกลุ่ม Facilitator สายสนับสนุนวิชาการ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2555 เวลา 11.00-13.00 น. ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อวางแผนการดำเนินงานในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 1 เมื่อวันที่ 17-18 ธันวาคม 2554 ณ โรงแรม ฮิลล์ไซด์ คันทรีโฮม กอล์ฟ รีสอร์ท จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้สอบถามผู้เข้าร่วมประชุม ภายหลังจากเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator รุ่นที่ 1 ว่าได้ดำเนินการหรือวางแผนที่จะดำเนินการในเรื่องอะไรต่อไป ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ยังไม่ได้ดำเนินการอะไรต่อ แต่ได้มีการถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับให้กับบุคลากรในงานของตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับจากการอบรม รวมทั้งได้ถอดบทเรียนสิ่งที่ได้เรียนรู้ออกมา และส่งให้กับคณะกรรมการฯ แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมวางแผนการดำเนินงานในงานของตนเอง

นายสิริชัย เสือส่อสิทธิ์ กล่าวว่า อยากให้มีการต่อยอดกิจกรรม R2R ซึ่งหลังจากกลับมาแล้ว ได้มีความคิดที่จะทำ Guideline หรือคู่มือการทำงานด้านงานช่างประเภทต่างๆ เช่น ช่างไม้ ฯลฯ เนื่องจากหากมีบุคลากรใหม่ที่อยู่ในสาขาอื่นๆ เข้ามาทำงานก็จะสามารถทำงานต่อไปได้ โดยใช้คู่มือการปฏิบัติงานนี้ และคิดว่าควรสร้างบรรยากาศในการพูดคุยให้มากขึ้น เช่น การจัด Morning Talk เป็นต้น

นางกอบกุล เลหาติดกุล กล่าวว่า อยากทำกลุ่ม CoP ในหลายๆ กลุ่มที่มีความเฉพาะ เช่น กลุ่มการสื่อสาร กลุ่มงานสารบรรณ เป็นต้น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า คณะกรรมการฯ อาจจะผลักดันให้เกิดกลุ่ม CoP ในสายสนับสนุนวิชาการ ซึ่งการประชุมในวันนี้ ก็เพื่อให้ทุกคนได้ร่วมกันคิดว่าจะทำอะไรต่อไปภายหลังจากเข้ารับการอบรมฯ และคิดว่าบางคนยังมองไม่ออกว่าเราจะทำอะไรต่อไป เพราะจากผลการประเมิน AAR พบว่าบางคนยังมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับ KM ไม่แน่นพอ ดังนั้น จึงขอมอบหนังสือ การจัดการความรู้ ฉบับ KM Inside ให้กับผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ต่อไป พร้อมทั้งชี้แจงถึงแผนการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ ในปีงบประมาณ 2555 ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม คณะกรรมการฯ ได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร โดยได้จัดการอบรม/ให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความรู้ให้กับบุคลากรของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเป็นการปูพื้นฐานความรู้ โดยในปีงบประมาณ 2553 ได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ถอดบทเรียน: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ” ให้กับบุคลากรทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ และในปีงบประมาณ 2554 ได้จัดการอบรมให้กับบุคลากรสาย สนับสนุน



วิชาการโดยเฉพาะ จำนวน 2 กิจกรรม คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่าเร้าพลัง : การจัดการความรู้ในงานประจำ” และการอบรมเชิงปฏิบัติการ“KM Facilitator: คุณอำนวยแห่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. การกำหนดประเด็นการทำKM โดยให้แต่ละงานกำหนดประเด็นที่ต้องการทำKM ซึ่งในประเด็นนี้จะได้ร่วมแลกเปลี่ยนกันในการประชุมครั้งนี้

3. การตั้งทีม KM โดยให้แต่ละงานกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมถึงการตั้งกฎ กติกาของทีม ซึ่งจะดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม 2555

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้แต่ละงานจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 1 ครั้ง/เดือน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นปัญหา/ประเด็นที่ต้องการพัฒนา เพื่อให้ได้ผลงานออกมอย่างน้อย 1 เรื่อง ซึ่งจะดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2555

5. การนำความรู้ไปทดลองใช้ โดยให้แต่ละงานนำผลงานของตนเองไปทดลองปฏิบัติจริง ซึ่งจะดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2555

6. สรุปและประเมินผล โดยให้แต่ละงานสรุปและประเมินผลการทำ KM ซึ่งจะดำเนินการในช่วงเดือน สิงหาคม 2555

โดยในขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ จะมีคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ เป็นผู้คอยให้คำปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย กล่าวว่า เนื่องจากมีบุคลากรที่ดำเนินงานด้านการจัดการความรู้น้อย จึงคิดว่าในแต่ละงานควรมี “คุณอำนวย” ในงาน เพื่อให้เกิดกลุ่มCoP ของงานขึ้น ซึ่งอยากให้ผู้บุคลากรในแต่ละงานได้ร่วมกันคิดว่าจะทำอะไรต่อไป โดยให้“KM เนิยมนอยู่ในเรื่องงานประจำ” หรือทำKM ในงานที่ต้องทำประจำอยู่แล้ว และอยากให้นำสิ่งที่ได้คิดนี้กลับไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรในงานของตนเอง จนสุดท้ายขอให้ได้ชิ้นงานออกมา และอยากให้นำชิ้นงานนั้นไปทดลองปฏิบัติ และนำผลมารวมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอีกครั้งว่าได้ผลเป็นอย่างไร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้ยกตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนโครงการ /กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ที่ได้จากการประชุมเรื่องการประกันคุณภาพ ว่าเป็นแบบฟอร์มเกี่ยวกับการพัฒนางานที่น่าสนใจ จึงได้นำมาใช้เป็นตัวอย่างของกิจกรรมการพัฒนางาน โดยได้ยกตัวอย่างการเขียนโครงการเพื่อพัฒนางาน เรื่อง “การใช้แบบประเมินผลกิจกรรม/งาน แบบออนไลน์ ” ซึ่งได้นำกระบวนการ KM เข้ามาใช้ มีการทดลองปฏิบัติจริง และได้ผลดี มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เข้าร่วมประชุมท่านอื่นๆ ด้วย ในโครงการดังกล่าว ได้ใช้ Google Document ในการสร้างเป็นแบบประเมิน Online และ นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ซึ่งเป็นผู้ร่วมโครงการอีกคนหนึ่ง กล่าวว่าจากการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยการนำ Google Document เข้ามาใช้ นั้น ทำให้การทำงานง่ายขึ้น รวดเร็วขึ้น และโปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้งานได้จริงและใช้งานง่ายอีกด้วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัยกล่าวว่า ไม่อยากให้เป็นการทำงานใหม่ เพียงแค่เพิ่มกระบวนการ KM เข้ามาในกระบวนการทำงานเท่านั้น อยากให้ทุกคนได้ทำ เพราะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตนเองและองค์กรด้วย

นางจรินทร์พีย์ อุดมพันธุ์รัก กล่าวว่า งานพัฒนานักศึกษาก็ทำการประเมินออนไลน์ โดยใช้ Google Document เหมือนกัน ซึ่งคิดว่าได้ผลลัพธ์คือการลดขั้นตอนการทำงาน แบบฟอร์มการประเมินมีความสวยงาม ซึ่งทำให้รู้สึกพึงพอใจ

นางสาวศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร ได้เสนอว่าประเด็นที่ต้องการทำ KM อาจจะเป็นปัญหาที่พบเจอมากที่สุดก็ได้ โดยนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในงานว่ามีปัญหาอะไร แล้วช่วยกันคิดว่าจะแก้ไขปัญหายังไง แต่ทั้งนี้ ขอให้คิดถึงความเป็นไปได้ด้วย และอยากให้มีการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบด้วยว่าได้ผลหรือไม่ ซึ่งเรื่องบางเรื่องเพียงแค่ปรับกระบวนการทำงาน ก็สามารถทำให้การทำงานดีขึ้นง่ายขึ้น สะดวกขึ้นได้ เช่น งานการเงิน งานที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา เป็นต้น และเมื่อแต่ละงานได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในแต่ละครั้งแล้ว อยากให้นำสิ่งที่ได้จากการพูดคุยกันนั้น เขียนไว้บน Blog ในเว็บไซต์การจัดการความรู้ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

นายอนุกุล ม่วงโมรี กล่าวว่า ตนเองก็ได้มีการพัฒนางาน โดยได้พัฒนาระบบ NS-PR: เว็บไซต์งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร ขึ้นมา เพื่อรับเรื่องที่ต้องการจะให้ประชาสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้การส่งเรื่องเพื่อประชาสัมพันธ์สะดวก รวดเร็วมากขึ้น ซึ่งเป็นการทำ KM โดยไม่รู้ตัว

นอกจากนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ยังได้เชิญชวนให้ผู้เข้าร่วมประชุมสมัครเป็นสมาชิกของเว็บไซต์การจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้ทุกคนสามารถแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์ ซึ่งกันและกันได้ และเพื่อใช้สำหรับก้นำเสนอความก้าวหน้าจากการประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนางานอีกด้วย สำหรับรายละเอียดและวิธีการสมัครจะแจ้งให้ทราบต่อไป

กิจกรรมทิ้งท้าย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้กล่าวว่าการประชุมในครั้งนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของการทำกลุ่ม CoP ในงานของตนเอง ซึ่งได้ตั้งคำถามให้กับผู้เข้าร่วมประชุมว่า ในการประชุมครั้งนี้ ใครมีบทบาทอะไรคุณ **อัครณสิทธิ์/คุณกิจ** โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ช่วยกันตอบ เพื่อให้ทุกคนมองเห็นตัวอย่างที่ชัดเจน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละงาน

สำหรับกิจกรรมในวันนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับงานที่ต้องการพัฒนา โดยการนำกระบวนการ KM เข้ามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งตนเอง และผู้อื่นต่อไป





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator สายสนับสนุนวิชาการ ครั้งที่ 2

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator สายสนับสนุนวิชาการ เมื่อวันศุกร์ที่ 20 มกราคม 2555 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้องประชุม 1002-3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มสายสนับสนุนวิชาการที่ได้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ “KM Facilitator: คุณอำนวยแห่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รุ่นที่ 11” โรงแรม ฮิลล์ไซด์ คันทรีโฮม กอล์ฟ รีสอร์ท จังหวัดปราจีนบุรี เมื่อวันที่ 17-18 ธันวาคม 2554 ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ได้รับเกียรติจากรองศาสตราจารย์ นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งติดตามผลการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการดำเนินงานของแต่ละงาน

ก่อนเริ่มเข้าสู่บรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิทยากรได้บรรยายเรื่อง **มาตรฐานการศึกษาของชาติ** ซึ่งประกอบด้วย 3 มาตรฐาน คือ

มาตรฐานที่ 1 คุณลักษณะของคนไทยที่พึงประสงค์ ทั้งในฐานะพลเมืองและพลโลก

มาตรฐานที่ 2 แนวการจัดการศึกษา

มาตรฐานที่ 3 แนวการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้/สังคมแห่งความรู้

โดยวิทยากรได้นั้นมาตรฐานที่ 3 ที่ว่า การเรียนรู้ความรู้ นวัตกรรม สื่อ และเทคโนโลยีเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาสู่สังคมแห่งความรู้ การส่งเสริมและสร้างกลไกเพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสและทางเลือกที่จะเข้าถึง **ปัญญา** เรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย โดยการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคม จะนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพและขีดความสามารถของคนไทยในการพัฒนาประเทศ รวมถึงการเพิ่มศักยภาพการแข่งขันของประเทศ ซึ่งวิทยากรได้กล่าวว่า การจัดการความรู้ไม่ได้เป็นการทำเพราะถูกสั่งการแต่เป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพ และมาตรฐานการศึกษาของชาติ จะต้องมีการแสวงหา การสร้าง และการใช้ประโยชน์ ทั้งในส่วนภูมิภาคท้องถิ่นและประเทศ เพื่อสร้างสังคมฐานความรู้ และจะต้องมีการบริหารจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักการวิจัยแบบบูรณาการ หลักการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลักการสร้างเครือข่าย และหลักการประสานความร่วมมือ รวมถึงนำไปสู่สังคมแห่งการเรียนรู้และตัวบ่งชี้ที่ 2.6 ระบบและกลไกการจัดการเรียนการสอน ที่กล่าวว่า ควรมีการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาจากการวิจัย หรือจากกระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาการเรียนการสอน **ซึ่งในเรื่องของการวิจัยนี้** ไม่ใช่เฉพาะการวิจัยของอาจารย์ แต่สิ่งสำคัญคือการวิจัยของสถาบัน ในงานของแต่ละงาน และเมื่อทำวิจัยแล้วเสร็จ ก็จะต้องมีระบบและกลไกสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ในการประชุมวิชาการหรือการตีพิมพ์ในวารสาร แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ที่อ่านจะไม่ค่อยเข้าใจ ดังนั้น จึงต้องมีระบบและกลไกการรวบรวม คัดสรร วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ เพื่อให้เป็นองค์ความรู้ที่คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้ และถ่ายทอดความรู้ นั้น สู่บุคลากรภายในสถาบันและเผยแพร่สู่สาธารณชน นอกจากนี้ ผู้บริหารต้องมีการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริม/พัฒนาผู้ร่วมงานเพื่อให้

สามารถทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ของสถาบันอย่างเต็มศักยภาพและท้ายที่สุดการทำงานจำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน ดังนั้นจึงควรมีการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถาบันและมีกิจกรรมร่วมกัน

กิจกรรม During Action Review (DAR)

วิทยากรได้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบประเมิน DAR ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. หลังจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเป็นคุณอำนวยแห่งคณะพยาบาลศาสตร์ ท่านได้มีการนำ “เครื่องมือ KM” ไปใช้ในงานที่รับผิดชอบของท่านอย่างไรบ้าง

- สรุปการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ KM Facilitator” ประมาณ 1 หน้ากระดาษ และส่งให้เพื่อนร่วมงานใน E-mail ของแต่ละคน พร้อมทั้งส่งให้คณะกรรมการ KM
- การควบคุมอารมณ์ พยายามเป็นผู้ฟังที่ดีต่อผู้ร่วมงาน/ผู้บังคับบัญชา
- เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตัวเองได้มากขึ้น
- ให้มีการแสดงความคิดเห็น และวิธีการปรับปรุงในการทำงาน
- ให้มีการแสดงทัศนคติในงานที่ตนรับผิดชอบอยู่
- ได้ปรับเปลี่ยนแบบประเมินจากกระดาษ A4 ไปทำใน Google Document เปลี่ยนจากเอกสารเป็นลิงค์ เพื่อตอบแบบสอบถามแทน
- พยายามลดขั้นตอนการทำงาน
- จัดหมวดหมู่การทำงาน
- แก้ไขปัญหาต่างๆ ภายในงาน
- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
- ได้นำเครื่องมือ BAR, AAR, Dialogue มาใช้ ในกรณีของการจัดสัมมนาหลักสูตร หรือจัดพิธีการต่างๆ หรือจูงใจ เชิญชวนให้บุคลากรในงานให้มีความตื่นตัวในการทำ KM
- BAR, AAR
- ได้ใช้ AAR มากขึ้น ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อการพัฒนากิจกรรมในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น
- มีการใช้ Dialogue มากขึ้น คือการรับฟังผู้อื่นด้วยความรู้สึกอยากฟังจริงๆ
- นำ BAR, AAR กลับมาใช้ในหน่วยงานก่อน
- ทำหน้าที่เป็นคุณอำนวยเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนในเรื่องที่เกี่ยวกับเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำไปสู่ความยุติธรรมและโปร่งใส
- เตรียมถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ที่ชำนาญให้ผู้ร่วมงาน



- ยังไม่ได้นำมาใช้ เพราะพอกลับมาที่คณะก็ต้องมาทำงานประจำ ยังคงใช้วิธีการทำงานแบบเดิม คือทำตามขั้นตอนที่มหาวิทยาลัยกำหนด ไม่เข้าใจ โทรถามหรือเปิดคู่มือ แต่มีแผนจะจัดทำสรุปประเด็นปัญหาของงาน แนวทางแก้ไข และผลที่ได้รับ
- นำไปเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน
- การนำความรู้มาถ่ายทอดเพื่อนร่วมงาน
- นำไปใช้เป็นเครื่องมือเวลาเกิดปัญหาขึ้นเวลาทำงาน
- นำมาถ่ายทอดให้เพื่อนร่วมงานได้รับทราบ
- นำมาวิเคราะห์และทบทวนกิจกรรมหรืองานที่ถือเป็นการนำ KM มาพัฒนางาน แล้วเขียนโครงการ
- เผยแพร่ความรู้ที่ได้รับ เล่าประสบการณ์ให้เพื่อนร่วมงาน และชี้ให้เห็นถึงการถ่ายทอดความรู้
- มีการไปถ่ายทอดให้คนในหน่วยงานฟัง ถึงเรื่องที่ได้ไปสัมมนา และให้ทุกคนเสนอแนวคิดหรือกระบวนการ KM ในหน่วย ซึ่งก็ทำให้พอได้แนวคิด/กิจกรรมที่จะมาพัฒนางานบ้าง
- นำไปแก้ไขปัญหาในที่ทำงานเรื่องช่างซ่อมระหว่างช่างกับเจ้าหน้าที่ เพื่อลดเวลาในการทำงานซ้ำในปัญหาเดิม
- นำ KM ไปใช้ในการแก้ปัญหาการดำเนินงานตามภาระงานที่รับผิดชอบให้แล้วเสร็จทันเวลา
- นำกระบวนการ KM ไปใช้ในหน่วยงาน ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการทำงานให้สั้นลง

2. ท่านได้นำ KM มาเติมเต็มมาตรฐานที่สามของอุดมศึกษาอย่างไร

- จัดอบรมแนะนำ และฝึกการใช้ฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์
- จัดอบรม แนะนำ และฝึกปฏิบัติการใช้ฐานข้อมูล E-Journal
- มีการนัดคุยกับคนภายในหน่วยงาน “Morning Talk”
- พยายามเรียนรู้เรื่องราวใหม่ๆ อยู่เสมอ และพัฒนาปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ
- นำมาพัฒนางานเดิมให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล
- มีการคิดที่จะนำความรู้ในงานไปใช้ในการทำวิจัย (R2R)

3. เครื่องมือเสริม KM ที่ท่านมีประสบการณ์ โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือข้างล่างอย่างไร

- BAR เริ่มนำงานต่างๆ ที่ทำอยู่เข้าระบบ (ใช้ IT มาช่วย)
- BAR นำมาใช้ในการสัมมนา จัดพิธีการต่างๆ พูดคุย ปรึกษาหารือกันก่อน
- BAR พูดคุยกับทีมคอยลงมือปฏิบัติการกิจแต่ละภารกิจ
- BAR ประเมินผู้ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมถึงความคาดหวังของการจัดกิจกรรม
- BAR นำมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมปฏิบัติงานในทุกๆ วัน
- BAR มีการเตรียมตัวหาความรู้ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
- BAR ก่อนจะทำงานนั้นๆ จะมาคุยและวางแผนกันไว้ก่อน

- BAR ใช้ในการพูดคุยกันก่อนการทำงาน มีการวางแผนกัน แต่จะเกิดขึ้นเพราะมีงานเฉพาะกิจเข้ามา
- AAR กำลังดำเนินการอยู่ (เพิ่งเริ่มทำ)
- AAR เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจ ก็มาคุยกันถึงปัญหาอุปสรรค เพื่อแก้ไขปรับให้ดีขึ้นต่อไป
- AAR ทีมงานทุกคนพูดคุยกันถึงปัญหา อุปสรรค ผลสำเร็จของงานที่แต่ละคนรับผิดชอบ
- AAR ใช้ประเมินว่ากิจกรรมของเราบรรลุเป้าหมายหรือไม่ และปัญหาอุปสรรคคืออะไร แล้วจะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร
- AAR ประยุกต์ใช้ในการประเมินหลังการปฏิบัติงานในทุกๆ วันของตนเอง
- AAR มีการทบทวนกระบวนการทำงาน เพื่อหาแนวทางการป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดในการทำงานในระบบต่อไป
- AAR การทำ AAR ภายหลังจากจัดกิจกรรม
- AAR กลับมาจัดทำโครงการและจัดการความรู้ เรียบเรียงเป็นรูป และเล่าประสบการณ์
- AAR ทำการสรุปภาพรวมของงานที่ได้ทำไปแล้ว ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง เช่น มีปัญหาตรงไหน งานเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่
- AAR หลังจากการทำงานมีบางครั้งก็พบปัญหา ก็จะมาคุยกันถึงปัญหา/แนวทางแก้ไข แต่ก็ไม่ได้ทำบ่อยๆ
- AAR นำผลการปฏิบัติงานทุกครั้งไปประเมินเพื่อพัฒนางานทุกครั้ง
- AAR ทบทวนกิจกรรมต่างๆ ว่าเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ และต้องการอะไรในระหว่างกิจกรรมที่ติดตวงให้มากที่สุด
- Dialogue พูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบในการทำงานของแต่ละคน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา
- Dialogue โนมิน่าว ให้กำลังใจกับบุคลากรในงาน
- Dialogue รับฟังด้วยใจที่เปิดกว้าง
- Dialogue อดทน ตั้งใจฟังผู้อื่น
- SST เล่าถึงความสำเร็จของทั้งตัวเองและผู้อื่น เพื่อเป็นตัวอย่าง
- Blog/FB กลับมาเขียน Blog เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ใน Web Gotoknow
- Blog/FB อ่าน และเขียนประสบการณ์ ความประทับใจลงใน FB
- Blog/FB เปิด Blog เพื่อเข้าไปเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ และแชร์ประสบการณ์ของตนเอง
- Blog/FB นำประสบการณ์ที่พบและทำในชีวิตประจำวันไปบอกเล่าใน FB
- CoP พยายามนำคนในหน่วยมาร่วมกันแก้ไขปัญหาระบบงาน (เพิ่งเริ่มทำ)
- CoP ชุมชนนักปฏิบัติ HR ของมหาวิทยาลัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการทำงาน ปัญหาอุปสรรคต่างๆ และร่วมกันแก้ไขปัญหาระบบงาน
- CoP มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน



4. ประเด็นที่ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับวิทยากร คือ

- ให้คนในองค์กร เปิดใจยอมรับซึ่งกันและกัน เสมอภาค
- ทำอย่างไรจะทำให้คนในองค์กรเปิดตา เปิดหู เปิดใจ มากกว่านี้
- จะพัฒนาหน่วยงานที่มีผู้ปฏิบัติงานอยู่ ที่แต่ละคนอายุงานมากแล้ว ไม่ค่อยจะปฏิบัติตาม
- ทำอย่างไรให้ลูกน้องเห็นคุณค่าของการทำ KM อยากช่วยคณะ แต่ไม่ทราบจะทำอย่างไร
- KM ที่กลืนเข้ากับงานประจำนั้น คิดว่าบุคลากรอาจจะปฏิบัติหรือทำใจได้ยากกว่า KM เป็นส่วนหนึ่งในงาน ในส่วนนี้วิทยากรจะให้คำปรึกษาอย่างไร
- วิธีการ/มาตรการในการกระตุ้นให้คนสนใจ/ใส่ใจที่จะบันทึกความรู้หรือสิ่งที่เกิดขึ้นต่างๆ
- การทำให้คนอื่นมองโลกในแง่ดีหรือคิดบวกทำอย่างไร รวมทั้งการพูดถึงคนอื่นในทางบวก ไม่ใส่ร้ายกัน
- จะทำอย่างไรให้ผู้บริหารเข้าใจ และยอมรับความผิดพลาดของตัวเอง โดยไม่มีอคติ และผลกระทบต่อผู้ที่ได้ความเห็นหรือวิจารณ์ และมีวิธีการอะไรให้ผู้บริหารเข้าถึงพนักงานทุกระดับ
- ทำอย่างไรถึงจะได้รับความร่วมมือ ให้ทำกิจกรรมสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- ทำอย่างไรให้คนเห็นความสำคัญของ KM มากกว่านี้
- อาจารย์มีประสบการณ์กับการจัดการภาระงานที่ผู้บังคับบัญชามอบหมายให้ทันกับเวลาที่มี ขอคำแนะนำอาจารย์ด้วยค่ะ
- อาจารย์มีวิธีสร้างความสุขจากการทำงานอย่างไร

5. อื่นๆ ที่อยากจะบอก/เล่า/บ่น คือ

- ต้องการให้จัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้มากขึ้น
- จะนำ KM มาใช้ในหน่วย แต่คนในหน่วยไม่ให้ความร่วมมือ
- ยังจัดสรรเวลาให้กับตัวเองไม่ค่อยได้ ทำแต่งงานเฉพาะหน้าให้เสร็จทันเวลา ลูกน้องในงานไม่ค่อยให้ความสนใจ พูดให้ฟังก็รับฟังแต่ไม่ค่อยจะปฏิบัติ ซึ่งคิดว่าตัวเองไม่เหมาะกับการเป็นคุณอำนวย เห็น้อยใจมากจริงๆ
- งานประจำเยอะ ไม่มีเวลาพูดคุยกับคนอื่น (รวมถึงการเขียนใน Blog)
- งานในหน้าที่มีมาก จนรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตตกต่ำ แต่ยังคงคิดจะทุ่มเทให้กับงานอยู่ แม้จะไม่ได้ค่า O.T.
- จะทำอย่างไรให้คนในคณะฯเห็นใจกัน เข้าใจกัน ไม่ค่อยจ้องจับผิดกัน เข้าใจว่าใครมีหน้าที่ทำอะไร ไม่คิดว่าฉันทำงานมากกว่าเธอ ฉันเหนื่อยกว่าเธอ ดูเธอสบายจัง มันทำให้บรรยากาศของที่ทำงานไม่น่าอยู่
- จริงๆ อยากให้คนในหน่วยทุกคนได้เข้ามาเรียนรู้ด้วยกัน (เจ้าหน้าที่ทุกคนในคณะเลย) เพราะบางครั้งคนที่ไม่ได้เข้า เขาจะมองว่ามันเป็นสิ่งที่คนได้รับการอบรมต้องทำ และมันก็ยังไม่เกิด เพราะคนที่มาอบรมก็มีภาระงานประจำมาก มีแต่งงานด่วน งานประจำ งานตามภารกิจใหม่เข้ามามากมาย หากคนทั้งหน่วยได้มา อาจจะมีคนได้ Idea อะไรใหม่ๆ บ้าง
- งานในหน้าที่รับผิดชอบมีมากกว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ ทำให้ทำงานไม่ทัน คิดโครงการแล้วไม่มีคนทำงาน

- งานประจำที่รับผิดชอบมีมาก รวมทั้งงานอื่นๆ ที่มอบหมายก็เยอะ ในภาวะกดดันเช่นนี้ เราจะทำให้ตัวเองและเพื่อนร่วมงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี (มีความสุข) ในการทำงานอย่างไร (ทำงานอย่างไรให้ทันกำหนดเวลา และถูกใจผู้บังคับบัญชา)
- ในมหาวิทยาลัยบูรพา มีการทำ PA (Performance Agreement) ประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือไม่ ถ้ามีเกณฑ์มาตรฐานการให้คะแนนเข้มข้นหรือไม่
- เครียด รู้สึกว่าทำอะไรไม่เสร็จสักอย่าง
- งานเยอะมาก ทำไม่ทัน

กิจกรรม Passion Plan (สัญญาใจ)

หลังจากนั้น วิทยากรได้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำ Passion Plan (สัญญาใจ) ถึงแผนการดำเนินงานที่จะทำต่อไปในอนาคต ซึ่งแต่ละงานได้นำเสนอแผนงานในงานของตนเอง ดังนี้

1. งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร

นางสาวเขมิกา กลิ่นเกษร ได้เล่าให้ฟังว่า สิ่งที่ได้กลับมาภายหลังการอบรม ก็คือการได้เครื่องมือในการทำงาน งานประชาสัมพันธ์ ได้มีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานทั้งในงานประชาสัมพันธ์ เอง และประชุมร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยประเด็นที่พูดคุยกันจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในงาน พร้อมกับหาแนวทางแก้ไข ปัญหา สิ่งทำงานประชาสัมพันธ์ ได้เริ่มทำไปแล้วก็คือ การจัดทำระบบส่งข้อมูลประชาสัมพันธ์ (NSPR) ซึ่งผู้ให้บริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อการประชาสัมพันธ์ทาง NSTV ผ่านทางระบบดังกล่าวได้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งในขณะนี้ได้จัดทำระบบ NSPR เสร็จเรียบร้อยแล้ว กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำคู่มือการใช้งาน และสิ่งที่จะทำต่อไปคือ การจัดทำสมุดบันทึกการถ่ายภาพ และการจัดทำปฏิทินปฏิบัติงานในระบบออนไลน์

2. งานบริการการศึกษา

นางสาวกาญจนา คงวาริ ได้เล่าให้ฟังว่า หลังจากกลับมาจากการอบรมแล้ว ได้มาเล่าให้เพื่อนในงานที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมฟัง และร่วมกันคิดว่าในงานจะมีกระบวนการดำเนินงานอย่างไรต่อไป ซึ่งในขณะนี้ได้คิดจะทำ ระบบจัดเก็บเครื่องมือวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ (วิทยานิพนธ์) เนื่องจากมีนักศึกษามาติดต่อเพื่อขอเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ค่อนข้างมาก ซึ่งวิธีการที่คิดไว้คือ การนำเครื่องมือที่มีอยู่มา Scan เป็นไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ แล้วสร้างไฟล์ที่มีการทำ Hyperlink ซึ่งเมื่อคลิกเข้าไปก็จะสามารถเปิดไฟล์เครื่องมือชุดนั้นได้ทันที โดยให้นักศึกษาเป็นผู้ค้นหาด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยลดขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่ลงได้

นางกอบกุล เลหาติดกุล หัวหน้างานบริการการศึกษา ได้เล่าให้ฟังว่า หลังจากกลับมาจากการอบรมแล้ว ได้มีการพูดคุยกับบุคลากรในงานบริการการศึกษา โดยนำเครื่องมือมาใช้ เช่น BAR, AAR, Dialogue และได้นำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม KM Facilitator มาใช้ ได้แก่ การเป็นคุณอำนวยจะต้องมีวิธีการโน้มน้าวคนอย่างไรให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว และกระตุ้นให้ร่วมมือกันทำงาน ซึ่งจริงๆ แล้ว ในงานก็ได้ทำมาตลอดอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่ทราบว่าสิ่งเหล่านี้คือ เครื่องมือของ



นางสาวสุชิตา ยืนนาน ได้เล่าให้ฟังว่า หลังกลับจากการอบรมแล้ว ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม มีการสรุปสิ่งที่ได้จากการอบรม ซึ่งโดยปกติแล้วเมื่อกลับจากการอบรมก็จะสรุปสิ่งที่ได้จากการอบรมให้กับเพื่อนร่วมงานที่มีความสนใจได้อ่าน สิ่งที่เป็นการพัฒนางานที่ตนเองได้ทำไปแล้วนั้น ก็คือ การใช้ Google Document ในการแก้ปัญหาการกรอกข้อมูลประวัติของนักศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง เนื่องจากที่ผ่านมาจะให้ นักศึกษากรอกข้อมูลลงในกระดาษ และเจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึกข้อมูล ซึ่งมักจะมีข้อผิดพลาด ดังนั้นจึงได้จัดทำแบบฟอร์มเพื่อให้ นักศึกษาสามารถกรอกข้อมูลได้ด้วยตนเองผ่านทูล Google Document ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถแก้ปัญหาได้

3. งานประกันคุณภาพ

นางสาวดารานิตย์ กิ่งวัน ได้เล่าให้ฟังว่า หลังกลับจากการอบรม ในงานได้ร่วมกันคิดที่จะจัดทำโครงการฐานข้อมูลเกณฑ์คุณภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ เนื่องจากมีปัญหาการได้รับข้อมูลล่าช้า ได้รับข้อมูลไม่ตรงกับความต้องการ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระงานแก่ผู้เกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นจึงคิดที่จะทำฐานข้อมูลเกณฑ์คุณภาพเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้เตรียมตัวกรอกข้อมูลไว้ล่วงหน้า เพื่อจะได้ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการกรอกข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตรงตามความต้องการ ไม่ให้เป็นการเพิ่มภาระงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อให้หน่วยงานต่างๆ สามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลนี้ด้วย

4. งานคลังและพัสดุ

นายอนุกุล สาเจริญ ได้เล่าให้ฟังว่า งานประจำเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อและการจ่ายพัสดุ ปัญหาที่พบคือการจัดซื้อไม่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ การจ่ายของล่าช้า ดังนั้น มีความพยายามจะแก้ไขปัญหาตรงส่วนนี้ และนางมนัสพันธ์ รุจิสักดิ์เดโช ได้เล่าให้ฟังว่า ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับบุคลากรในงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานดังกล่าว โดยจะดำเนินการรวบรวมปัญหาที่หน่วยงานต่างๆ โทรมาสอบถามบ่อยๆ ว่ามีปัญหาอะไรบ้าง แนวทาง/วิธีการแก้ปัญหาของงาน รวมถึงผลกระทบของปัญหาหากปัญหานั้นๆ เกิดขึ้น เพื่อจะได้ป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก

5. งานหอพัก

นางสาวสุวัฒนา อภิมนต์บุตร ได้เล่าให้ฟังว่า ได้วางแผนจะทำฐานข้อมูลผู้พักอาศัย เพื่อจะได้มีข้อมูลที่มักถูกสอบถามบ่อยๆ เช่น จำนวนผู้พักอาศัยในแต่ละเดือน การจ่ายเงินค่าหอพักของผู้พักอาศัย ฯลฯ

6. งานพัฒนานักศึกษา

นางสาวชญญา แสงจันทร์ ได้เล่าให้ฟังว่า หลังจากกลับจากการอบรมแล้ว ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงาน ทำให้เห็นปัญหาคือ งานจะมีการติดต่อกับนักศึกษาบ่อย ซึ่งทำให้ยากทราบความพึงพอใจของนักศึกษา จึงได้จัดทำแบบสอบถามขึ้นมาเพื่อสอบถามนักศึกษา และเพื่อเป็นการลดปัญหาการทำงานของบุคลากร จึงได้นำ Google Document เข้ามาใช้ โดยมีวิธีการคือ โปสต์ไว้ใน Facebook ของนักศึกษา และประธานกลุ่ม ซึ่งที่ผ่านมานักศึกษาเข้ามาตอบประมาณ 300 คน ซึ่งถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง

7. เลขานุการคณะฯ

นางอริยา ชาญพิช ได้เล่าให้ฟังว่า หลังจากกลับมาจากการอบรม ได้มีความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสายสนับสนุนวิชาการ โดยฝากให้ผู้ที่เข้าอบรมได้แบ่งปันความรู้/ประสบการณ์กับผู้ที่ไม่ได้เข้าอบรมฟังว่าได้เรียนรู้อะไรมาบ้าง ในส่วนบทบาทของตนเองนั้น คิดว่าจะทำหน้าที่เป็นคุณอำนวยให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ด้านการจัดการความรู้ขึ้นมา และเป็นคุณประสานระหว่างสายสนับสนุนกับสายวิชาการ วิทยากรได้ให้ข้อคิดเพิ่มเติมว่า การพูดคุยแต่ปัญหา เราก็จะได้แต่ปัญหา จึงควรเปลี่ยนมาคุยในเรื่องของ Best Practice บ้าง เพราะการคิดแต่เชิงปัญหาอย่างเดียว จะทำให้รู้สึกท้อแท้ และหดหู่

8. งานทรัพยากรบุคคล

นางกรรณา คุ่มพร้อม ได้เล่าให้ฟังว่า หลังจากอบรมแล้ว ได้รับความรู้เรื่อง KM มาก ซึ่งสิ่งที่น่าสนใจคือ การมี morning talk ทุกวันจันทร์ตอนเช้ากับรองคณบดีฝ่ายบริหาร หลังจากนั้นก็จะคุยกับบุคลากรในงานต่อ เพื่อติดตามงานที่ค้าง สิ่งที่จะคิดว่าจะทำ คือ การประเมินผลงาน /สมรรถนะหลัก เพราะที่ผ่านมาจะเป็นการประเมินโดยใช้กระดาษ เลยได้คิดวางแผนว่าจะทำการประเมินแบบ Online ซึ่งจะใช้ในรอบการประเมินที่จะถึงนี้ และอีก เรื่องที่คิดจะทำคือ การจัดทำฐานข้อมูล เนื่องจากงานทรัพยากรมีหน้าที่ตอบข้อมูลเพื่อการประกันคุณภาพ ซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องอยู่ ณ ปัจจุบัน ไม่ได้เก็บไว้ในฐานข้อมูล จึงคิดที่จะจัดทำฐานข้อมูลขึ้นมา

วิทยากรได้เสนอแนะว่า ให้คุยเรื่องการทำ Innovation บ้าง การทำ Successor Plan เพื่อสร้าง Successor ขึ้นมา การที่เราทำแต่งงาน Routine ก็จะกลายเป็นเสมียน ควรทำงานอย่างอื่นด้วย

9. งานห้องสมุด

นางสาวยุพิน ยังสวัสดิ์ ได้เล่าให้ฟังว่า หลังจากอบรมแล้ว ได้มาถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยทราบ ว่า KM คืออะไร และสิ่งที่ได้ก็คือ ทำให้ตนเองรู้จักควบคุมอารมณ์มากขึ้น พยายามเป็นผู้ฟังที่ดี ส่วนโครงการที่จะทำต่อยอดคือ จัดฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ฐานข้อมูลต่างๆ ให้นักศึกษาระดับปริญญาโท ชั้นปีที่ 1 ซึ่งมีความจำเป็นต่อนักศึกษามาก โดยจะจัดอบรมเป็นกลุ่มๆ ตัวชีวิตที่ตั้งไว้คือ การวัดความพึงพอใจ

วิทยากรได้ตั้งคำถามเพื่อให้คิดว่า เคยถามนักศึกษาหรือไม่ว่าอยากจะทำอบรมเรื่องอะไร และได้แนะนำว่า ควรจะศึกษาพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรมด้วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ซึ่งสามารถทำเป็นงานวิจัยได้

10. งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย

นางสาวเบญจวรรณ บุญณรงค์ ได้เล่าให้ฟังว่า ปกติในหน่วยงานจะมีการประชุม Morning talk อยู่เป็นประจำ งานแรกๆที่คิดว่าจะทำคือ การแก้ปัญหาเรื่องคลินิกวิจัย โดยปกติคลินิกวิจัยจะให้บริการแก่นักศึกษา อาทิตย์ละ 2 ครั้ง ซึ่งพบว่านักศึกษาเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องเสียเวลาในการกรอกข้อมูล จึงคิดจะทำโปรแกรมการลงทะเบียนขึ้นมา เพื่อช่วยให้การดำเนินงานรวดเร็วขึ้น



11. งานบริหารจัดการ: อาคาร สถานที่ และยานพาหนะ

นายสิริชัย เสือส่อสิทธิ์ ได้เล่าให้ฟังว่า ตนเองทำงานเกี่ยวกับการซ่อมบำรุง ได้มีความพยายามปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยให้ผู้ให้บริการส่งใบซ่อมเป็นกระดาษ ซึ่งไม่ใช่วิธีการโทรศัพท์ตาม เพื่อที่จะทำให้สามารถติดตามการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวรวมถึงการเบิกของด้วย

วิทยากรได้เล่าให้ฟังถึงบริษัทแห่งหนึ่ง การซ่อมจะใช้วิธีการเดินไปหาผู้ใช้บริการว่ามีอะไรที่ต้องซ่อมบ้าง และเมื่อซ่อมเสร็จแล้วจึงค่อยเขียนใบแจ้งซ่อมในภายหลัง ซึ่งถือเป็นวิธีการทำงานที่ดี และทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึก พึงพอใจมาก

12. งานบริการวิชาการ

นายฐิติวัชร พึ่งเงิน ได้เล่าให้ฟังว่า หลังจากอบรมแล้วยังไม่ได้นำ KM มาใช้เท่าที่ควร แต่สิ่งที่คิดว่าน่าจะทำได้ คือ การจัด Morning Talk เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และคิดว่าจะทำขั้นตอน (Flowchart) ของการส่งวารสาร เพื่อให้ผู้ที่มาติดต่องานได้ทราบว่าจะต้องดำเนินการอะไรบ้าง

ทำกิจกรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้กล่าวขอบคุณวิทยากรที่กรุณามาเป็นวิทยากรให้กับบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ และได้กล่าวว่า เรื่องการจัดการความรู้ในคณะฯ ถือเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งทางคณะกรรมการฯ พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ เพราะอยากให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานในทุกๆ งาน เพื่อให้การทำงานมีคุณภาพมากขึ้น และสิ่งที่สำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือ การสร้างเครือข่าย ดังนั้นงานทุกงานจะเป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยเหลือกันให้การทำงานประสบความสำเร็จอันนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator สายวิชาการร่วมกับสายสนับสนุนวิชาการ ครั้งที่ 3

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator สายวิชาการร่วมกับสายสนับสนุนวิชาการ เมื่อวันจันทร์ที่ 30 เมษายน 2555 เวลา 9.00-12.00 น ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มสายวิชาการและกลุ่มสายสนับสนุนวิชาการที่ได้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ “KM Facilitator: คุณอำนวยแห่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 ” ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ได้รับเกียรติจากรองศาสตราจารย์ นพ .จิตเจริญ ไชยาคำ รองคณบดี ฝ่ายพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งติดตามผลการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการดำเนินงานของแต่ละงาน

กิจกรรม Before Action Review (BAR)

ก่อนเริ่มเข้าสู่บรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิทยากรได้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำ Before Action Review (BAR) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. คาดหวังอะไร

- วิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาการทำงาน
- ได้รับความรู้ใหม่ ปรับปรุงสิ่งเก่า
- สามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในงานประจำที่ทำอยู่
- อยากให้เกิด KM
- เกิดกระบวนการ KM ในการทำงาน มีกลไกโดยอัตโนมัติ ไม่ต้องมา set เป็นวาระ
- อยากให้มีความก้าวหน้าของสมาชิก KM คนๆ มากๆ หลากๆ เรื่อง
- อยากฟังเรื่องราวการทำ KM ที่ประสบความสำเร็จของกลุ่ม
- อยากรู้ว่าคนอื่นๆ ทำงานกันไปถึงไหนแล้ว นำ KM มาใช้แล้วได้ผลอย่างไรบ้าง
- การทำงานประจำจะสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการทำงาน
- มีวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว
- นำ KM มาสร้างสุขในการทำงาน
- สามารถบริหารจัดการงานประจำได้ดียิ่งขึ้น
- ได้แนวทางในการนำ KM ไปใช้ในงานบริหาร และงานบริการวิชาการ
- วิธีการทำงานที่ดี เช่น กระชับเวลา สะดวกในการปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ ประหยัดทรัพยากร



- เรียนรู้ เทคนิค วิธีการที่ถูกต้องของ KM

2. ที่ผ่านมาหลังการเรียนรู้กับวิทยากร ได้ทำอะไรในการนำ KM มาเติมเต็มงานประจำ (ยกตัวอย่าง)

- นำกระบวนการ KM มาวิเคราะห์กระบวนการทำงาน และสามารถเขียนขั้นตอนการปฏิบัติงานได้
- ได้นำกลับมาใช้ทบทวนการทำงานของตนเอง พัฒนาสิ่งที่เคยทำ ที่รู้สึกว่ามีดี ให้ดีขึ้นมา และปรับปรุงงานที่คิดว่าไม่ได้ให้ได้
- นำมาปรับปรุงงานที่ทำอยู่ เช่น ปรับฐานข้อมูลผู้พักอาศัยในหอพัก ให้สามารถค้นหาข้อมูลได้สะดวก รวดเร็วขึ้น โดยนำข้อมูลมาไว้ในฐานข้อมูลเดียวกัน
- ยังไม่ได้ดำเนินการ
- มีการนำมากำหนดประเด็นในภาควิชา เพื่อหาความสนใจร่วมกัน และสิ่งที่จะได้จากการทำ
- ได้ต่อเนื่องการทำ KM ในงานของคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพสามแฉกรวัดไผ่ดำ มาร่วมกันเขียนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำงานของคณะกรรมการนี้ มานานถึง 9 ปี โดยทำเป็นหนังสือถอดบทเรียน
- ได้นำ KM มาเติมเต็มงานประจำ ในเรื่อง
 1. การสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยและแบ่งปันความรู้ในหัวข้อ Clinical Teaching ใน Web Gotoknow
 2. ได้ดำเนินการในฐานะกรรมการ KM ของภาควิชา ซึ่งมีอาจารย์ในภาควิชามาแบ่งปันความรู้และได้ความพึงพอใจประมาณ 95% ขึ้นไปในระดับมาก โดยดำเนินการเป็น Facilitator
 3. งานบางอย่าง ยังอยากทำ KM เพิ่ม พบว่าในภาควิชา มีการตื่นตัว และเสนอหัวข้อ KM ที่มาจากภาควิชา
- พัฒนางานที่ตั้งใจไว้คือ ทำฐานข้อมูลสำหรับการลงทะเบียนออนไลน์ หรือเรียกว่าคลินิกวิจัยออนไลน์ ตอนนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบ เท่าที่ทำมาก็พบว่า ความต้องการในการใช้งานของ User อาจมากเกินไป ทำให้ออกแบบระบบยากไปเล็กน้อย และเจ้าหน้าที่ยังไม่ชำนาญเรื่องนี้ แต่มีความพยายามมาก ตอนนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาโปรแกรม
- นำ KM มาปรับกับการทำ PA รอบที่ผ่านมา เนื่องจากมีการปรับเกณฑ์ใหม่ ทำให้เข้าใจไม่ตรงกันบ้าง รู้/เข้าใจไม่ตรงกัน จึงต้องมีการนัดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันบ้าง และสร้างความเข้าใจร่วมกันอย่างถูกต้อง
- นำกระบวนการต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้ในขั้นตอนการทำงาน และวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงาน
- ทำ Flowchart ขั้นตอนการทำงาน
- การรวบรวมองค์ความรู้ในภาควิชา เพื่อจะได้รู้ว่าใครเก่งอะไร จะถ่ายทอดความรู้อะไรให้ใคร
- มีแนวทางการจัดการตัวเอง เพื่อทำงานอย่างมีระบบ
- เรียนรู้ที่จะแบ่งปันองค์ความรู้ ทักษะการทำงาน ทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น
- ใช้ในการประเมินหน่วยงานอื่น และจัดกิจกรรม KM ในหน่วยงานตนเอง

- นำกระบวนการมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงแบบฟอร์ม Checklist ของงานที่ทำ ส่งผลให้เห็นชัดเจนเรื่อง กระชับเวลา สะดวก และมีประสิทธิภาพ
- สร้างสรรค์ ฐานข้อมูล โดยอยู่ระหว่างดำเนินการ
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นในการพัฒนางานให้ดีขึ้น

3. ข้อเสนอ ข้อใจ อยากให้ทำความเข้าใจเรื่องอะไรในการนำ KM มาเติมเต็มงานประจำ

- นำกระบวนการ KM มาใช้อย่างไร ให้ไปสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน
- การนำ KM มาใช้ในชีวิตประจำวัน ดีในการพัฒนาตัวเรา อยากให้คนรอบข้างเข้าใจ KM เหมือนเรา เวลา พูดกับเขา เขาจะเข้าใจเหมือนเรา และก็จะทำได้ทำไปด้วยกัน
- มีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้เกิด KM ในภาควิชา เพราะหาเวลาว่างตรงกันยากมาก
- การให้ทุกคนมีการเตรียมพร้อมที่จะมาแบ่งปันข้อมูลบนพื้นฐานขององค์ความรู้
- ถ้าเรามีปัญหาในการมานัดพบกันเป็นกลุ่มอย่างที่เคย จะช่วยแก้ไขเรื่องนี้อย่างไร แต่ในกลุ่มบางคนไม่ค่อยสะดวกกับการใช้คอมพิวเตอร์
- อยากทราบว่า การนำ KM มาใช้ให้สำเร็จอย่างไรและจะทำอย่างไรให้คนในองค์กรสนใจและนำมาใช้ทุก งานได้อย่างไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ
- การถ่ายทอดวิทยายุทธด้านการสอน/การวิจัย
- ถ้าต่างคนต่างมีงานประจำมากมาย แล้วจะมี KM เกิดขึ้นในกลุ่มโดยรวมได้หรือไม่/อย่างไร
- การทำ KM นำไปสู่ Learning Organization (LO) ได้หรือไม่ ถ้าต้องการให้องค์กรเป็น LO ควรมีตัวบ่งชี้อะไร
- จัดกิจกรรมที่น่าสนใจเพื่อเสริมการเรียนรู้เรื่อง KM ให้ดียิ่งขึ้น

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับวิทยากร

ภายหลังการทำกิจกรรม BAR วิทยากรได้กล่าวถึงการนำ KM ในงานประจำ จะมีวิธีการที่สามารถเก็บ รวบรวมข้อมูลได้ในทันที นั่นคือการเขียนสิ่งที่เราทำไว้บน Blog และเราก็จะสามารถนำสิ่งที่เราเขียนไว้มาใช้ในการ พัฒนางาน รวมทั้งสามารถใช้เป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพได้ สิ่งที่คณะพยาบาลศาสตร์ได้ทำมาตลอดและมีการ ถอดบทเรียนทุกครั้ง เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าคณะฯ ได้มีดำเนินการ KM จริง

วิทยากรได้กล่าวถึง พระบรมราโชวาทในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรแก่ผู้สำเร็จการศึกษาจาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น ณ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2510 “เพราะความรู้ความคิดอันกว้างขวาง นั้น หากมิได้ใช้โดยเหมาะสมถูกต้องแล้ว ก็ให้ผลดีได้ไม่มากนัก หรืออาจจะทำให้เกิดผลเสียหายก็เป็นได้ เพราะฉะนั้น ทุกคนควรสังวรระวังให้มาก ขอให้ตั้งใจแน่วแน่ ที่จะสร้างสรรค์และอบรมกำลังกายกำลังใจอันสมบูรณ์ไว้เป็น หลักฐาน เพียรพยายามใช้ความฉลาดรอบคอบและสุจริตวินิจฉัยปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นไปโดยถูกต้อง นำ ความรู้ ความคิดของตน ที่มีอยู่มาเชื่อมโยงเข้ากันให้พร้อมเพรียง ประสมประสานความรู้ ความคิดนั้นด้วยเหตุผล และ



วิจารณ์ญาณ และนำออกใช้ให้ได้ผล กล่าวคือ แก้ไขเปลี่ยนแปลงจุดที่บกพร่อง ส่งเสริมจุดที่ดีให้มั่นคงยิ่งขึ้น ” ซึ่งพระบรมราโชวาทนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการทำงานได้เป็นอย่างดี

วิทยากรยังได้กล่าวถึงมาตรฐานที่ 3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ นั่นคือ แนวการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้/สังคมแห่งความรู้ จะต้องมีการบริหารจัดการความรู้ที่เป็นระบบ โดยใช้หลักการวิจัยแบบบูรณาการ หลักการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลักการสร้างเครือข่าย และหลักการประสานความร่วมมือ รวมพลังอันนำไปสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ และควรมีการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาจากการวิจัย หรือจากกระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนา การเรียนการสอน วิทยากรได้ยกตัวอย่างการทำวิจัยการเรียนการสอน เช่น การเปรียบเทียบวิธีการสอนแบบต่างๆ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 40 วิธี การประเมินผลมีประมาณ 18 วิธี ซึ่งที่ผ่านมามักใช้การสอบข้อเขียน แต่ใน TQF จะใช้การประเมินสมรรถนะเป็นหลัก และเมื่อทำวิจัยแล้วเสร็จ ก็จะต้องมีระบบและกลไกการรวบรวม คัดสรร วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ เพื่อให้เป็นองค์ความรู้ที่คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้ รวมทั้งการพัฒนาความรู้ที่ได้จากการให้บริการทางวิชาการและถ่ายทอดความรู้สู่บุคลากรภายในสถาบันและเผยแพร่สู่สาธารณชน ที่สำคัญผู้บริหารต้องมีการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริม/พัฒนาผู้ร่วมงานเพื่อให้สามารถทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ของสถาบันอย่างเต็มศักยภาพ ท่านใดรับผิดชอบอะไร ท่านมีการถ่ายทอดอย่างไร เราต้องมีการกำหนดประเด็นการทำ KM ที่ชัดเจน กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และต้องมีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากความรู้ทักษะของผู้มีประสบการณ์ตรง

การจัดการความรู้มีหลากหลายวิธี ซึ่งเราต้องเลือกว่าจะอย่างไรตามความเหมาะสม ซึ่งวิทยากรได้เล่าเรื่องการจัดการความรู้ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นกันว่า เริ่มต้นจากการที่เลขานุการของแต่ละคณะฯ ประมาณ 18 คณะฯ มาประชุมร่วมกันทุกวันศุกร์ เช่น คุยกันเรื่องวิธีการจัดซื้อพัสดุ ทำอย่างไรถึงจะไม่โดน สตง มาตราตรวจสอบ ฯลฯ ซึ่งทุกวันนี้ก็ยังคุยกันอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเมื่อทำ KM แล้วก็ต้องมีการเก็บหลักฐานเพื่อการประเมินคุณภาพด้วย นอกจากนี้วิทยากรได้พูดถึงกระบวนการประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน สถาบันต้องวางแผนจัดกระบวนการประเมินคุณภาพภายในให้เสร็จก่อนสิ้นปีการศึกษา เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของคณะ /สาขา/ภาค/หลักสูตร/คณาจารย์/บุคลากร โดยต้อง Plan= เริ่มกระบวนการตั้งแต่ต้นปีการศึกษา โดยนำผลการประเมินปีก่อนหน้ามาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน (ก่อน 1 มิถุนายน) หลังจากนั้นวิทยากรได้ให้ผู้เข้าร่วมทำ SWOT เกี่ยวกับการทำ KM ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

SWOT KM-NS-MU 1

1. ตัวเรา/งานเรา/หน่วยงานเรา/คณะเรา ทำอะไรได้ดีในการนำการจัดการความรู้ มาเป็นเครื่องมือเสริมการพัฒนา ตน/คน/งาน/องค์กร

- ทำงานควบคุมงานช่าง และจัดทำโครงการต่างๆ ในงานซ่อมบำรุง
- ต้องการให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- การพัฒนาคน การนำเอาความรู้ การค้นหาความสามารถของคนในงานนำมาเสริมสร้างพัฒนางานให้ เป็นหลักการทำงาน การทำให้คนที่ทำอะไรแล้วไม่รู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรให้เห็นแนวทางในการ ปฏิบัติงาน เป็นไปด้วยความถูกต้อง และดำเนินไปตามทิศทางเดียวกัน
- การถอดบทเรียนการทำงานคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสามแฉกวัดไผ่ดำ

2. ยกตัวอย่างเครื่องมือ วิธีการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้ทำไปแล้วในช่วงต้น

- ถ้าหากมีงานตามภารกิจ /งานที่เป็น Job แบบครั้งเดียวเสร็จ จะมีการประชุมวางแผนงานก่อน โดย ส่วนใหญ่จะเป็นการใช้ BAR และ AAR ที่ทำเป็นประจำคือ BAR เนื่องจากงานที่ทำเป็นลักษณะงาน การให้บริการแก่อาจารย์ นักศึกษาและบุคคลภายนอก มีการวางแผนประเมินความพึงพอใจไว้ที่ หน่วยงาน และนำผลการประเมินหรือไม่ว่าจะเป็นปัญหาใดๆ ก็ตามที่พบมาคุยกันในหน่วยงานว่าจะ แก้ไขปัญหาอย่างไร ซึ่งจะคุยกันเป็นประจำ ช่วยกันเสนอแนวคิดที่เราควรทำอย่างไรเพื่อแก้ปัญหานั้นๆ
- ประชุมวางแผนร่วมกันในการถอดบทเรียนเพื่อจัดทำเป็นหนังสือ กำหนดประเด็นของแต่ละบท มอบหมายหน้าที่คนถ่ายทอดสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้บริการวิชาการในการทำงานของคณะกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพสามแฉกวัดไผ่ดำ มาประชุมเพื่อแบ่งปันและฟังความคิดเห็นจากเพื่อนๆ นำ คำแนะนำมาปรับปรุงเรื่องราวในการเขียนให้เป็นองค์ความรู้ของกลุ่มจริงๆ

SWOT KM-NS-MU 2

ตัวเรา/งานเรา/หน่วยงานเรา/คณะเรา ทำอะไรไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้ หรือทำไม่เป็น ในการนำการจัดการ ความรู้ มาเป็นเครื่องมือเสริมการพัฒนา ตน/คน/งาน/องค์กร

- ต้องการให้แต่ละคนนำความรู้ออกมาแนะนำเสนอ
- ต้องการเครื่องมือมาเสริมความรู้และการพัฒนาคนในหน่วยซ่อม
- ยังขาดความเข้าใจกันและกัน ยังมีคนที่ยึดติดอยู่กับสิ่งเดิมๆ และไม่ยอมรับฟังสิ่งที่คนในหน่วยจะ ถ่ายทอด หรือฟังบ้างแต่ไม่ปฏิบัติ อาจจะเป็นเพราะผู้ถ่ายทอดไม่มีความสามารถพอ
- คิดว่าเนื่องจากคนในหน่วยงานที่เราอยู่ ยังไม่เคยได้รับการอบรม KM บางครั้งอาจจะยังไม่ทราบว่า มี เครื่องมืออีกมากที่จะสามารถนำมาพัฒนาคน/งานได้ อยากให้ทุกคนเข้าใจก่อน
- การนำสิ่งที่เขียนมาแบ่งปัน และพูดคุยกันในกลุ่ม ช่วงหลังกรรมการไม่ค่อยมีเวลาที่จะมาพบกัน พุด กัน ถ่ายทอดกันตามนัดหมาย มีสมาชิกน้อยลงเรื่อยๆ สุดท้ายก็มีการแบ่งปันเรื่องราวกันน้อยลง แต่ Deadline การทำหนังสือหมดลงก็จำเป็นต้องนำลงตีพิมพ์ ทำให้การถ่ายทอดเรียนรู้ตาม Process บางเรื่องขาดหายไป



SWOT KM-NS-MU 3

โอกาสในการนำการจัดการความรู้ มาเป็นเครื่องมือเสริมการพัฒนา ตน /คน/งาน/องค์กร มีบ้างหรือไม่
ในประสบการณ์ของเรา

- โอกาสมีไม่มากนัก
- ไม่ค่อยมีความร่วมมือ
- โอกาสมีบ้าง หากคนในหน่วยต้องการจะพัฒนา
- โอกาสคิดว่ามี ทำได้ตลอด แต่ไม่มีประสบการณ์ เพราะไม่ได้ทำแบบจริงจัง รวมทั้งอยากจะเห็นต้นแบบที่อื่นๆ อีก อาจได้ Idea มากขึ้น
- มีโอกาสสูงมากในการทำงานได้ทุกงาน เพราะสามารถดำเนินการ KM ในการประชุมของกรรมการประจำเดือนได้

SWOT KM-NS-MU 4

ข้อจำกัดในการนำการจัดการความรู้ มาเป็นเครื่องมือเสริมการพัฒนา ตน /คน/งาน/องค์กร มีบ้างหรือไม่
ในประสบการณ์ของเรา

- เวลาในการดำเนินการจัดการความรู้ไม่ค่อยมี
- คนในหน่วยยังไม่เข้าใจ KM สักเท่าไร
- บางครั้งไม่ได้รับความสนใจจากคนในหน่วยงาน บางคนอยากจะทำ แต่ไม่มีใครช่วย (บางเรื่องต้องใช้ข้อมูลและความร่วมมือจากคนอื่น รวมทั้งเวลาด้วย) คนรอบข้างไม่เห็นความสำคัญของ KM ยังไม่เห็นประโยชน์ อยากให้ทุกคนได้มีโอกาสอบรม/รับฟังเรื่องนี้บ้าง อยากให้คนอื่น ๆ และตัวเองได้เห็น Best Practice ที่ชัดเจน เพื่อเป็นกำลังใจในการนำ KM มาพัฒนางาน
- คิดว่าไม่มี ถ้าสมาชิกทุกคนมีความตั้งใจร่วมกันที่จะทำ KM ร่วมกัน เรื่อง KM นั้นๆ ย่อมทำได้โดยไม่มีข้อจำกัด

กิจกรรม Passion Plan (สัญญาใจ)

หลังจากนั้น วิทยากรได้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำ Passion Plan (สัญญาใจ) ถึงแผนการดำเนินงานที่ทำอยู่ และแผนงานที่จะทำต่อไปในอนาคต ซึ่งแต่ละงานได้นำเสนอแผนงานในงานของตนเอง ดังนี้

1. งานส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย

นางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ได้เล่าว่าได้มีการนำ KM มาใช้ในการทำงานประจำ โดยสิ่งที่กำลังทำอยู่ตอนนี้จะเป็นเรื่องของการทำระบบลงทะเบียนออนไลน์ในคลินิกวิจัย ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการ และมีการทำ KM ในเรื่อง PA มีการคุยกันเรื่อง PA ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและตัวชี้วัด ก็ได้มีการพูดคุยและทำความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งทำให้เข้าใจมากขึ้น และคิดว่าการคุยกันบ่อยๆ จะทำให้ความรู้สึกที่มีต่อกันในที่ทำงานดีขึ้นด้วย

นางสาวเบญจวรรณ คุ่มพงษ์พันธ์ ได้เล่าให้ฟังว่า ในงานจะมีอยู่ 2 คนก็จะมีการพูดคุยเกี่ยวกับงานกันเป็นประจำ เวลามีปัญหา ก็จะช่วยกันแก้ปัญหา และจะเขียนเป็น FAQ เพื่อที่จะเอาขึ้นเว็บไซต์ต่อไป

นายวีระชัย คุ่มพงษ์พันธ์ ได้เล่าให้ฟังว่า ทำงานที่ IRB เป็นหลัก มีเจ้าหน้าที่คนเดียว เรามีการประเมินจากผู้มารับบริการ และพบว่ามีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร และเรื่องเวลาค่อนข้างมาก เราก็เลยคิดว่าจะหาทางแก้ปัญหา โดยคิดว่าการจัดทำฐานข้อมูลซึ่งจะทำให้เราสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น และกรณีที่เจ้าหน้าที่ลา นักศึกษามาติดต่อ อาจารย์ที่มานั่งอยู่ก็จะไม่สามารถตอบคำถามได้ ก็เลยจะจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานขึ้นมา ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการ

2. งานบริการการศึกษา

นางสาวกาญจนา คงวารี ได้เล่าให้ฟังว่า งานที่ทำเป็นงานที่ต้องติดต่อกับอาจารย์และนักศึกษาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเรื่องการขอข้อมูลเครื่องมือวิจัย ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำฐานข้อมูลเครื่องมือวิจัยอยู่นอกจากนี้ ที่งานยังได้มีการประชุมกันทุกสัปดาห์ เพื่อดูว่าตอนนี้มีปัญหาอะไร และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร อย่างเช่นกรณีที่นักศึกษาติดต่อแล้วคนที่รับเรื่องไม่อยู่ คนที่เหลือก็จะไม่รู้เรื่อง ทำงานต่อให้ไม่ได้ ก็เลยมีการประชุมเล่าเรื่องที่รับมาให้ทุกคนฟัง และแจ้งว่าขณะนี้ดำเนินการถึงไหนแล้ว รวมทั้งติดเรื่องไว้บนบอร์ดด้วย ดังนั้นเมื่อนักศึกษามาติดต่อ ก็จะสามารถดำเนินงานต่อได้ทันทีเลย

นางสาวมลฤดี สิงห์ศิลป์ ได้เล่าว่ากำลังทำฐานข้อมูลวิทยากรภายนอกอยู่ เนื่องจากเราต้องเก็บข้อมูลความเชี่ยวชาญของวิทยากรไว้ เวลาที่มีใครขอมา เราก็จะมีข้อมูลให้ แต่ขณะนี้งานค่อนข้างมาก ทำให้งานยังดำเนินการไปได้น้อย ก็ทำเพียงแค่เก็บรวบรวมและหาข้อมูลไว้ก่อน

วิทยากรได้กล่าวเสริมถึงเรื่องของการทำ Morning Talk, Lunch Talk, Afternoon Talk, Tea Talk, Weekly Talk ฯลฯ ซึ่งเราสามารถทำได้

3. งานบริหารจัดการ: อาคาร สถานที่ และยานพาหนะ

นายสิริชัย เสือส่อสิทธิ์ ได้เล่าให้ฟังว่า ตนเองทำงานเกี่ยวกับการซ่อมบำรุง ในช่วงเช้า Morning Talk ก็จะมีการพูดคุยกันว่า งานของเรามีอะไร และมีอะไรที่ยังค้างค้างบ้าง และพยายามปรับความเข้าใจในหน่วยงานให้เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และต่อไปก็จะให้เขียนคู่มือการปฏิบัติงาน ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงของการดำเนินการ

4. งานประชาสัมพันธ์และพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร

นางสาวเขมิกา กลิ่นเกษร เล่าให้ฟังว่า ครั้งที่แล้วหลังจากที่ได้มีการประชุมกันก็ได้มีการสรุป Flowchart ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในงาน มีงานอะไรบ้าง จะแยกเป็นงานประจำ และงานเชิงรุก มีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้งานเป็นระบบมากขึ้น ปัญหาของเราล่าช้า ได้วิเคราะห์งานแล้วพบว่า เกิดจากการได้รับข้อมูลที่ล่าช้าและที่ไม่สมบูรณ์ มีงานด่วนมาแทรกงานประจำ ซึ่งทางเราก็ได้หาทางแก้แล้ว ได้มีการสรุปข้อมูลออกมาเป็นตาราง ในเรื่องเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ การถ่ายภาพ และได้จัดทำแบบฟอร์มให้ผู้มาขอใช้บริการบันทึก และก็จะมีการบันทึกว่าใครมาขอใช้



บริการแบบด่วน ด่วนที่สุด และเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลเพื่อหาแนวทางแก้ไข แต่สิ่งที่ยังประสบปัญหาก็คือ การที่ผู้ใช้บริการไม่ยอมขึ้นมารอกแบบฟอร์ม หรือการส่งข้อมูลทาง E-mail หลังจากเลิกงานไปแล้ว ซึ่งไม่มีใครทราบว่าจะต้องไปถ่ายภาพในวันรุ่งขึ้นตอนเช้า ซึ่งทางเราก็ได้เก็บบันทึกข้อมูลไว้แล้ว และแนวทางแก้ไขของเราก็คือจะประชาสัมพันธ์เรื่องการส่งข้อมูลผ่านระบบ NSTV และในงานเชิงรุก ก็เริ่มจัดทำ NSPR ซึ่งนายอนุกุล ม่วงโมรี ได้กล่าวเสริมเรื่อง ระบบ NSPR ไว้ว่าการที่ได้พัฒนาระบบ NSPR เนื่องจากปัญหาของการที่ผู้ใช้บริการต้องขึ้นมารอกแบบฟอร์มขอใช้บริการที่ชั้น 6 และผู้ใช้บริการไม่ว่างมารอกแบบฟอร์ม ก็เลยทำระบบนี้ขึ้นมาเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถกรอกแบบฟอร์มจากที่ไหนก็ได้ผ่านอินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถส่งข่าวได้อย่างรวดเร็ว และระบบนี้ก็จะมีการแจ้งว่าทางงานได้รับข้อมูลแล้วและได้ดำเนินการอะไรไปบ้างแล้ว ซึ่งช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการได้ ซึ่งตอนนี้ยังขาดเรื่องของการทำคู่มือการใช้งาน และการประชาสัมพันธ์ให้ใช้ระบบดังกล่าว

นางสาวณัฐริกา ฝางแก้ว ได้กล่าวเสริมว่า เกี่ยวกับเรื่องของการส่งข้อมูลทาง E-mail หลังจากเลิกงานไปแล้ว และจะต้องไปถ่ายภาพในวันรุ่งขึ้นตอนเช้า ซึ่งคิดว่าเป็นปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร เพราะการส่งข้อมูลทาง E-mail เพียงอย่างเดียวและไม่มีการโทรแจ้ง เราที่เป็นคนทำงานจะไม่รู้เลยว่าจะต้องทำอะไร ดังนั้นขอเพียงแค่ให้คุยแค่ให้แจ้ง เราก็จะมีข้อมูลมาดำเนินการได้

วิทยากรได้กล่าวเสริมว่า Flowchart ที่นำมา ทำได้ดีมาก แต่อยากให้เสริมเพิ่มเติม ในเรื่องของ Output, Outcome และ Customer Voice จะทำให้งานดีขึ้น

5. งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

นายวัชรินทร์ ควรหาเวช ได้กล่าวว่า KM ที่ทำสืบเนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีหน้าที่ต้องแก้ไขปัญหาคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา จึงประชุมกันในงานว่าจะแก้ไขกันอย่างไร เพราะ ขณะนี้มีโปรแกรมเมอร์เพียงคนเดียวที่สามารถแก้ไขปัญหาคอมพิวเตอร์ได้ จึงทำให้เกิดความล่าช้า จึงคิดว่าน่าจะช่วยแบ่งเบาภาระ โดยทุกครั้งที่ไปแก้ปัญหาคอมพิวเตอร์ พอกลับมาจะมีการบันทึกว่ามีปัญหาอะไรบ้างและได้ใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรไว้ทุกครั้ง ปัญหาไหนที่แก้ไขไม่ได้ก็จะจดบันทึกไว้ก่อน แล้วรอให้โปรแกรมเมอร์มาช่วยแก้ไข และปัญหาที่เก็บไว้ทั้งหมดจะรวบรวมไว้แล้วนำมาเขียนเป็นบทความ /วิดีโอคลิปวิธีการแก้ปัญหาเบื้องต้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในงานได้พัฒนาตนเองในการแก้ไขปัญหาคอมพิวเตอร์ด้วย และในอนาคตวางแผนไว้ว่าจะรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ขึ้นเว็บไซต์ เพื่อให้คนที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาเดียวกันสามารถใช้ข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

นางสาวขวัญใจ เนียมพิทักษ์ ได้กล่าวเสริมเพิ่มเติม ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลมาตั้งแต่การประชุมครั้งก่อนหน้า ซึ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้เป็นคนจัดประกายและพยายามผลักดันและกระตุ้น จนพวกเราได้จัดทำขึ้นมาด้วยการทำงานกันเป็นทีม สุดท้ายเป้าหมายของพวกเราจะทำให้เกิดการใช้คนให้ตรงงาน พวกเราอ่อนด้อยในเรื่องของการแก้ปัญหาคอมพิวเตอร์ก็จะเรียนรู้จากผู้ที่เชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น สิ่งนี้คือการเชื่อมโยง KM ที่พวกเราทำ

6. งานทรัพยากรบุคคล

นางสาวสิริลักษณ์ หยองอนุกุล ได้เล่าให้ฟังว่า ที่งานก็มีการประชุมเพื่อพูดคุยกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในงาน และสิ่งที่กำลังดำเนินการอยู่ก็คือการจัดทำฐานข้อมูลของงานทรัพยากรบุคคล เนื่องจากปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นในงานคือ เวลาที่บุคลากรในคณะฯ มาขอข้อมูล แล้วงานทรัพยากรบุคคลไม่สามารถตอบโจทย์ได้ทันเวลา ซึ่งในขณะนี้อยู่ระหว่างการประสานงานกับงาน IT ในเรื่องของการออกแบบ ส่วนที่งานทรัพยากรบุคคลก็อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ครอบคลุมกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น

7. งานพิพิธภัณฑ

นางสาวอัญชลี เฟลินมาลัย ได้กล่าวว่า เนื่องจากงานพิพิธภัณฑเป็นงานใหม่ ดังนั้นจึงยังไม่มีการจัดเก็บหนังสือ เอกสารที่เป็นระบบ ดังนั้นจึงวางแผนการทำฐานข้อมูลเอกสารจดหมายเหตุที่เก็บไว้ตามตู้ต่างๆ ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการไปแล้ว เพียงแต่ว่ายังไม่ได้ทำเป็นฐานข้อมูล Online ซึ่งจะทำให้เราสามารถค้นหาข้อมูลได้ง่ายขึ้น และเวลาที่มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มาดูงานพิพิธภัณฑก็จะมีการแจกแบบประเมินที่เป็นกระดาษ ซึ่งตอนนี้ก็ได้ลองเปลี่ยนมาใช้เป็นการประเมินผ่านเว็บด้วย Google Document ซึ่งพบว่านักศึกษาไม่ให้ความร่วมมือในการตอบเท่าที่ควร

8. งานหอพัก

นางสาวสุวิธนา อภิมนต์บุตร ได้เล่าให้ฟังว่า ได้วางแผนจะทำฐานข้อมูลผู้พักอาศัย เราจะมีข้อมูลนักศึกษาส่วนหนึ่ง และอาจจะเชื่อมโยง ซึ่งอาจจะต้องขอให้ IT ช่วย

9. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ ได้เล่าให้ฟังว่า ได้มีการใช้ KM หลายๆ ด้านทั้งในด้านการเรียนการสอน โดยเป็น Facilitator ให้กับผู้เรียนในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ให้นักศึกษาไปดูคนไข้และตรวจร่างกายคนไข้โดยที่ยังไม่ต้องอ่าน Chart ส่วนตัวอาจารย์ก็ไป Facilitate ด้วย ในกรณีที่นักศึกษามีคำถามก็จะให้คำแนะนำ ก็พบว่านักศึกษาได้ใช้ทักษะในการตรวจร่างกายที่ดี นอกจากนี้ก็ยังได้เคยเข้าไปที่ Gotoknow ก็ได้ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการตั้งคำถามกับนักศึกษาว่า นักศึกษาขึ้น Ward มาเพื่อต้องการอะไร เพื่อให้ นักศึกษาได้คิด รวมถึงการสอนในวิชาประเด็นและแนวโน้ม โดยใช้ให้นักศึกษาเห็นประเด็นว่าแนวโน้มการใช้การจัดการความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลเป็นอย่างไร ซึ่งนักศึกษาต้องวิเคราะห์และวิจารณ์ได้ และในฐานะที่เป็นกรรมการ KM ของภาควิชา และได้อบรม KM Facilitator แล้ว ก็ได้จัดการความรู้ในภาควิชาโดยให้อาจารย์มาแลกเปลี่ยนความรู้ที่อาจารย์มีส่วนร่วม และคนในภาควิชาที่เริ่มต้นตัว ซึ่งต่อไปก็อาจจะเอาปัญหาด้านการเรียนการสอนมาพูดคุยกัน ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือดี

วิทยากรได้กล่าวเสริมว่า อาจารย์เป็น Facilitate ในภาควิชา และในการเรียนการสอนด้วย มีการใช้กระบวนการเรียนรู้ที่ให้นักได้เรียนรู้ด้วยตนเอง การอ่านจาก Chart ที่คนอื่นเขียนมา ก็จะไม่รู้ว่าหมายถึงอะไร แต่ถ้า นักศึกษาได้ไปถามก็จะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่เรียกว่า Action Learning



10. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

รองศาสตราจารย์ ดร.วินัส ลิพทกุล ได้กล่าวว่า ได้มีการพัฒนาการวิจัยของภาควิชา แต่อาจารย์มีเวลาน้อย รวมถึงการมีความหลากหลายในภาควิชา ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหาร ผู้สูงอายุ และทักษะพื้นฐาน ตนเองก็ได้รวบรวมงานวิจัยของภาควิชา ทำให้ได้ข้อมูลและหา Theme การวิจัยของภาควิชา และมีการประชุมพูดคุยกันซึ่งส่วนใหญ่จะจัดแบบเป็นทางการ โดยมีกระบวนการเริ่มต้นจากการสัมมนา เพื่อหา Theme วิจัย และเริ่มหาแนวทางว่าจะเดินไปทางไหน และมีการเชิญวิทยากรมาบรรยายเพื่อสร้างกรอบการวิจัยให้กับพวกเรา และให้อาจารย์แลกเปลี่ยนข้อมูลกันและบอกว่าจะเข้ามามีส่วนร่วมในส่วนไหนของการวิจัยของภาควิชา ทำให้เรามีทิศทางของการพัฒนา Theme วิจัยของภาควิชาที่ชัดเจนขึ้น

รองศาสตราจารย์ จันทนา รณฤทธิวิชัย ได้กล่าวว่า ในฐานะที่เป็นหัวหน้าภาควิชา นั้น จะพยายามทำ KM ในเนื้อหาของภาควิชา เพราะ KM เป็นเรื่องที่สำคัญ เป็นเรื่องที่อยู่ในการประกันคุณภาพและในยุทธศาสตร์ จึงพยายามทำกิจกรรมโดยให้อยู่ในเนื้อหาของอาจารย์ และให้มีความร่วมมือกันในการทำทุกครั้ง แต่ปัญหาคือในภาควิชามีความหลากหลาย ทั้งในงานบริหาร ผู้สูงอายุ และทักษะพื้นฐาน ดังนั้นเวลาทำอะไรก็ตามในบางเรื่องก็จะไม่มีความพร้อมกันในการทำ KM ดังนั้นก็เลยพยายามที่จะกำหนดวันเวลาที่ชัดเจนว่าจะทำอะไร และเมื่อใด เพื่อให้ได้ความร่วมมือที่จะจัดสรรเวลามาพร้อมๆ กัน และสิ่งหนึ่งที่ได้ทำ KM มาแล้ว 3 ปี ก็คือการทำความเข้าใจร่วมกันในการใช้แบบประเมินทักษะพื้นฐานที่ใช้ประเมินผู้เรียน เพื่อให้การประเมินของอาจารย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

11. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

รองศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ จินตนาติก ได้เล่าให้ฟังว่า ตนเองเคยทำงานอยู่กับน้องๆ ในกลุ่มงานพัฒนา ซึ่งก็ทำ KM กันแบบลูกทุ่งๆ จึงรู้สึกชอบ KM เพราะพอได้คุยกันเป็นประจำทำให้เกิดความเข้าใจว่าแต่ละคนทำงานอะไรกัน และพอถึงเวลาก็จะมาช่วยกัน รู้ว่าใครจะช่วยอะไรใครได้บ้าง ณ ปัจจุบัน ตนเองกลับมาทำงานที่ภาควิชาแล้ว มีงาน 1 ชิ้นที่ทำมานานถึง 9 ปี ก็เลยคิดว่าน่าจะมีการถอดบทเรียนงานตรงนี้ออกมา เราได้เรียนรู้อะไรบ้าง และสุดท้ายก็จะทำออกมาเป็นหนังสือ อีกเรื่องที่ยากจะแบ่งปันก็คือ ประธาน KM ของภาควิชา ได้มีการจัด KM ทุกเดือน และมีคนลืคิดว่าสรุปแล้วเราได้เรียนรู้อะไรในแต่ละครั้ง แต่ปัญหาที่พบคือ KM ที่ทำ ไม่ได้ทำเป็น Series ก็เลยคิดว่าต่อไปคงจะทำในเรื่องของการพัฒนา Theme วิจัยของภาควิชาขึ้นมา

12. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ รัตนธัญญา ได้เล่าให้ฟังว่า ที่ภาควิชามีคณะกรรมการ KM เช่นกัน โดยจะมีการกำหนดประเด็นของการทำ เช่น เรื่องวิจัย ที่ภาควิชามีอาจารย์ที่เก่งในเรื่อง Participatory Research ก็จะมีเชิญให้มาเล่าให้อาจารย์ในภาควิชาฟัง และมีใครไปได้ทุนวิจัยที่ไหนมาก็จะมาเล่าให้ฟังกัน ซึ่งมีคนเข้าน้อย ในระยะหลังจึงเปลี่ยนวิธีการใหม่ โดยให้คิดเรื่องที่ตนเองอยากจะเล่า จากการสังเกตพบว่าบรรยากาศของการทำ KM มีผลต่อ

การเล่ามาก เราทำก่อนการประชุมภาควิชาโดยจะพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อน และประมาณครึ่ง ชม.ก่อนการประชุมภาควิชาก็จะให้เล่า ใครอยากเล่าเรื่องอะไรก็ได้ โดยมีกติกาว่าอย่าตีเทียนกันทำให้บรรยากาศดีขึ้น ซึ่งตอนนี้ทำมากกว่า 1 ปีแล้ว อาจารย์ก็จะแจ้งว่าจะเล่าเรื่องอะไร ทำให้เรื่องเล่าเยอะขึ้น สำหรับเรื่องการจัดการเรียนการสอน นักศึกษามีการลงชุมชน จึงให้นักศึกษามาประชุมกันว่าได้เรียนรู้อะไรและมีการถอดบทเรียน ในส่วนของการบริการวิชาการ คณะฯ มีการให้บริการวิชาการในชุมชน ก็จะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในชุมชน การทำโครงการต่างๆ ก็จะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และให้เขาถอดบทเรียนด้วยว่าได้เรียนรู้อะไร แต่ปัญหาคือพอถอดบทเรียนจบ ข้อมูลก็จะอยู่เฉพาะที่ชุมชน ที่คณะฯ เองไม่ได้มีการถอดบทเรียนของคณะฯ ซึ่งคงจะต้องเริ่มต้นทำแล้ว

ทำกิจกรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ได้กล่าวขอบคุณวิทยากรที่กรุณามาเป็นวิทยากรให้กับบุคลากรของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งวิทยากรได้กล่าวย้ำเสมอว่า การเริ่มต้นการจัดการความรู้ ต้องเริ่มต้นจากการจัดการความรู้สึกที่ดีๆ ต่อกัน ซึ่งดิฉันเชื่อว่าถ้าเรามีความรู้สึกที่ดีๆ ต่อกัน ก็จะทำให้เราเกิดความไว้วางใจและอยากที่แบ่งปันซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้เราได้ประโยชน์จากสิ่งที่เราแบ่งปันกันมากขึ้น





กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม ครั้งที่ 1/2555

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม ครั้งที่ 2555 เรื่อง การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร ในวันพุธที่ 11 กรกฎาคม 2555 เวลา 13.30-15.30 น. ณ ห้องประชุม 1103/1-2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ที่ได้เข้ารับการอบรมเรื่องการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร และนำความรู้ที่ได้มาแบ่งปันให้กับผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมได้รับฟัง วิทยากรคือ นางสาวอัญชลี เพลินมาลัย และ นางเบญจวรรณ คุ่มพงษ์พันธุ์ และมีผู้เข้าร่วมที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสารบรรณหลายท่านมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยนางสาวศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการ ได้ตั้งคำถามกับวิทยากรทั้ง 2 ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. คำถาม ที่มาที่ไปของการไปอบรมเรื่อง การบริหารสารบรรณด้านการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสาร ในครั้งนี้

ตอบ วิทยากรทั้ง 2 ท่าน เล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนไปอบรม โดยมีปัญหาเรื่องการจัดเก็บเอกสาร ยังจัดเก็บไม่เป็นระบบ ยังไม่รู้หลักการเรื่องของการลงรับ-ส่งเอกสาร การตั้งชื่อหมวดหมู่แฟ้มเอกสาร และไม่รู้หลักปฏิบัติของการทำลายเอกสาร รวมทั้งฐานข้อมูลระบบสารบรรณที่ใช้อยู่มีปัญหาในการเรียกใช้งาน เนื่องจากการตั้งเลขรับหนังสือไม่เป็นไปโดยอัตโนมัติ ทำให้ค้นหาลำบาก

2. คำถาม มาตรฐานการจัดเก็บเอกสารที่มีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร

ตอบ จริงๆ แล้วหลายๆ หน่วยงานได้มีการพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นมาเพื่อใช้ในการจัดการระบบงานเอกสารสารบรรณ ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป โดยมาตรฐานแล้วการจัดเก็บเอกสารที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

1. จำแนก คือ จำแนกประเภทเอกสารตามลักษณะที่จะอำนวยความสะดวก
2. เก็บให้ถูกต้องหมวด คือ ควรกำหนดประเภทเอกสารที่จัดเก็บ
3. นำมาใช้ได้เร็ว คือ เก็บเอกสารที่ใช้บ่อยๆ ไว้ที่ลิ้นชักที่ 1 หรือ 2
4. ไม่ควรเก็บหนังสือปนกับแฟ้มเอกสาร และไม่ควรถูกแดด เพราะจะทำให้แฟ้มหนาและไม่สวยงาม
5. เครื่องครัด คือ ควบคุมการจัดเก็บอย่างเคร่งครัด เมื่อมีการหยิบมาใช้งาน และใช้เสร็จเรียบร้อยแล้วก็ควรจะเก็บในที่ เพื่อป้องกันการลืม
6. ใช้บัตรยืม คือ กรณีที่มีผู้ยืมเอกสารหรือแฟ้มควรใช้บัตรยืมไว้แทนที่ เพื่อเป็นการเตือนความจำว่าใครเป็นผู้ยืม จะได้ติดตามคืนได้ถูก
7. ใช้เครื่องมืออุปกรณ์เก็บเอกสารที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. คำถาม ระบบมาตรฐานในการจัดเก็บเอกสารแบ่งเป็นกี่ประเภท

ตอบ การจัดเก็บเอกสารมี 4 ประเภท คือ

1. เรียงตามตัวอักษรหรือหัวเรื่อง คือการจำแนกเอกสารออกเป็นหัวข้อใหญ่ ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ เอกสารโดยทั่วไปจะมีหัวข้อใหญ่ๆ 11 หมวด ได้แก่
 - 1) การเงิน งบประมาณ 2) คำสั่ง ระเบียบ คู่มือ ประกาศ มติ
 - 3) โต้ตอบ 4) บริหารทั่วไป
 - 5) บริหารบุคคล 6) เบ็ดเตล็ด
 - 7) ประชุม 8) ฝึกอบรม ดูงาน บรรยาย วิทยากร
 - 9) วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง 10) รายงาน สถิติ และแบบสอบถาม
 - 11) โครงการ แผนงาน วิจัย
2. เรียงตามชื่อหน่วยงานหรือบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องด้วย โดยเรียงตามลำดับตัวอักษรพยัญชนะไทย
3. เรียงสถานที่ตั้งของหน่วยงาน โดยเรียงตามลำดับตัวอักษรพยัญชนะไทย
4. เรียงตามเลขรหัสแทนเรื่องหนึ่ง เช่น รหัสหนังสือในห้องสมุด

โดยทั่วไปแล้ว หน่วยงานต่างๆ มักนิยมใช้ระบบการจำแนกเอกสารระบบที่ 1 มากที่สุด ทั้งหน่วยงานของราชการและเอกชน ทั้งนี้ในการจัดแฟ้มเอกสารนั้น จำเป็นต้องมี**บัญชีคุมแฟ้มเอกสาร** เพื่อความสะดวกในการค้นหาเอกสารและง่ายต่อการส่งเอกสารทำลายต่อไป

ข้อคิดเกี่ยวกับการจำแนกเรื่อง

1. กำหนดหัวข้อเรื่องที่สั้น กะทัดรัด แต่คลุมใจความทั้งหมด
2. หัวเรื่องแต่ละเรื่องไม่ควรซ้ำซ้อนหรือใกล้เคียงกัน
3. หัวข้อเรื่องแต่ละเรื่องควรมีความหมายเด่นชัด ตีความหมาย ได้เป็นอย่างดี
4. ควรใช้ภาษาง่ายๆ ที่รู้จักกันโดยทั่วไป

วิทยากร ได้ให้ผู้เข้าร่วมดูตัวอย่างการจัดทำสันแฟ้มของหน่วยงานที่ไปดูงานมา คือที่งานสารบรรณ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งบนสันแฟ้มจะปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อของหน่วยงาน หมวดเอกสาร เล่มที่ เลขที่ (กรณีที่ใช้มากกว่า 1 แฟ้ม ในหมวดเดียวกัน)



ภาพที่ 1 ตัวอย่างการจัดทำสันแฟ้มเอกสาร



วิธีการเรียงแฟ้มจะมีหลากหลายแบบ อาทิ เช่น เรียงตามสี ตามลำดับความสำคัญ หรือเรียงเป็นรูปภาพ ฯลฯ และการเก็บเอกสารในแฟ้ม จะเก็บเรียงตามวันที่ โดยมีบัญชีคุมแฟ้มเอกสารกำกับอยู่ด้านหน้า



ภาพที่ 2 ตัวอย่างการจัดเรียงแฟ้มเอกสาร

ลำดับ	ชื่อเอกสาร	เลขที่เอกสาร	ชื่อเอกสาร
1	13.4 ระเบียบ	13.4.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 1)
	13.5 ระเบียบ	13.5.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 2)
	13.6 ระเบียบ	13.6.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 3)
	13.7 ระเบียบ	13.7.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 4)
	13.8 ระเบียบ	13.8.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 5)
	13.9 ระเบียบ	13.9.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 6)
	13.10 ระเบียบ	13.10.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 7)
	13.11 ระเบียบ	13.11.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 8)
	13.12 ระเบียบ	13.12.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 9)
	13.13 ระเบียบ	13.13.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 10)
	13.14 ระเบียบ	13.14.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 11)
	13.15 ระเบียบ	13.15.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 12)
	13.16 ระเบียบ	13.16.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 13)
	13.17 ระเบียบ	13.17.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 14)
	13.18 ระเบียบ	13.18.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 15)
	13.19 ระเบียบ	13.19.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 16)
	13.20 ระเบียบ	13.20.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 17)
	13.21 ระเบียบ	13.21.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 18)
	13.22 ระเบียบ	13.22.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 19)
	13.23 ระเบียบ	13.23.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 20)
	13.24 ระเบียบ	13.24.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 21)
	13.25 ระเบียบ	13.25.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 22)
	13.26 ระเบียบ	13.26.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 23)
	13.27 ระเบียบ	13.27.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 24)
	13.28 ระเบียบ	13.28.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 25)
	13.29 ระเบียบ	13.29.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 26)
	13.30 ระเบียบ	13.30.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 27)
	13.31 ระเบียบ	13.31.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 28)
	13.32 ระเบียบ	13.32.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 29)
	13.33 ระเบียบ	13.33.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 30)
	13.34 ระเบียบ	13.34.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 31)
	13.35 ระเบียบ	13.35.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 32)
	13.36 ระเบียบ	13.36.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 33)
	13.37 ระเบียบ	13.37.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 34)
	13.38 ระเบียบ	13.38.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 35)
	13.39 ระเบียบ	13.39.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 36)
	13.40 ระเบียบ	13.40.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 37)
	13.41 ระเบียบ	13.41.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 38)
	13.42 ระเบียบ	13.42.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 39)
	13.43 ระเบียบ	13.43.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 40)
	13.44 ระเบียบ	13.44.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 41)
	13.45 ระเบียบ	13.45.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 42)
	13.46 ระเบียบ	13.46.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 43)
	13.47 ระเบียบ	13.47.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 44)
	13.48 ระเบียบ	13.48.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 45)
	13.49 ระเบียบ	13.49.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 46)
	13.50 ระเบียบ	13.50.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 47)
	13.51 ระเบียบ	13.51.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 48)
	13.52 ระเบียบ	13.52.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 49)
	13.53 ระเบียบ	13.53.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 50)
	13.54 ระเบียบ	13.54.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 51)
	13.55 ระเบียบ	13.55.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 52)
	13.56 ระเบียบ	13.56.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 53)
	13.57 ระเบียบ	13.57.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 54)
	13.58 ระเบียบ	13.58.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 55)
	13.59 ระเบียบ	13.59.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 56)
	13.60 ระเบียบ	13.60.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 57)
	13.61 ระเบียบ	13.61.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 58)
	13.62 ระเบียบ	13.62.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 59)
	13.63 ระเบียบ	13.63.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 60)
	13.64 ระเบียบ	13.64.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 61)
	13.65 ระเบียบ	13.65.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 62)
	13.66 ระเบียบ	13.66.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 63)
	13.67 ระเบียบ	13.67.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 64)
	13.68 ระเบียบ	13.68.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 65)
	13.69 ระเบียบ	13.69.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 66)
	13.70 ระเบียบ	13.70.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 67)
	13.71 ระเบียบ	13.71.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 68)
	13.72 ระเบียบ	13.72.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 69)
	13.73 ระเบียบ	13.73.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 70)
	13.74 ระเบียบ	13.74.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 71)
	13.75 ระเบียบ	13.75.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 72)
	13.76 ระเบียบ	13.76.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 73)
	13.77 ระเบียบ	13.77.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 74)
	13.78 ระเบียบ	13.78.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 75)
	13.79 ระเบียบ	13.79.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 76)
	13.80 ระเบียบ	13.80.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 77)
	13.81 ระเบียบ	13.81.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 78)
	13.82 ระเบียบ	13.82.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 79)
	13.83 ระเบียบ	13.83.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 80)
	13.84 ระเบียบ	13.84.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 81)
	13.85 ระเบียบ	13.85.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 82)
	13.86 ระเบียบ	13.86.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 83)
	13.87 ระเบียบ	13.87.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 84)
	13.88 ระเบียบ	13.88.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 85)
	13.89 ระเบียบ	13.89.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 86)
	13.90 ระเบียบ	13.90.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 87)
	13.91 ระเบียบ	13.91.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 88)
	13.92 ระเบียบ	13.92.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 89)
	13.93 ระเบียบ	13.93.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 90)
	13.94 ระเบียบ	13.94.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 91)
	13.95 ระเบียบ	13.95.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 92)
	13.96 ระเบียบ	13.96.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 93)
	13.97 ระเบียบ	13.97.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 94)
	13.98 ระเบียบ	13.98.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 95)
	13.99 ระเบียบ	13.99.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 96)
	14.00 ระเบียบ	14.00.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 97)
	14.01 ระเบียบ	14.01.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 98)
	14.02 ระเบียบ	14.02.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 99)
	14.03 ระเบียบ	14.03.1	ระเบียบ (ฉบับที่ 100)

ภาพที่ 3 ตัวอย่างการจัดทำบัญชีคุมแฟ้มเอกสาร

นางณัฐวรีย์ วรคุณพิเศษ และนางสมจิตต์ พุ่มรินทร์ จากงานบริหารจัดการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ใน เรื่องการบริหารงานสารบรรณ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องการจัดหมวดหมู่แฟ้มว่า ในทางปฏิบัติของ แต่ละ หน่วยงานอาจไม่ได้จัดทำทั้ง 11 หมวด แต่ละหน่วยงานสามารถปรับเปลี่ยนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหน่วยงานนั้นๆ ว่ามี ข้อมูลประเภทใดบ้างที่ต้องจัดเก็บ แต่ของงานบริหารจัดการซึ่งมีหน้าที่ด้านสารบรรณโดยตรง มีการจัดทำทั้ง 11 หมวด และมีการเพิ่มเติมในบางหมวด เช่น หมวดพิธีการ ซึ่งภายในแฟ้มก็จะแบ่งเป็นหนังสือเข้า ส่วนหนังสือปะหน้า แฟ้ม ที่มงานสารบรรณก็ไม่ได้ทำละเอียดเท่าตัวอย่างที่นำมาเสนอ การคุมแฟ้มจะคุมแค่เป็นช่วงตั้งแต่วันที่เท่าไรถึง วันที่เท่าไรเท่านั้น สำหรับการไปดูงานอาจไม่จำเป็นต้องนำมาใช้ทั้งหมด อาจนำมาใช้เพียงบางส่วนทั้งนี้ต้องปรับให้ เหมาะสมกับหน่วยงาน

สำหรับในส่วนของงานของภาควิชานั้น บางภาควิชามีการจัดหมวดหมู่ตาม 11 หมวด แต่บางภาควิชามีการจัดหมวดหมู่เพิ่มตามพันธกิจของภาควิชาซึ่งมี 5 พันธกิจ ซึ่งไม่เหมือนกัน ในหมวดใดที่ข้อมูลเยอะ ก็จะแบ่งเป็นหมวดย่อยๆ อีกรึ

4. คำถาม มีระยะเวลาของการจัดเก็บเอกสารอย่างไรบ้าง

ตอบ ในแต่ละหมวดจะมีระยะเวลาของการจัดเก็บเอกสารที่แตกต่างกัน ดังนี้

หมวดที่ 1 การเงินงบประมาณ

- งบประมาณ 2 ปี
- เงินเดือน ค่าจ้าง 3 ปี
- เงินสะสม เงินยืม
- เงินช่วยเหลือต่างๆ เช่น ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล
- เงินค่าใช้สอย เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์
- เงินค่าตอบแทน เช่น ค่าเบี้ยประชุม ค่าทำการนอกเวลา
- ค่าบำเหน็จบำนาญ
- เงินอุดหนุน ฯลฯ

หมวดที่ 2 คำสั่ง ระเบียบ คู่มือ มติ ครม.

กำหนดให้จัดเก็บเอกสารอันเกี่ยวกับคำสั่งของฝ่ายและกอง คำสั่งของหัวหน้าหน่วยงาน คำสั่งทั่วไป ระเบียบ ประกาศต่างๆ กฎหมาย กฎกระทรวง พระราชบัญญัติ คู่มือและมติต่างๆ **จนกว่าจะเปลี่ยนแปลง**

หมวดที่ 3 โต้ตอบ

ได้แก่เอกสารโต้ตอบที่บริจาค ที่ขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ การขอขมกกิจการ ฯลฯ

- จดหมายเข้า-ออก หนังสือเวียน 1 ปี
- จดหมายต่างประเทศ 3 ปี

หมวดที่ 4 บริหารทั่วไป

กำหนดให้จัดเก็บเอกสารอันเกี่ยวกับการแบ่งส่วนราชการ หน้าที่ความรับผิดชอบและเรื่อง หรือคำสั่งซึ่งมีลักษณะเป็นการบริหารงาน การมอบอำนาจหน้าที่ให้ทำหน้าที่แทนหรือรักษาการในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

- แผนภูมิการแบ่งส่วนงาน จนกว่าจะเปลี่ยนแปลง
- โฆษณา ประชาสัมพันธ์ 2 ปี
- ควบคุมคุณภาพงาน 3 ปี
- เรื่องด่วน จนกว่าจะเสร็จ



หมวดที่ 5 บริหารบุคคล

- ระเบียบคำสั่ง ประกาศ จนกว่าจะเปลี่ยนแปลง
- แฟ้มประวัติ จนกว่าจะออก
- ใบสมัครงาน 6 เดือน
- ฝึกอบรมสัมมนา ดูงาน 1 ปี
- ทดลองงาน 1 ปี

หมวดที่ 6 เบ็ดเตล็ด

กำหนดให้จัดเก็บเอกสารประเภทซึ่งไม่สามารถเข้าหมวดใดหมวดหนึ่งที่ตั้งไว้เป็นเรื่องพิเศษ และปริมาณเอกสารยังไม่มากพอที่จะตั้งขึ้นเป็นหมวดเอกสารใหม่ได้

- แฟ้มต่างๆ ในหมวดนี้ 1 ปี

หมวดที่ 7 ประชุม

ในหมวดนี้ กำหนดให้จัดเก็บเรื่องราวเกี่ยวกับการประชุมทั่วไป แต่ถ้าเป็นการประชุมเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งในหัวข้อที่กำหนดไว้ในหัวข้อนั้นๆ เช่น การประชุมเกี่ยวกับการพิจารณาโทษข้าราชการที่ผิดวินัยที่ต้องนำไปเอาแฟ้มที่ว่าด้วยการบริหารบุคคล เป็นต้น

- แฟ้มต่างๆ ในหมวดนี้ 1 ปี

หมวดที่ 8 ฝึกอบรม บรรยาย และดูงาน

- ฝึกอบรม สัมมนา หรือบรรยายเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 2 ปี
- บุคลากรได้รับทุนไปศึกษาต่อต่างประเทศ ในประเทศ จนกว่าจะเปลี่ยนแปลง

หมวดที่ 9 พัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง

- คำสั่ง ระเบียบ จนกว่าจะเปลี่ยนแปลง
- โครงการก่อสร้าง จนกว่าจะแล้วเสร็จ

หมวดที่ 10 สถิติและรายงาน

กำหนดให้จัดเก็บเอกสารประเภทรายงานและสถิติต่างๆ เช่น รายงานการตรวจอาคาร รายงานที่เกิด-ตาย รายงานการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง สถิติประชากร ฯลฯ เป็นต้น

- แฟ้มส่วนใหญ่ในหมวดนี้ 1 ปี
- โครงการที่สำคัญบางโครงการ 2-5 ปี

5. คำถาม กำหนดเวลาการทำลายเอกสาร โดยปกติจะต้องทำเมื่อใด

ตอบ โดยปกติการทำลายเอกสารนั้นจะกระทำในระยะเวลา 60 วันหลังจากสิ้นปีปฏิทิน

6. คำถาม การทำลายเอกสารมีขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร

ตอบ ขั้นตอนการทำลายเอกสารนั้น โดยทั่วไปมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อสิ้นปีปฏิทินสำรวจหนังสือเพื่อทำลายภายใน 60 วัน

ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งคณะกรรมการทำลายหนังสือ

ขั้นตอนที่ 3 คณะกรรมการฯพิจารณาหนังสือที่ขอทำลาย

ขั้นตอนที่ 4 คณะกรรมการฯควบคุมดูแลการทำลายหนังสือ

ขั้นตอนที่ 5 บันทึกเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติทราบ

7. คำถาม ขอลางานบริหารจัดการว่า ปกติทางงานบริหารจัดการจะส่งหนังสือมาขอให้ทำลายเอกสารเมื่อไหร่ และหน่วยงานจะต้องปฏิบัติอย่างไร

ตอบ นางณัฐวรีย์ วรรณพิเศษ และนางสมจิตต์ พุ่มรินทร์ จากงานบริหารจัดการ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการทำลายเอกสารของคณะฯ ว่า โดยปกติเมื่อถึงเวลาที่ต้องมีการทำลายเอกสาร ทางมหาวิทยาลัยจะส่งหนังสือมาที่คณะฯ จากนั้นก็จะมีกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการทำลายหนังสือ ซึ่งจะมีตัวแทนทั้งจากคณะฯ และมหาวิทยาลัยร่วมเป็นกรรมการ หลังจากนั้นงานบริหารจัดการจะส่งหนังสือเวียนไปตามหน่วยงานและภาควิชา เพื่อให้ส่งข้อมูลหนังสือที่จะทำลายกลับมา ซึ่งภาควิชา /หน่วยงานก็จะทำการคัดกรองว่าจะทำลายเอกสารใดบ้าง ซึ่งจะต้องเป็นเอกสารที่ครบจัดเก็บ โดยพิมพ์รายชื่อหนังสือที่ต้องการทำลายส่งคืนกลับมาให้งานบริหารจัดการ ทางคณะกรรมการฯ จะทำการตรวจสอบ ถ้าพบว่าหนังสือยังไม่ครบกำหนดทำลายก็จะเชิญเจ้าของเรื่องมาสอบถามถึงเหตุผล เมื่อเสร็จจึงรีบร้อย จึงส่งข้อมูลกลับไปให้มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยก็จะส่งข้อมูลไปที่หอจดหมายเหตุ เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทั้งหมดก็สามารถทำลายหนังสือนั้นๆ ได้ แต่ปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ บางหน่วยงานคิดว่า เอกสารที่ไม่ได้ใช้งานแล้วสามารถฉีกทิ้งเองได้ ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วไม่สามารถทำเช่นนั้นได้

8. คำถาม พอเราได้รู้มาตรฐานการจัดเก็บเอกสารและการทำลายเอกสารแล้ว เราได้เอามาประยุกต์กับงานของเราอย่างไร

ตอบ ในประเด็นนี้วิทยากรได้นำเสนอตัวอย่างการจัดทำบัญชีคุมรายละเอียดเรื่องเข้าแฟ้มที่ตนเองได้พัฒนาขึ้นมาเอง โดยจัดเก็บลงในไฟล์ Excel ซึ่งประกอบด้วยคอมลัมน์ต่างๆ ดังนี้

เลขที่หนังสือ/ลงวันที่/เลขที่รับหนังสือ/ชื่อเอกสาร/หน่วยงานที่ส่งเอกสาร/ผู้รับเอกสาร/วิธีการพิจารณา/ผลการพิจารณา/หมวดการจัดเก็บเอกสาร/เอกสารแนบ

และในส่วนของเอกสารแนบนั้น ได้ทำการ Scan เอกสารให้เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และแนบในไฟล์ Excel เลย โดยใช้คำสั่ง Hyperlink ซึ่งการแนบเอกสารนี้มีข้อดี คือ ทำให้เราสามารถหาไฟล์หนังสือได้ง่ายขึ้น

เอกสารประกอบ

แนวทางการจัดแยกหมวดหมู่เอกสารตามหัวข้อเรื่อง

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 1 การเงิน งบประมาณ

รหัสหมวดย่อย	1.1 ระเบียบการเงิน	รหัสหมวดย่อย	1.6 เงินรายได้
รหัสเพิ่ม	1.1.1	รหัสเพิ่ม	1.6.1
	1.1.2		1.6.2
รหัสหมวดย่อย	1.2 เงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว	รหัสหมวดย่อย	1.7 การมอบอำนาจในการอนุมัติเงิน
รหัสเพิ่ม	1.2.1	รหัสเพิ่ม	1.7.1
	1.2.2		1.7.2
รหัสหมวดย่อย	1.3 ค่าตอบแทน	รหัสหมวดย่อย	1.8 การเงินทั่วไป
รหัสเพิ่ม	1.3.1	รหัสเพิ่ม	1.8.1
	1.3.2		1.8.2
รหัสหมวดย่อย	1.4 ค่าใช้สอย ค่าสาธารณูปโภค	รหัสหมวดย่อย	1.9 บัญชีและการตรวจสอบ
รหัสเพิ่ม	1.4.1	รหัสเพิ่ม	1.9.1
	1.4.2		1.9.2
รหัสหมวดย่อย	1.5 เงินอุดหนุน เงินช่วยเหลือ	รหัสหมวดย่อย	1.10 ระเบียบงบประมาณ
รหัสเพิ่ม	1.5.1	รหัสเพิ่ม	1.10.1
	1.5.2		1.10.2

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 2 คำสั่ง ประกาศ ระเบียบ คู่มือ

รหัสหมวดย่อย	2.1 คำสั่ง	รหัสหมวดย่อย	2.4 พรบ. พรก. พรฎ
รหัสเพิ่ม	2.1.1	รหัสเพิ่ม	2.4.1
	2.1.2		2.4.2
รหัสหมวดย่อย	2.2 ระเบียบ	รหัสหมวดย่อย	2.5 คู่มือ
รหัสเพิ่ม	2.2.1	รหัสเพิ่ม	2.5.1
	2.2.2		2.5.2
รหัสหมวดย่อย	2.3 มติ ครม.		
รหัสเพิ่ม	2.3.1		
	2.3.2		



รหัสหมวดใหญ่ หมวด 3 โต้ตอบทั่วไป ขอความร่วมมือ ข่ายการประชาสัมพันธ์ หนังสือเวียน

รหัสหมวดย่อย	3.1 โต้ตอบทั่วไป	รหัสหมวดย่อย	3.4 เวียนภายในเพื่อทราบ
รหัสเพิ่ม	3.1.1 ตอบขอบคุณการรับบริจาคหนังสือ-วารสาร	รหัสเพิ่ม	3.4.1 3.4.2
รหัสหมวดย่อย	3.2 ขอความร่วมมือ	รหัสหมวดย่อย	3.5 เวียนภายนอกเพื่อทราบ(เช่น มติ ครม. ระเบียบ ประกาศของหน่วยงานอื่น)
รหัสเพิ่ม	3.2.1 ขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายใน 3.2.2 ขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก	รหัสเพิ่ม	3.5.1 3.5.2
รหัสหมวดย่อย	3.3 ข่าวสารประชาสัมพันธ์		
รหัสเพิ่ม	3.3.1 3.3.2		

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 4 บริหารทั่วไป

รหัสหมวดย่อย	4.1 การจัดตั้งแบ่งส่วนราชการ หน้าที่ ความรับผิดชอบ	รหัสหมวดย่อย	4.4 หลักการและการปฏิบัติราชการ
รหัสเพิ่ม	4.1.1 4.1.2	รหัสเพิ่ม	4.4.1 หลักปฏิบัติภายใน 4.4.2 หลักปฏิบัติทั่วไป 4.4.3 การเดินทางไปปฏิบัติราชการ 4.4.4 เวร-ยาม การดูแลสถานที่ราชการ 4.4.5
รหัสหมวดย่อย	4.2 มอบหมาย ปฏิบัติราชการแทน รักษา ราชการแทน	รหัสหมวดย่อย	4.5 สถานที่ตั้งราชการ
รหัสเพิ่ม	4.2.1 4.2.2	รหัสเพิ่ม	4.5.1 4.5.2
รหัสหมวดย่อย	4.3 กรรมการต่างๆ	รหัสหมวดย่อย	4.6 สมาคม ชมรม มูลนิธิ สโมสร ข้าราชการ
รหัสเพิ่ม	4.3.1 4.3.2	รหัสเพิ่ม	4.6.1 4.6.2

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 5 บริหารบุคคล

รหัสหมวดย่อย	5.1 ระเบียบบริหารบุคคล	รหัสหมวดย่อย	5.8 วิจัย สอบสวน
รหัสเพิ่ม	5.1.1 ระเบียบการลา 5.1.2	รหัสเพิ่ม	5.8.1 5.8.2
รหัสหมวดย่อย	5.2 รับสมัคร	รหัสหมวดย่อย	5.9 ทะเบียนประวัติ
รหัสเพิ่ม	5.2.1 5.2.2	รหัสเพิ่ม	5.9.1 5.9.2
รหัสหมวดย่อย	5.3 สอบบรรจุ แข่งขัน คัดเลือก	รหัสหมวดย่อย	5.10 ลูกจ้าง
รหัสเพิ่ม	5.3.1 5.3.2	รหัสเพิ่ม	5.10.1 ระเบียบเกี่ยวกับลูกจ้าง 5.10.2
รหัสหมวดย่อย	5.4 กำหนดตำแหน่ง อัตราเงินเดือน อัตรากำลัง	รหัสหมวดย่อย	5.11 เกษียณ
รหัสเพิ่ม	5.4.1 5.4.2	รหัสเพิ่ม	5.11.1
รหัสหมวดย่อย	5.5 บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อนขั้น เลื่อนระดับ เลื่อนเงินเดือน ปรับวุฒิ คุณวุฒิ	รหัสหมวดย่อย	5.12 สวัสดิการ การต่ออายุหนังสือ เดินทาง
รหัสเพิ่ม	5.5.1 5.5.2	รหัสเพิ่ม	5.12.1 หนังสือเดินทาง 5.12.2 หนังสือรับรอง 5.12.3
รหัสหมวดย่อย	5.6 โอน ย้าย ยืมตัว การลาต่างๆ	รหัสหมวดย่อย	5.13 บำเหน็จบำนาญ
รหัสเพิ่ม	5.6.1 5.6.2	รหัสเพิ่ม	5.13.1 5.13.2
รหัสหมวดย่อย	5.7 เครื่องราชอิสริยาภรณ์ เกียรติคุณ		
รหัสเพิ่ม	5.7.1 5.7.2		

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 6 เบ็ดเตล็ด

รหัสหมวดย่อย	6.1 เบ็ดเตล็ดภายใน เช่น การบริจาค การกุศล	รหัสหมวดย่อย	6.2 เบ็ดเตล็ดจากหน่วยงานภายนอก
รหัสเพิ่ม	6.1..1 6.1..2	รหัสเพิ่ม	6.2..1 6.2..2



รหัสหมวดใหญ่ หมวด 7 ประชุม สัมมนา

รหัสหมวดย่อย	7.1 ประชุม (อ.กม.กระทรวง กอง ฯลฯ)	รหัสหมวดย่อย	7.2 ประชุมคณะกรรมการ
รหัสเพิ่ม	7.1.1	รหัสเพิ่ม	7.2.1

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 8 ทุนฝึกอบรม ดูงาน บรรยาย วิทยากร

รหัสหมวดย่อย	8.1 ทุนฝึกอบรมในประเทศ	รหัสหมวดย่อย	8.4 ดูงานต่างประเทศ
รหัสเพิ่ม	8.1.1	รหัสเพิ่ม	8.4.1
	8.1.2		8.4.2
รหัสหมวดย่อย	8.2 ทุนฝึกอบรมต่างประเทศ	รหัสหมวดย่อย	8.5 อบรม บรรยาย วิทยากร
รหัสเพิ่ม	8.2.1	รหัสเพิ่ม	8.5.1
	8.2.2		8.5.2
รหัสหมวดย่อย	8.3 ดูงานภายในประเทศ		
รหัสเพิ่ม	8.3.1		
	8.3.2		

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 9 พัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง

รหัสหมวดย่อย	9.1 พัสดุ ครุภัณฑ์	รหัสหมวดย่อย	9.2 ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง
รหัสเพิ่ม	9.1.1	รหัสเพิ่ม	9.2.1
	9.1.2		9.2.2

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 10 รายงาน สถิติ และแบบสอบถาม

รหัสหมวดย่อย	10.1 รายงาน	รหัสหมวดย่อย	10.3 แบบสอบถาม
รหัสเพิ่ม	10.1.1	รหัสเพิ่ม	10.3.1
รหัสหมวดย่อย	10.2 สถิติ		
รหัสเพิ่ม	10.2.1		

รหัสหมวดใหญ่ หมวด 11 โครงการ แผนงาน วิจัย

รหัสหมวดย่อย	11.1 โครงการ	รหัสหมวดย่อย	11.2 แผนงาน
รหัสเพิ่ม	11.1.1	รหัสเพิ่ม	11.2.1
	11.1.2		11.2.2



บัญชีคุมรายละเอียดเอกสารภายในแฟ้ม

แผ่นที่.....

ชื่อแฟ้มเอกสาร.....รหัสของแฟ้มเอกสาร.....

งาน/หมวด.....แผนก/ฝ่าย.....กอง.....กรม.....

ลำดับที่	ชื่อเอกสาร	เลขที่หนังสือ	ลงวันที่ เดือน พ.ศ.	เลขที่รับหนังสือ	หมายเหตุ

บัตรยืมเอกสาร

ตู้ที่.....ลิ้นชักที่.....

ลำดับที่	เอกสารที่ยืม	เลขที่หนังสือ	ลงวันที่	ผู้ยืม	วันที่ยืมเอกสาร	วันที่ส่งคืนเอกสาร

บัญชีหนังสือขอทำลาย

บัญชีหนังสือขอทำลาย ประจำปี

กระทรวงทบวง.....

กรม..... วันที่.....

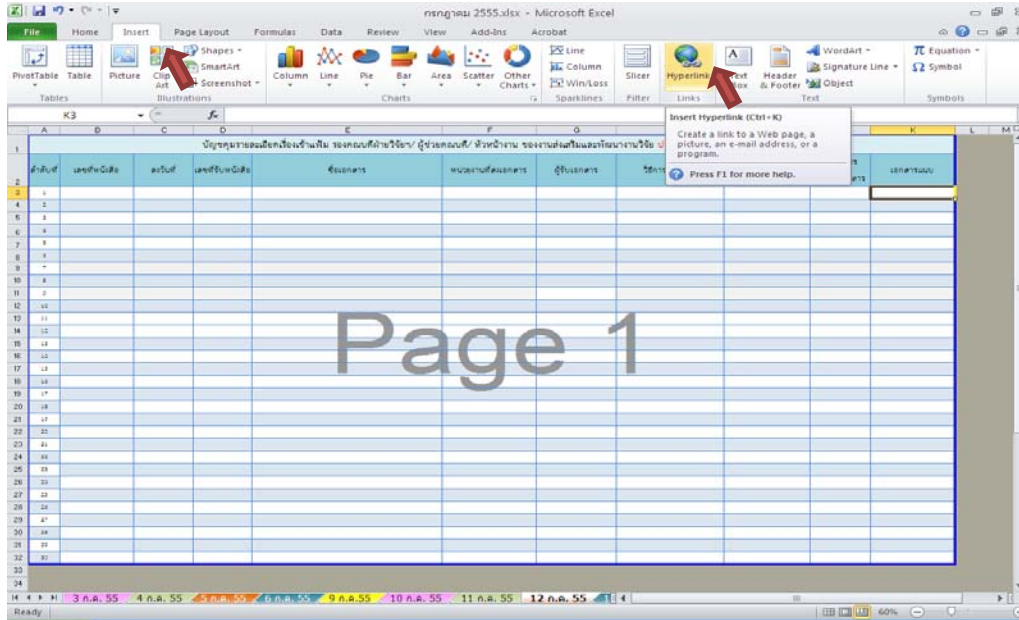
กอง..... แผ่นที่.....

ลำดับที่	รหัสแฟ้ม	ที่	ลงวันที่	เลขทะเบียนรับ	เรื่อง	การพิจารณา	หมายเหตุ

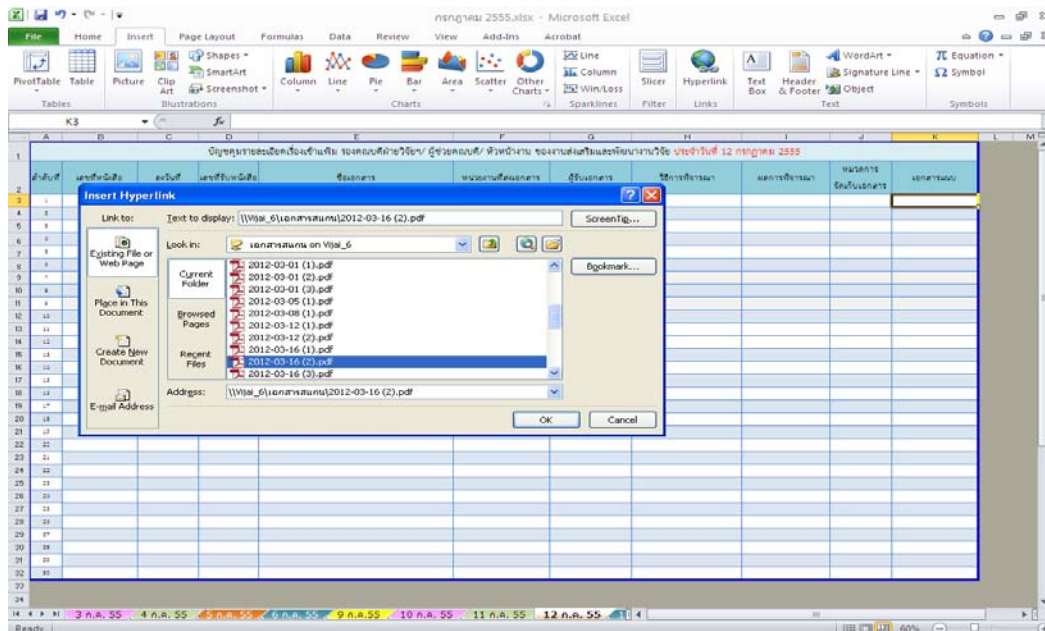


วิธีการทำ Hyperlink

1. เมื่อดำเนินการสแกนเอกสารเรียบร้อยแล้วให้ คลิก ที่ช่องที่ต้องการแนบเอกสาร และคลิกที่ Menu Bar เลือก Menu Insert และ Hyperlink



2. เมื่อคลิก Hyperlink แล้ว ให้เลือก Folder ที่เก็บเอกสารสแกน และคลิกเลือก File ที่ต้องการแนบ กด OK เอกสารที่ต้องการแนบจะปรากฏในตารางทันที



สอนอย่างไรให้คิดอย่างมีวิจารณญาณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย ผู้ลิขิต

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “สอนอย่างไรให้คิดอย่างมีวิจารณญาณ” ขึ้น เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2555 เวลา 11.30-13.00 น. ณ ห้อง 1 004 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับเกียรติจากรองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ มาเป็นวิทยากร

เริ่มต้นกิจกรรมกับวิทยากร

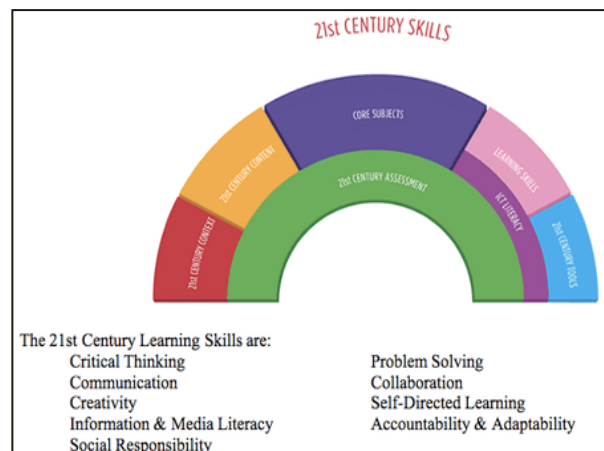
รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสอบถามถึงความตั้งใจในการมาเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นที่ว่า ที่เข้ามาร่วมเพราะต้องการทราบว่า การสอนให้นักศึกษาคิดอย่างมีวิจารณญาณ นั้นจะต้องทำอย่างไร และผู้เข้าร่วมกิจกรรมก็ได้บอกถึงความหมายของ คำว่าการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หมายถึงการคิดอย่างรอบคอบ คิดอย่างมีเหตุมีผล และคิดแบบค้นหาคำตอบ

การเรียนการสอนใน 21st century

รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ ได้กล่าวถึงการเรียนการสอนใน 21st century ซึ่งในปัจจุบันเป็นที่พูดถึงกันค่อนข้างมาก เพราะต้องการให้ผู้เรียนเกิดทักษะด้าน Learning and Innovation Skills (4Cs – Critical Thinking, Communication, Collaboration, Creativity), Life and Career Skills และ Information, Media, and Technology Skills ดังนั้นเมื่อต้องการให้ผู้เรียน เกิด Critical Thinking จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสอนให้ คิดอย่างมีวิจารณญาณได้

นอกจากนี้ มาตรฐานผลการเรียนรู้ระดับปริญญาตรีตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี ต้องการให้ผู้เรียนเกิดทักษะในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. คุณธรรม จริยธรรม
2. ความรู้: ศาสตร์พื้นฐานทั่วไป ศาสตร์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง เข้าใจและประยุกต์ใช้ได้
3. ทักษะทางปัญญา คิดเป็นระบบ เข้าใจวิเคราะห์ และแก้ปัญหาได้
4. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ





5. ทักษะการคิดวิเคราะห์ สื่อสาร และเทคโนโลยี

6. ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

อีกทั้งค่านิยมของคณะพยาบาลศาสตร์ (NSMAHIDOL) ที่ต้องการปลูกฝังให้กับผู้เรียน ดังนี้

- N Noble
- S Synergy
- M Moral
- A Accountability
- H Human respect
- I Innovation
- D Direct toward Excellent
- O Onward Improvement
- L Leadership

และที่สำคัญ คำว่า “เป็นคนดี มีปัญญา นำพาสุข ” ซึ่งเป็นสิ่งที่มหาวิทยาลัยมหิดลต้องการปลูกฝังให้กับผู้เรียน ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่าต้องการให้ผู้เรียนมีปัญญา ซึ่งจะเป็นอัตลักษณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล โดยที่นิยามของคำว่า “มีปัญญา” ก็คือ มีภาวะผู้นำ มีความคิดสร้างสรรค์ เก่งงาน ใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิต และก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของโลก

การสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

วิทยากรได้กล่าวถึงความหมายของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เป็นการคิดที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อใช้ในการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบเกี่ยวกับข้อมูลหรือสภาพการณ์ที่ปรากฏ โดยอาศัยความรู้ ความคิด และประสบการณ์ของตนเองในการสำรวจหลักฐานอย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปอย่างสมเหตุสมผล (Norris, 1985) ซึ่งกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณจะเป็นความคิดที่รอบคอบสมเหตุสมผล ผ่านการพิจารณาปัจจัยรอบด้านอย่างกว้างขวาง และผ่านการพิจารณากลับรอนง ไตร่ตรอง ทั้งด้านคุณ-โทษ และคุณค่าที่แท้จริงของสิ่งนั้นแล้ว (ทิตินา แชมมณี , 2548) นั่นคือ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีจิตวิสัย ใช้ข้อมูลในการแก้ปัญหาและพัฒนา

โดยที่เกณฑ์ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ทิตินา แชมมณี , 2548) จะเป็นตัววัดว่าผู้เรียนสามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณได้หรือไม่ โดยผู้เรียนต้อง

1. สามารถกำหนดเป้าหมายในการติดต่ออย่างถูกต้อง
2. สามารถระบุประเด็นในการคิดอย่างชัดเจน

3. สามารถประมวลความรู้ทั้งทางด้านข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่คิด ทั้งทางกว้าง ทางลึกและไกล
4. สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และเลือกข้อมูลที่จะใช้ในการคิดได้
5. สามารถประเมินข้อมูลได้
6. สามารถใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อมูล และเสนอคำตอบ/ทางเลือกที่สมเหตุสมผลได้
7. สามารถเลือกทางเลือก/ลงความเห็นในประเด็นที่คิดได้

ขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ทึศนา เขมมณี, 2548) ประกอบด้วย

1. ตั้งเป้าหมาย และระบุประเด็นในการคิด
2. ประมวลข้อมูล ทั้งในด้านข้อเท็จจริง และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่คิด ทั้งทางกว้าง ทางลึก และไกล
3. วิเคราะห์จำแนกแยกแยะข้อมูล จัดหมวดหมู่ของข้อมูล และเลือกข้อมูลที่จะนำมาใช้
4. ประเมินข้อมูลที่จะใช้ในแง่ของความถูกต้อง ความพอเพียง ความน่าเชื่อถือ
5. ใช้หลักเหตุผลในการพิจารณาข้อมูล เพื่อแสวงหาทางเลือก/คำตอบที่สมเหตุสมผลตามข้อมูลที่มีอยู่
6. เลือกทางเลือกที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงผลที่จะตามมา และคุณค่าหรือความหมายที่แท้จริงของ สิ่งนั้น ชั่งน้ำหนัก ผลได้/ผลเสีย คุณ/โทษ ทั้งระยะสั้น/ยาว
7. ไตร่ตรองทบทวนกลับไปมาให้รอบคอบ
8. ประเมินทางเลือกและลงความเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่คิด

เทคนิคการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีหลากหลายวิธี ดังนี้

1. RED Model ของ Pearson Education, Inc. ตามแนวคิดของ Deb Van Batenburg (Batenburg,2007)
2. R- Recognize Assumptions ตระหนักรู้สมมุติฐาน
3. E – Evaluation Arguments ประเมินข้อโต้แย้ง
4. D- Draw Conclusions ระบุข้อสรุป

โดยที่ RED Model เป็นเทคนิคการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1. ระบุ บ่งชี้ปัญหา ทำปัญหาให้ชัดเจน
2. เก็บรวบรวมข้อมูล
3. ประเมินข้อมูล
4. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด นำเสนอทางเลือก
5. นำทางเลือกที่ได้ไปปฏิบัติ



ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณของแต่ละท่าน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ การสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณนั้น ถ้าเป็นการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา น่าจะทำได้ง่ายกว่าการสอนในระดับปริญญาตรี ทั้งนี้เพราะว่า ระดับบัณฑิตศึกษาจะมีเวลาในการเรียนมากกว่า อีกทั้งการมอบหมายงานจะเป็นลักษณะการให้ผู้เรียนไปค้นหาปัญหาด้วยตนเอง หาวิธีการแก้ปัญหา และนำวิธีแก้ปัญหานั้นไปทดลองใช้ จากนั้นก็จะมีการประเมินผล ซึ่งผู้สอนจะคอยให้คำแนะนำอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่การสอนในระดับปริญญาตรี อาจจะใช้ได้ในบางวิชาเท่านั้น ซึ่งความยากของการสอนนั้นก็คือการตั้งโจทย์ให้ผู้เรียนคิด ในปัจจุบันปัญหาที่พบคือผู้เรียนขาดการเชื่อมโยงระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับความรู้เชิงปฏิบัติ ไม่สามารถเอาความรู้เชิงทฤษฎีมาใช้ในการแก้ปัญหาในทางปฏิบัติได้

ขั้นตอนการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลองสรุปขั้นตอนว่าถ้าจะสอนให้คิดอย่างมีวิจารณญาณนั้น ผู้สอนควรจะเริ่มต้นอย่างไร ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างกว้างขวาง และสามารถสรุปจากที่กล่าวมาทั้งหมด ได้ว่า ขั้นตอนการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ชื่นเสนอปัญหา สถานการณ์ ประเด็นและสิ่งเร้า
2. จัดกิจกรรมให้ฝึก
3. กระตุ้นให้แสวงหาคำตอบ หาแนวทางการแก้ปัญหา และบอกความคิดของตนเอง
4. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนปฏิบัติโดยใช้ความคิด (รายบุคคล, รายกลุ่ม)
5. ประเมินความคิด
6. สรุปผล

ตัวอย่างวิธีการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

วิทยากรได้ยกตัวอย่างวิธีการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสอนแบบ PBL (Problem/Project Based Learning) ให้ผู้เรียนไปค้นหาเองว่าต้องการทำอะไร แล้วให้ทำเป็น Project ของตัวเอง ผู้ป่วยที่ Admit อยู่บนหอผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นโรคเดียว แต่ในการสอนผู้เรียนนั้นยังคงต้องสอนแบบบรรยาย ทั้งนี้เพราะว่าผู้สอนต้องการให้หลักการ เช่น การสอนเจาะเลือด ผู้สอนแต่ละคนอาจสอนไม่เหมือนกัน แต่จะใช้หลักการเดียวกัน ผู้เรียนที่มีปัญหา คือผู้เรียนที่ไม่มีหลักการ
2. การสอนแบบ Team Based Learning
3. การสอนแบบ CIPPA จะช่วยให้ผู้เรียนมี Activity ในขณะเข้ากลุ่ม
4. การสอนแบบ Research Based Learning

5. การสอนแบบการตรึงตรองย้อนรอยการคิดเพื่อสะท้อนความคิด (Reflective Learning) เพื่อให้ผู้เรียนได้สะท้อนว่าได้อะไรจากสิ่งที่เรียนบ้าง
6. การสอนแบบโยนิโสมนสิการ (Critical Reflection)
7. เครื่องมือที่ใช้ช่วยในการเรียนการสอน เช่น Question, Think-Pair Share, Story Telling, Feedback, Feed Forward, Mind Map, Self-Assessment, Reflection ฯลฯ ซึ่งเทคนิคเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องยาก แต่ที่สำคัญคือควรสอนแบบบูรณาการการเรียนการสอนหลายๆ วิชาเข้าด้วยกัน

มาถึง ณ ตอนนี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมก็ได้รับความรู้อย่างมากมายเกี่ยวกับการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณจากวิทยากรของเรา ไม่ว่าจะเป็นหลักการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณขั้นตอนการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณรวมถึงตัวอย่างวิธีการสอนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้้นำความรู้ที่ได้ในครั้งนี้ไปทดลองใช้สอนกับผู้เรียน และจะกลับมาประเมินผลร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ทราบถึงความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการสอน





ถอดบทเรียน (Retrospect) ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2555

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย

คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ได้จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการถอดบทเรียน (Retrospect) ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ ใน ปีงบประมาณ 2555 เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2555 เวลา 9.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 602 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิธีการดำเนินโครงการการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2555

1.1. กระบวนการ

โครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ เป็นโครงการที่ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการความรู้ภายใน คณะพยาบาลศาสตร์ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมใน 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ

เน้นการบูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำของบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งคณะกรรมการ KM ของคณะฯ เป็นแกนหลักในการดำเนินการ และประสานงานกับสำนักงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละสำนักงาน

กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญราชการ

สร้างให้เกิดการถ่ายทอดความรู้/ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญราชการให้เกิดขึ้นในคณะฯ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมทั้งในระดับภาควิชาและระดับคณะ ซึ่งในระดับภาควิชาจะมีการประสานงานจากกรรมการ KM ของคณะฯ ที่อยู่ในแต่ละภาควิชาเป็นแกนหลักในการดำเนินการ/ประสานให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ขึ้นสำหรับในระดับคณะ คณะกรรมการ KM ของคณะฯ เป็นแกนหลักในการดำเนินการ

กิจกรรมที่ 3 สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

รูปแบบเป็นการดำเนินกิจกรรม จะมีการแบ่งเป็นกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (COP) ดังนี้

- 1) กลุ่มของภาควิชาต่างๆ ได้แก่ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลอายุศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

วิธีดำเนินการคือ ให้กรรมการ KM ของคณะฯ ที่อยู่ในแต่ละภาควิชาเป็นแกนหลักในการดำเนินการ/ประสานกรรมการ KM ของภาควิชาเพื่อให้เกิดกิจกรรมขึ้น

- 2) กลุ่มของบุคลากรสายสนับสนุนในสำนักงานต่างๆ เกิดกลุ่ม COP จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานของสายสนับสนุน กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM Facilitator และกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ซึ่งเป็นกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของ คณะกรรมการ KM ของคณะฯ ซึ่งวิธีดำเนินการคือ คณะกรรมการ KM ของคณะฯ เป็นแกนหลักในการดำเนินการ กิจกรรมที่ 4 การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator กิจกรรมนี้เป็นการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 2 วัน โดยมีคณะกรรมการ KM ของคณะฯ เป็นแกนหลักในการดำเนินการ

1.2 ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม

1.2.1 ภายในคณะฯ

- 1) มีกลุ่ม CoP ไม่ครบทุกภาควิชา และสำนักงาน
- 2) บางกิจกรรมมีบุคลากรกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมน้อย
- 3) บุคลากรมีภาระงานมากและมีการจัดกิจกรรมทับซ้อนกับการจัดกิจกรรม KM
- 4) รูปแบบการจัดที่เน้นในการทำกิจกรรมมีผลกับการดำเนินกิจกรรม เช่น การจัดที่เน้นแบบ ห้องเรียนทำให้มีลักษณะเป็นทางการมากเกินไป ไม่เหมาะต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำให้ ความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลง แต่เมื่อทดลองจัดกิจกรรมเป็นลักษณะการจัดที่เน้นแบบ วงกลมก็ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความรู้สึกเกร็ง และไม่ผ่อนคลาย เป็นต้น
- 5) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนยังไม่เกิดความเข้าใจวิธีการนำการจัดการความรู้มาปรับใช้ใน งานประจำของตนเอง
- 6) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่เข้าใจบทบาทของการเป็นคุณลิขิตและยังไม่สามารถจับประเด็นที่ต้องการ บันทึกได้
- 7) ขาดเวทีในการแสดงผลงานที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมการจัดการความรู้

1.2.2 ภายนอกคณะฯ

- 1) ในการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ (นอกสถานที่) จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการ เตรียมการพอสมควร ปัญหาจะเกิดขึ้นจากการแจ้งเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม / การ แจ้งถอนตัวของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในระยะเวลากระชั้นชิด ทำให้ผู้จัดฯ ต้องแก้ไขเอกสาร ต่างๆ และต้องติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องใหม่ ซึ่งทำให้การทำงานมีความซ้ำซ้อน และ เสียเวลาค่อนข้างมาก
- 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้แจ้งล่วงหน้าเกี่ยวกับการขึ้นรถนอกเส้นทาง การมาขึ้นรถสาย รวมถึงการ ปรับเปลี่ยนแผนการเดินทางใหม่ในระยะเวลากระชั้นชิดทำให้ผู้จัดอบรมไม่สามารถควบคุมเวลา ได้ จำเป็นต้องปรับกำหนดการในการจัดกิจกรรมต่างๆ ใหม่ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
- 3) ผู้จัดฯ ไม่ได้ประสานงานในรายละเอียดกับวิทยากรเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ใน การทำกิจกรรมจึงทำให้เกิดความล่าช้าและติดขัดบ้าง



- 4) เกิดกิจกรรมใหม่ๆ ที่นอกเหนือจากกำหนดการ จึงทำให้การเตรียมความพร้อมของผู้จัดฯ ยังทำไม่ได้เต็มที่ เช่น การทัศนศึกษานอกสถานที่ เป็นต้น
- 5) ผู้เข้าร่วมอบรมส่วนหนึ่งยังไม่มีพื้นฐานความรู้ในเรื่องการจัดการความรู้ที่ตีพอทำให้เกิดปัญหาด้านการรับรู้และความเข้าใจ จึงทำให้ไม่เข้าใจในสิ่งที่วิทยากรต้องการสื่อสาร

1.3 แนวทางการแก้ไข

- 1.3.1 ควรมีการชี้แจงและทำความเข้าใจแก่บุคลากรในช่องทางต่างๆ ให้มากขึ้น เช่น การส่งหนังสือ การส่ง E-mail การประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ KM การประชาสัมพันธ์ทาง NSTV และการติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ในลิฟท์ ฯลฯ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ และรูปแบบของกิจกรรม ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
- 1.3.2 ในการจัดกิจกรรมนอกสถานที่ ควรมีการกำหนดระยะเวลาให้แจ้งเปลี่ยนแปลงรายชื่อการเข้าร่วมกิจกรรม คู่พักและการเดินทางของผู้เข้าร่วมกิจกรรม/วิทยากรที่แน่นอน เพื่อให้การดำเนินการต่างๆ เป็นไปด้วยความราบรื่น
- 1.3.3 จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านการจัดการความรู้เพิ่มเติมเพื่อปูพื้นฐานความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 1.3.4 มีการถ่ายวิดีโอกิจกรรมที่สำคัญๆ และนำมา เผยแพร่ใน “รายการ KM ไม่ทำไม่รู้” ผ่านทางระบบ NSTV ของคณะฯ เพื่อให้บุคลากรที่ไม่มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมได้ดูย้อนหลัง

2. การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ คือ กลุ่มบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ กลุ่มถ่ายทอดความรู้จากผู้เกษียณอายุราชการ กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) และกลุ่ม KM Facilitator

2.1 กระบวนการ

- 1) กลุ่มบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ เน้นการทำในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการทั้งหมด
- 2) กลุ่มถ่ายทอดความรู้จากผู้เกษียณอายุราชการ ให้กรรมการ KM ของคณะที่อยู่ในแต่ละภาควิชา สอบถามผู้เกษียณอายุราชการของภาควิชาตนเองถึงความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) กลุ่ม CoP เป็นกลุ่มคนที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในภาควิชา และสำนักงานต่างๆ
- 4) กลุ่ม KM Facilitator เน้นผู้ที่จะสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ทั้งในภาควิชา และสำนักงานต่างๆ

2.2 ปัญหา

- 1) กลุ่มเป้าหมายในกิจกรรมบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ มีภาระงานค่อนข้างมากและไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม จึงเกิดการรวมกลุ่มกันน้อย

- 2) ผู้เกษียณอายุราชการเข้าร่วมกิจกรรมในบางรูปแบบของกิจกรรม
 - 3) กลุ่ม CoP ระดับสำนักงาน สมาชิกกลุ่มไม่ใช่กลุ่มคนที่มีความสนใจร่วมกันจริงๆ ทำให้ไม่มีความเหนียวแน่นของกลุ่มมากนัก
 - 4) กลุ่ม KM Facilitator ผู้เข้าร่วมกิจกรรมควรมาจากความสมัครใจ
3. วิธีการเลือกบุคลากรเข้ามาเป็นคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้
- 3.1 กระบวนการ
 - 1) บุคลากรมีความเต็มใจและสมัครใจเข้ามาเป็นกรรมการฯ
 - 2) บางส่วนได้รับการคัดเลือกจากคณะ/ภาควิชาให้เข้ามาเป็นกรรมการฯ
 - 3.2 ปัญหา
 - 1) กรรมการบางท่านมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย
 - 3.3 แนวทางแก้ไข
 - 1) จัดให้มีกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ NSKM ขึ้น เพื่อให้คณะกรรมการ KM เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและช่วยกันเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินการต่างๆเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย
4. วิธีการจูงใจกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมโครงการ
- 4.1 กระบวนการ
 - 1) จัดกิจกรรมในช่วงพักกลางวัน เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาทำงานและเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ใช้เวลาน้อยทำให้ผู้เข้าร่วมอยากเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น
 - 2) ปรับรูปแบบของกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการเพื่อให้อยู่ในความสนใจของผู้เกษียณอายุราชการ
 - 3) ปรับหัวข้อการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้มีความน่าสนใจและตรงกับความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
 - 4.2 ปัญหา
 - 1) บางกิจกรรมมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมน้อย
 - 4.3 แนวทางแก้ไข
 - 1) มีการประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ ที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้นเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น
5. ปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนให้โครงการสำเร็จ
- 5.1 ผู้บริหารในทุกระดับเห็นความสำคัญ ให้การสนับสนุน และเข้าร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง
 - 5.2 มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน
 - 5.3 มีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานได้จริง



- 5.4 จัดกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการและความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
- 5.5 มีการมอบของที่ระลึกให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในบางกิจกรรม
6. ปัจจัยที่ขัดขวางให้โครงการล้มเหลว
 - 6.1 ผู้บริหารในทุกระดับไม่เห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม
 - 6.2 กลุ่มเป้าหมาย ทั้งอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนขาดการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
 - 6.3 กลุ่มเป้าหมาย ทั้งอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนมีภาระงานค่อนข้างมาก
 - 6.4 มีการจัดกิจกรรมอื่นทับซ้อนกับการจัดกิจกรรม KM
 - 6.5 ระยะเวลาและสถานที่ในการจัดกิจกรรมในบางครั้งไม่เอื้ออำนวย
7. ข้อเสนอแนะเพื่อการวางแผน/ปรับปรุงการดำเนินการโครงการจัดการความรู้ในปีงบประมาณ 2555
 - 1) จัดการอบรมการเป็น “คุณลิขิต” ให้กับบุคลากรของคณะฯ
 - 2) จัด “เวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดการความรู้” เช่น จัด KM Day เพื่อเป็นเวทีนำเสนอผลงานด้านการจัดการความรู้ จัดนิทรรศการ จัดมุมแสดงงาน Show Share & Shine ฯลฯ
 - 3) จัดกิจกรรม KM โดยการบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ โดยเฉพาะพันธกิจด้านการศึกษา การวิจัย และอื่นๆ
 - 4) ดำเนินการประชาสัมพันธ์กิจกรรมการจัดการความรู้ในทุกช่องทางเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรของคณะฯ เกิดความตื่นตัวและให้ความสำคัญกับเรื่องการจัดการความรู้มากขึ้น



บทส่งท้าย

การดำเนินการด้านการจัดการความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลปีงบประมาณ 2555 นี้ ยังคงมีเป้าหมายเพื่อสร้างวัฒนธรรมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และบูรณาการจัดการความรู้ กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะฯ ทั้งในสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ เพื่อให้เกิดการสร้าง องค์ความรู้ที่มีคุณค่าขององค์กร รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดจากองค์ความรู้นั้น รวมถึงการสร้างคุณอำนวยแห่งคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินการด้านการจัดการความรู้สามารถหยั่งรากลึกลงไปสู่แต่ละภาควิชาและสำนักงานต่างๆ มากขึ้น

ในปีนี้ คณะฯ ได้รับเกียรติเป็นอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์ นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กรุณามาเป็นวิทยากรถ่ายทอดเคล็ดลับวิชา ในการเป็นคุณอำนวยแห่งคณะพยาบาลศาสตร์ผ่านการทำกิจกรรมที่หลากหลาย ให้ทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ ทำให้ได้ข้อคิดเห็นว่าคุณอำนวยที่ดีได้นั้น ผู้นั้นจะต้องลดความเป็นตัวตนลง ต้องใส่ใจซึ่งกันและกัน และยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมถึงต้องมีทักษะการฟังและการสังเกตที่ดี และมีทักษะของการถามคำถามที่ดีที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง รวมทั้งต้องคิดเชิงบวกโดยมองว่าต้องถ่ายทอดความรู้ที่มีในตนเองให้กับผู้ร่วมงานเพื่อให้เขาเป็นผู้สืบทอดความรู้ที่มีอยู่ต่อไป เพราะหัวใจสำคัญของการจัดการความรู้ คือ การนำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ทำงานร่วมกัน มาพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้เกิดการพัฒนาการทำงานที่มีประสิทธิภาพขึ้น ไม่เพียงเท่านั้น รองศาสตราจารย์ นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ ยังคงติดตามการทำงานของพวกเราชาวคณะพยาบาลศาสตร์มาตลอด ท่านมาเยี่ยมเยือนที่คณะฯ หลายครั้ง พร้อมๆ กับการถ่ายทอดประสบการณ์ที่ท่านมีให้แก่พวกเรา จึงอยากบอกท่านว่า ท่านคือครู ท่านคือผู้ให้ ท่านคือผู้เสียสละ และท่านคือกัลยามิตรของพวกเราชาวคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในปีงบประมาณ 2555 นี้ ได้เกิดโครงการพัฒนาคุณภาพงานของสายสนับสนุนวิชาการ โดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในงาน และหาแนวทางที่จะทำให้การปฏิบัติงานมีความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มเดิม และเกิดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มใหม่ขึ้น ทำให้ได้รับองค์ความรู้ที่หลากหลาย และทำให้ได้เห็นความตั้งใจ ความมุ่งมั่นของการดำเนินงาน ด้านการจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติที่เกิดขึ้นทั้งในสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ณ วันนี้ จากการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาทำให้พบว่า บุคลากรของคณะฯ ยังขาดทักษะของการทำหน้าที่เป็น “คุณลิขิต” ไม่ทราบว่าจะต้องลิขิตอย่างไร ไม่ทราบว่าจะต้องลิขิตอะไร ทำให้เป็นอุปสรรคของการทำงานเป็นอย่างมาก ดังนั้นการจัดอบรมในเรื่องดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่คณะกรรมการฯ ควรพิจารณาดำเนินการต่อไป **สิ่งหนึ่ง**



ที่ยากฝากไว้คือ การจัดการความรู้ไม่ใช่เรื่องยาก/ง่าย ไม่มีคำว่าถูก/ผิด ไม่มีสูตรสำเร็จของการดำเนินงาน แต่สามารถเรียนรู้ได้ เพราะยิ่งเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติมากเท่าไรก็ยิ่งมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้นเท่านั้น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย
ประธานคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้

โครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2555

เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่พิเศษที่ 6/2554
วันที่ 11 ต.ค. 54
วาระที่ 4.1

- ชื่อยุทธศาสตร์ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
ชื่อกลยุทธ์ 3 พัฒนาระบบและกลไกในการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจ
ต่างๆ ของคณะฯ
ชื่อโครงการ พัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

หลักการเหตุผล

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการพัฒนาคณะฯ ให้เป็นองค์กร
แห่งการเรียนรู้ ทำให้คณะพยาบาลศาสตร์ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการ
ความรู้โดยการสร้างองค์ความรู้และจัดเก็บความรู้ที่เป็นขององค์กร การบูรณาการการจัดการความรู้ไปสู่การ
ดำเนินการตามพันธกิจต่างๆ ตลอดจนการสร้างชุมชนนักปฏิบัติในระดับสำนักงานและภาควิชา นอกจากนี้
บทบาทของการเป็นคุณอำนวยก็เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้กระบวนการของการจัดการความรู้สามารถ
ดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันพบว่าบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ยังไม่มี
ความเข้าใจในบทบาทของการเป็นคุณอำนวย ดังนั้นงานเทคโนโลยีสารสนเทศและงานพัฒนาคุณภาพและบริหาร
ความเสี่ยง จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ ขึ้นมา เพื่อให้มีการสร้าง รวบรวม และจัดเก็บ
องค์ความรู้ภายในคณะพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งการเผยแพร่องค์ความรู้ต่างๆ ไปสู่สำนักงานและภาควิชาต่างๆ
ของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้เกิดการใช้งานองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และบุคลากร
คณะพยาบาลศาสตร์สามารถทำหน้าที่เป็นคุณอำนวยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบูรณาการการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะ
พยาบาลศาสตร์
4. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
5. เพื่อถอดบทเรียน/ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ
ของคณะพยาบาลศาสตร์ การถ่ายทอดความรู้ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง
กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
6. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์
7. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator)

8. เพื่อพัฒนาทักษะการเป็นการเป็นผู้อำนวยความสะดวกของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมด้านการจัดการความรู้

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

ดำเนินการ 4 กิจกรรม ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ
- กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ
- กิจกรรมที่ 3 สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
- กิจกรรมที่ 4 การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

- 1. ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนในกิจกรรมบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจต่างๆ ของคณะฯ อย่างน้อย 5 เรื่อง
- 2. ได้องค์ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ อย่างน้อย 2 เรื่อง
- 3. ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียน/ความรู้ของกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ อย่างน้อย 5 เรื่อง
- 4. บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator อยู่ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ของยุทธศาสตร์คณะฯ ด้านการพัฒนางานองค์กรแห่งการเรียนรู้ ข้อ 1-3
ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มต้น 1 ตุลาคม 2554 สิ้นสุด 30 กันยายน 2555

กลุ่มเป้าหมาย (ถ้ามีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง) ทุกรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม

งบประมาณ 705,770 บาท

กิจกรรมที่ 1	การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ	38,870 บาท
กิจกรรมที่ 2	ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ	146,000 บาท
กิจกรรมที่ 3	สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ	136,900 บาท
กิจกรรมที่ 4	การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator	384,000 บาท

งบฯ งบฯ พิจารณา รวมทั้งสิ้น 705,770 บาท

ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ (เจ็ดแสนห้าพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

ครั้งที่ ๒/2554 เมื่อวันที่ 11 พ.ค. พ.ศ. 2554

มติที่ประชุม.....อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการ โครงการ พัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

ในงบประมาณ 705,770 (เจ็ดแสนห้าพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาท)

จากงบประมาณ.....

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตราของระเบียบการใช้เงินที่คณะฯ กำหนด
มอบหมายให้ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร ดำเนินการ

อื่นๆ หน่วยประสานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ ปิยะ อภัย

เลขานุการคณะกรรมการประจำคณะฯ

13 มี.ค. 54

กิจกรรมในโครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2555

เอกสารประกอบการประชุม

คณะกรรมการประจำคณะฯ

ครั้งที่พิเศษที่ 6/2554

วันที่ 11 ก.พ. 54

วาระที่ 4.1

- ชื่อยุทธศาสตร์ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- ชื่อกลยุทธ์ 3 พัฒนาระบบและกลไกในการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจ
ต่างๆ ของคณะฯ

ชื่อโครงการ พัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

ชื่อกิจกรรม การบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ

หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

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

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

1. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ เพื่อวางแผนในการดำเนินการจัดการความรู้ 1 ครั้ง/เดือน
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่อง “เรื่องเล่าเร้าพลัง (Storytelling)” โดยเชิญวิทยากรมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการบูรณาการจัดการความรู้กับงานประจำ ให้กับบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 3 ชม.
3. ดำเนินกิจกรรมการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของสำนักงาน โดยคณะกรรมการฯ ประสานงานให้เกิดการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละงาน จำนวน 6 งาน จำนวน 2 เดือน/ครั้ง
4. ถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของสำนักงาน
5. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้
6. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของสำนักงาน
7. นำผลการประเมินมาปรับปรุงกระบวนการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามพันธกิจต่างๆ ของสำนักงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

1. ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนในกิจกรรมบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจต่างๆ ของคณะฯ อย่างน้อย 5 เรื่อง

สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ของยุทธศาสตร์คณะฯ ด้านการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ข้อ 1
ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มต้น 1 ตุลาคม 2554 สิ้นสุด 30 กันยายน 2555

กลุ่มเป้าหมาย (ถ้ามีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง)

บุคลากรสายสนับสนุน

งบประมาณ 38,870 บาท

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 | 5,000 | บาท |

หมวดค่าใช้สอย

- | | | |
|---|--------|-----|
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับประชุมคณะกรรมการฯ
จำนวน 12 คน (12 คน x 30 บาท x 12 ครั้ง) | 4,320 | บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับวิทยากรและผู้เข้าร่วมกิจกรรม
“เรื่องเล่าเร้าพลัง (Storytelling)”
จำนวน 95 คน (95 คน x 30 บาท) | 2,850 | บาท |
| - ค่าอาหารกลางวันสำหรับวิทยากรและคณะกรรมการฯ
ที่เข้าร่วมกิจกรรม “เรื่องเล่าเร้าพลัง (Storytelling)”
จำนวน 6 คน (6 คน x 75 บาท) | 450 | บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน
ที่เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแต่ละงาน (6 งาน)
จำนวน 15 คน/งาน (15 คน x 30 บาท x 6 งาน x 6 ครั้ง) | 16,200 | บาท |
| - ค่าเช่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์* 50 บาท/ชม. x 3 ชม. | 150 | บาท |
| - ค่าเช่า LCD* 6000 บาท/วัน | 6,000 | บาท |

รวมทั้งสิ้น **38,870** บาท

(สามหมื่นแปดพันแปดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

- หมายเหตุ:
1. *ค่าใช้จ่ายที่คิดตามอัตราที่คณะฯ กำหนด โดยไม่มีการเบิกจ่ายจริง
 2. ขออภัยเนื่องด้วยทุกประการ

นำเข้า ส่ง กิจกรรม

ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ

ครั้งที่ ๒./2554 เมื่อวันที่ 11 ต.ค. พ.ศ. 25๕4

มติที่ประชุม อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการกิจกรรม.....

การนำสารคดีจากความรู้ที่กรมดำเนินการจัดทำขึ้นทั้งหมดที่จัดทำเสร็จ
ในงบประมาณ ๕๕,๕๑๐ (จากหลักรับแทนค่าลิขสิทธิ์.....)

จากงบประมาณ.....

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตราของระเบียบการใช้จ่ายเงินที่คณะฯ กำหนด

มอบหมายให้ ส.วิเศษ ดำเนินการ

อื่นๆ..... หน่วยประสานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ..... วิเศษ

เลขานุการคณะกรรมการประจำคณะฯ

วันที่ 1๕ ต.ค. ๒๕๕๔

กิจกรรมในโครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2555

เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่พิเศษที่ 6/2554
วันที่ 11 ก.ค. 54
วาระที่ 4.1

- ชื่อยุทธศาสตร์ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
ชื่อกลยุทธ์ 3 พัฒนาระบบและกลไกในการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจ
ต่างๆ ของคณะฯ

ชื่อโครงการ พัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

ชื่อกิจกรรม ถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

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

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

1. วางแผนการดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดความรู้จากผู้เกษียณอายุราชการ
2. จัดเวทีกิจกรรมในระดับคณะฯ เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่คณาจารย์และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งในปี 2555 นี้มีผู้เกษียณอายุราชการทั้งสิ้น 8 คน (เฉพาะสายอาจารย์) และถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ (จัดกิจกรรม 2 ครั้งๆ ละ 4 คน)
3. ประสานงานกับภาควิชาในการจัดเวทีกิจกรรมในระดับภาควิชา เพื่อให้ผู้เกษียณอายุราชการได้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่คณาจารย์ในภาควิชา และสรุปออกมาในรูปแบบที่เป็น Explicit Knowledge อาทิเช่น การจัดทำคู่มือการสอนต่างๆ, หนังสือ, การจัดทำสื่อการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ ฯลฯ (จัดกิจกรรม 2 ครั้ง/คน)
4. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์หรือระบบ e-Learning เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้
5. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

1. ได้องค์ความรู้จากการถ่ายทอดความรู้ผู้เกษียณอายุราชการ อย่างน้อย 2 เรื่อง

สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ของยุทธศาสตร์คณะฯ ด้านการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ข้อ 2

ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มต้น 1 ตุลาคม 2554 สิ้นสุด 30 กันยายน 2555

กลุ่มเป้าหมาย (ถ้ามีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง)

ผู้เกษียณอายุราชการ ในปีงบประมาณ 2555

งบประมาณ 146,000 บาท

หมวดค่าวัสดุ

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

หมวดค่าใช้สอย

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในระดับคณะฯ จำนวน 160 คน (160 คน x 30 บาท x 2 ครั้ง) 9,600 บาท
 - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในระดับภาควิชาฯ จำนวน 25 คน/ครั้ง (ผู้เกษียณ 8 คนๆ ละ 2 ครั้ง) (25 คน x 30 บาท x 8 คน x 2 ครั้ง) 12,000 บาท
 - ค่าของที่ระลึกผู้เกษียณอายุราชการ จำนวน 8 คนๆ ละ 400 บาท 3,200 บาท
 - ค่าเช่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์* 50 บาท/ช.ม. x 54 ช.ม. 2,700 บาท
 - ค่าเช่า LCD* 6000 บาท/วัน x 18 วัน 108,000 บาท
- รวมทั้งสิ้น **146,000** บาท

(หนึ่งแสนสี่หมื่นหกพันบาทถ้วน)

- หมายเหตุ:
1. *ค่าใช้จ่ายที่คิดตามอัตราที่คณะฯ กำหนด โดยไม่มีการเบิกจ่ายจริง
 2. ขอถัวเฉลี่ยทุกรายการ

นำเข้า ลง พิจารณา

ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ

ครั้งที่ 6 / 2554 เมื่อวันที่ 11 พ.ย. พ.ศ. 2554

มติที่ประชุม อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการกิจกรรม

ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เกษียณอายุราชการ

ในงบประมาณ 146,000 (หนึ่งแสนสี่หมื่นหกพันบาทถ้วน)

จากงบประมาณ

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตราของระเบียบการให้เงินที่คณะฯ กำหนด

มอบหมายให้ ผู้อำนวยการสำนักบริหารฯ ดำเนินการ

อื่นๆ หน่วยประสานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ ปิยะ อ.

ผู้อำนวยการคณะกรรมการประจำคณะฯ

วันที่ 13 ต.ค. 54

กิจกรรมในโครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2555

เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่พิเศษที่ 6/2554
วันที่ 11 ต.ค. 54
วาระที่ 4-1

ชื่อยุทธศาสตร์ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
ชื่อกลยุทธ์ 3 พัฒนาระบบและกลไกในการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจ
ต่างๆ ของคณะฯ

ชื่อโครงการ พัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

ชื่อกิจกรรม สร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ

หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อสร้างองค์ความรู้จากกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติในระดับภาควิชาและสำนักงานต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ
4. เพื่อรวบรวม จัดเก็บ และเผยแพร่องค์ความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

1. วางแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติและองค์ความรู้
2. จัดตั้งกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน อย่างน้อย 1 กลุ่ม/ภาควิชาและสำนักงาน
3. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติของภาควิชาและสำนักงาน ตามประเด็นที่เป็นที่สนใจ จำนวน 12 เดือนๆ ละ 10 กลุ่ม (1 ครั้ง/เดือน/กลุ่ม)
4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเข้าร่วมอบรม/สัมมนาของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ โดยเชิญบุคลากรที่คณะส่งเข้าร่วมอบรม/สัมมนาในเรื่องต่างๆ มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมฟัง จำนวน 12 เดือนๆ ละ 1 ครั้ง (40 คน/ครั้ง/เดือน)
5. ถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
6. จัดเก็บสรุปถอดบทเรียน / ความรู้ที่ได้ไว้บนเว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้
7. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

1. ได้องค์ความรู้จากการถอดบทเรียน/ความรู้ของกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ อย่างน้อย 5 เรื่อง

สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ของยุทธศาสตร์คณะฯ ด้านการพัฒนองค์กรแห่งการเรียนรู้ ข้อ 3

ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มต้น 1 ตุลาคม 2554 สิ้นสุด 30 กันยายน 2555

กลุ่มเป้าหมาย (ถ้ามีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง)

บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์

งบประมาณ 136,900 บาท

หมวดค่าวัสดุ

- ค่ากระดาษ A4 5 รีมๆ ละ 100 บาท 500 บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร 5,000 บาท

หมวดค่าใช้สอย

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาควิชาและสำนักงาน จำนวน 30 คน (30 คน x 30 บาท x 10 กลุ่ม x 12 ครั้ง) 108,000 บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเข้าร่วมอบรม/สัมมนา จำนวน 40 คน (40 คน x 30 บาท x 12 ครั้ง) 14,400 บาท
- ค่าเช่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์* 50 บาท/ช.ม. x 36 ช.ม. 1,800 บาท
- ค่าเช่า LCD* 6000 บาท/วัน x 12 วัน 7,200 บาท

รวมทั้งสิ้น 136,900 บาท

(หนึ่งแสนสามหมื่นหกพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

- หมายเหตุ:
1. *ค่าใช้จ่ายที่คิดตามอัตราที่คณะฯ กำหนด โดยไม่มีการเบิกจ่ายจริง
 2. ขออภัยเสียทุกรายการ

นางเจ้า แจ้ง พิจารณา
ในที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่ 6./2554 เมื่อวันที่ 11 ธ.ค. พ.ศ. 2554
มติที่ประชุม อนุมัติในหลักการให้ดำเนินการกิจกรรม
สร้างผลงานจากกลุ่มนิเทศน์นักปฏิบัติ
ในงบประมาณ 136,900 (หนึ่งแสนสามหมื่นหกพันเก้าร้อยบาทถ้วน)
จากงบประมาณ.....
ทั้งนี้ให้เป็นไปตามจ่ายจริงตามอัตราของระเบียบการใช้เงินที่คณะฯ กำหนด
มอบหมายให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยาพร นิล ดำเนินการ
 อื่นๆ..... หน่วยประสานนโยบายฯ เก็บเอกสาร

ลงชื่อ Timy Ann
เลขาธิการคณะกรรมการประจำคณะฯ
วันที่ 13 ธ.ค. 54

กิจกรรมในโครงการตามแผนปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2555

เอกสารประกอบการประชุม
คณะกรรมการประจำคณะฯ
ครั้งที่พิเศษที่ ๖/2554
วันที่ 11 พ.ค. 5๕
วาระที่ A.1

ชื่อยุทธศาสตร์ 8 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
ชื่อกลยุทธ์ 3 พัฒนาระบบและกลไกในการบูรณาการจัดการความรู้กับการดำเนินงานตามภารกิจ
ต่างๆ ของคณะฯ

ชื่อโครงการ พัฒนาการจัดการความรู้ภายในคณะฯ

ชื่อกิจกรรม การอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator

หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator)
2. เพื่อพัฒนาทักษะการเป็นการเป็นผู้อำนวยความสะดวกของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมด้านการจัดการความรู้

กิจกรรม / วิธีดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator ให้กับบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 2 วัน ดังนี้
 - 1.1 รุ่นที่ 1 จัดให้กับบุคลากรสายสนับสนุน
 - 1.2 รุ่นที่ 2 จัดให้กับบุคลากรสายวิชาการ
2. ประเมินผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator

ตัวชี้วัดความสำเร็จ / ผลผลิต

1. บุคลากรมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ KM Facilitator อยู่ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ของยุทธศาสตร์คณะฯ ด้านการพัฒนางานองค์กรแห่งการเรียนรู้ ข้อ -

ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มต้น 1 พฤศจิกายน 2554 สิ้นสุด 31 ธันวาคม 2554

วิทยากร

รองศาสตราจารย์ นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ	วิทยาการบรรยายหลัก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขวลิต วงษ์เอก	วิทยาการพิเศษ

กลุ่มเป้าหมาย (ถ้ามีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง) รวม 100 คน

รุ่นที่ 1 บุคลากรที่เข้าร่วมอบรม ประกอบด้วย

- วิทยากร	2	คน
- ทีมผู้บริหาร	5	คน
- คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้	7	คน
- หัวหน้างาน 12 งาน	12	คน
- บุคลากรสายสนับสนุนจากแต่ละงาน 12 งานๆ ละ 2 คน	24	คน
รวม	50	คน

รุ่นที่ 2 บุคลากรที่เข้าร่วมอบรม ประกอบด้วย

- วิทยากร	2	คน
- ทีมผู้บริหารและหัวหน้าภาควิชา	10	คน
- คณะกรรมการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้	10	คน
- บุคลากรสายวิชาการจากแต่ละภาควิชา 7 ภาควิชาๆ ละ 4 คน	28	คน
รวม	50	คน

กำหนดเวลาและสถานที่

รุ่นที่ 1 วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2554

รุ่นที่ 2 วันที่ 17-18 ธันวาคม 2554

งบประมาณ 384,000 บาท

หมวดค่าตอบแทน

- ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยายหลัก 2 วันๆ ละ 8,000 บาท	16,000	บาท
- ค่าตอบแทนวิทยากรพิเศษ 2 วันๆ ละ 4,000 บาท	8,000	บาท

หมวดค่าใช้จ่าย

- ค่าเช่ารถตู้ (3,000 บาท x 2 วัน x 2 คัน)	12,000	บาท
- ค่าเช่ารถบัส (15,000 บาท x 2 วัน)	30,000	บาท
- ค่าห้องพักคู่ (1,500 บาท x 25 ห้อง)	37,500	บาท
- ค่าอาหารเช้า วันเดินทาง (30 บาท x 50 คน)	1,500	บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (70 บาท x 50 คน x 4 มื้อ)	14,000	บาท
- ค่าอาหารกลางวัน(300บาทx 50 คน x 2 มื้อ)	30,000	บาท
- ค่าอาหารเย็น (300 บาทx 50 คน)	15,000	บาท
- ค่าเอกสารและแฟ้ม (100 บาท x 50 คน)	5,000	บาท
- ค่าทางด่วน (ไป-กลับ)	1,000	บาท



<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

