

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่าย ของพยาบาล ประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
6. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self - care)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding หรือ UGI bleeding) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยที่สุดในระบบทางเดินอาหาร อุบัติการณ์ของ UGIB มีประมาณ 50-150 ต่อ 100,000 คนต่อปี มีอัตราการตายสูงร้อยละ 11 และจะพบอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 33 ในผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ แล้วมีภาวะ UGI bleeding เกิดขึ้น โดยทั่วไปร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเลือดจะหยุดได้เอง ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 จะมีปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เองที่ทำให้เกิดเกิดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มขึ้น (ชัยยา จันทรใส, 2548)

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding หรือ UGI bleeding) หมายถึง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารที่ตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz ซึ่งอาจพบได้ในลักษณะอาการอาเจียนเป็นเลือดสด หรือเลือดสีคล้ำ (coffee ground) หรือมีภาวะถ่ายดำ (Melena) โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพหรือไม่ก็ได้ และยังคงรวมถึงกรณีที่ถ่ายเป็นเลือดสดโดยอาจมีตำแหน่งเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบนหรือส่วนลำไส้ใหญ่ก็ได้ โดยทั่วไปกรณี UGI bleeding ร้อยละ 75-80 มักมีความรุนแรงและโรคไม่มากเลือดอาจหยุดได้โดยการใส่ยา แต่

กรณีเป็นภาวะ UGI bleeding ที่มีปริมาณมากหรือเป็นลักษณะที่เป็นซ้ำ หรือเกิดในผู้สูงอายุอาจมีอัตราการตายสูง การพัฒนาในด้านวิธีการรักษาด้วยการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารจึงมีความสำคัญต่อผลการรักษามาก โดยเฉพาะการลดภาวะเลือดออกซ้ำ การให้เลือด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและความจำเป็นในการผ่าตัด (รังสรรค์ ฤกษ์นิมิต, 2547)

### 1.1 สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

Peptic ulcer หมายถึง แผลที่เกิดขึ้นในเยื่อบุทางเดินอาหารส่วนต้นโดยแผลจะเกิดขึ้นในชั้น Mucosa หรือกินลึกลงไป เกิดได้ทุกแห่งไม่ว่าจะเป็นหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ดูโอดินัม หรือเจจูนัม แผลกระเพาะอาหารหรือ Gastric ulcer (GU) และ แผลลำไส้เล็กส่วนต้นหรือ Duodenal ulcer (DU) เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วแผลเป็ปติกมักเกิดในกระเพาะอาหาร และดูโอดินัมบ่อยที่สุด พยาธิสภาพและสาเหตุของการเกิด Gastric ulcer และ Duodenal ulcer มีความแตกต่างกัน (โสภิตา ทัดพิณี และ จงกลณี ศรีจักร โคตร, 2544) แผลเป็ปติกทั้งหมดที่เกิดขึ้น จะพบว่าเกี่ยวข้องกับการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (Gastric acid) และความไม่สมดุลของการหลั่งกรด (Acid) และ เอนไซม์เพ็บซิน (pepsin) รวมทั้งความสามารถในการป้องกันการถูกทำลายตัวมันเองจาก Acid และ pepsin ของเยื่อบุทางเดินอาหารบกพร่องไป การเกิด Duodenal ulcer ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการหลั่งกรดมากเกินไปในขณะที่ Gastric ulcer ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากกลไกการป้องกันตัวเองของเยื่อบุกระเพาะอาหารบกพร่องไป

#### 1.1.1 แผลเป็ปติกแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.1.1.1 Gastric ulcer (GU) สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าในผู้ป่วยที่รับประทานยา Salicylates ในปริมาณมากและสูบบุหรี่ จะมีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดโรคนี้ เชื่อว่าขึ้นอยู่กับปริมาณของกรดและเอนไซม์เพ็บซินกับ Mucosal barrier (คือ Mucous และ Surface epithelium) นอกจากนี้ยังอาจเกิดเนื่องจาก Pyloric sphincter เสื่อมสมรรถภาพน้ำดีและน้ำย่อยจากลำไส้เล็กไหลย้อนกลับเข้าไปในกระเพาะอาหาร อีกสาเหตุหนึ่งเนื่องจากมีอาหารตกค้างในกระเพาะอาหารมากและนาน ทำให้ระดับ Gastrin ในเลือดสูงขึ้นและมีผลให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดมากขึ้น พยาธิสรีรวิทยา ตำแหน่งที่เกิด Gastric ulcer (GU) มากที่สุด ได้แก่ บริเวณ Distal half ของกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่เป็น Gastric ulcer (GU) พบว่า Gastric mucosa เกิดความล้มเหลวในกลไกการป้องกันกรดที่มีความเข้มข้นสูง (PH 0.8-3) ทำให้ Gastric mucosa barrier สูญเสียหน้าที่ ทำให้  $H^+$  คุกซึมกลับเข้ากระเพาะอาหาร (Back diffusion) และทำลายเยื่อบุ และเซลล์จะปล่อย Histamine กระตุ้นให้หลั่งกรดเพิ่มมากขึ้น มีการซึมผ่านของเลือดและน้ำเลือดออกนอกหลอดเลือด Mucosal cells จะขาดเลือดและ  $O_2$  ไปเลี้ยง ทำให้ Cells ของเยื่อบุกระเพาะอาหารหลุดลอกเกิดแผลขึ้นอาการและอาการแสดง ปวดแสบบริเวณลิ้นปี่ หรือปวดตื้อๆ ค่อนทางข้างซ้ายความรุนแรง

แตกต่างกันไป อาการมักจะเกิดภายหลังรับประทานอาหาร อาการเป็นๆ หายๆ และอาการปวดจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อรับประทานอาหารเช้าไป มักมีอาการ ½- 1 ชั่วโมง หลังอาหาร อาจจะมีคลื่นไส้และอาเจียน เรอบ่อยหรือมีอาการท้องอืดเหมือนมีลมในกระเพาะอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร และอาจเกิดกระเพาะอาหารทะลุได้

1.1.1.2 Duodenal ulcer (DU) ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ที่เป็น Duodenal ulcer พบว่า มีความสัมพันธ์กับการหลั่งกรดในปริมาณมาก จากสาเหตุดังต่อไปนี้

- (1) Parietal cell mass มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นจากกรรมพันธุ์
- (2) Gastric acid หลั่งออกมามากทำให้ Gastrin ในกระแสเลือดสูง
- (3) กลไกในการต้านการหลั่ง Gastrin สูญเสียไป
- (4) กลุ่มอาการ Zollinger-Ellison Syndrome ซึ่งเชื่อกันว่าไม่สามารถควบคุมการหลั่ง Gastrin ได้

พยาธิสรีรวิทยา Parietal cell ที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นจะถูกกระตุ้นให้สร้างและหลั่งกรดเกลือโดยฮอร์โมน Gastrin ในกระแสโลหิตจะถูกปล่อยออกมา ไปกระตุ้นให้ Histamine ถูกปล่อยออกมา Histamine ก็จะไปกระตุ้น  $H_2$  receptor ที่บริเวณ Parietal cells ให้หลั่งกรดเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีการผ่าน Acid secretion ไปยัง Duodenum อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้มีกรดปริมาณมาก เกินกว่าที่ร่างกายยับยั้งการหลั่งกรดโดยการหลั่งฮอร์โมนได้ จึงทำให้เกิดแผลในบริเวณดังกล่าว อาการและอาการแสดง มักจะปวดในเวลากลางคืนมากกว่า อาการปวดอาจเกิดหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง และถ้าแผลอยู่ทางด้านหลังของ Duodenum อาจจะปวดร้าวไปทางด้านหลังได้ อาการปวดจะทุเลาลงเมื่อได้รับอาหารและยาลดกรด

## 1.2 การวินิจฉัย

จากการซักประวัติตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์, 2546)

1.2.1 การซักประวัติ ในรายที่เลือดออกจาก Duodenal ulcers หรือ Gastric ulcer มักจะมีประวัติแผลเป็บติคนามาก่อนเป็นส่วนใหญ่และอาจเคยเลือดออกมาแล้ว เลือดออกจาก acute mucosa lesion มักพบในรายที่กินยาแก้ปวดหรือมีภาวะ stress รายที่เลือดออกมากอาจมีอาการของซีดหรือ postural hypotension ส่วนรายที่เลือดออกเรื้อรังมักจะตรวจพบโลหิตจาง

1.2.2 ตรวจร่างกาย ในรายที่รุนแรงจะพบชีพจรเบาเร็ว ตัวเย็น เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำ อาเจียนเป็นเลือดสด หรือเลือดสีคล้ำ (Coffee ground) ในรายที่ไม่รุนแรงจะมีภาวะถ่ายดำ (Melena) อย่างเดียว ส่วนการใช้วิธีตรวจทางทางหนักจะตรวจพบอุจจาระมีสีดำ (Melena) และอาจมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพหรือไม่ก็ได้การตรวจพิเศษโดยใช้กล้องส่องตรวจทางเดินอาหาร



ห้องสมุดงานวิจัย  
วันที่..... 12 มี.ค. 2556  
เลขทะเบียน..... 209132  
เลขเรียกหนังสือ.....

เช่น endoscope เพื่อตรวจดูหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น Stool Examination เพื่อดูว่ามีเลือดออกหรือไม่ ถ้าเป็น Duodenal ulcers เลือดจะมีสีคล้ำ

### 1.3 การรักษา

#### 1.3.1 การรักษาด้วยยา

1.3.1.1 เพื่อบรรเทาอาการปวด และป้องกันการเกิดแผลขึ้นมาใหม่ ได้แก่ ยาลดกรด (Antacids) ช่วยทำให้เป็นกลางและลดความเป็นกรดของกระเพาะอาหาร ทำให้ PH ของกระเพาะสูงกว่า 5 ทำให้ เอนไซม์ Pepsin หยุดทำงานได้ ที่นิยมได้แก่ Magnesium, Aluminum Hydroxide ได้แก่ ยา Trisilicate, Alum milk ควรจะใช้ชนิดน้ำมากกว่าชนิดเม็ด ถ้าเป็นชนิดเม็ดต้องเคี้ยวให้ละเอียดก่อน ความถี่ในการให้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ (โสภิตา ทัดพิณิจ และ จงกลณี ศรีจักร โคตร, 2544)

1.3.1.2 เพื่อลดการผลิตกรด ยากลุ่ม Proton pump inhibitor (PPI) และลดอาการเลือดออก ได้แก่ (สมบัติ ศรีประเสริฐสุข และ วโรชา มหาชัย, 2548) โดย omeprazole 40 mg ทุก 12 ชั่วโมงนาน 5 วัน ช่วยลดโอกาสเลือดออก และโอกาสการผ่าตัด Pantoprazole 40 mg ฉีดครั้งแรกและต่อด้วยการให้ต่อเนื่อง 8 mg / hr. เป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นให้กินยาดังกล่าวต่อวันละ 20 mg/ วัน จนครบสี่สัปดาห์ กรณีฉุกเฉินที่มีภาวะ UGI bleeding ที่รุนแรงต่อเนื่องจำเป็นต้องพิจารณาการผ่าตัด อาจใช้ยา somatostatin และ octreotide analogue ร่วมด้วย พบว่าช่วยลดการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดดำในตับ และการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงลงได้ โดยพิจารณาใช้ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- (1) อายุมากกว่า 60 ปี
- (2) โรคประจำตัวหลายอย่างและควบคุมสัญญาณชีพได้ไม่ดี
- (3) มีภาวะช็อกร่วมด้วย
- (4) ได้รับความเสียหายมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ยูนิต
- (5) มีปัญหาเลือดไม่แข็งตัว (severe coagulopathy)

1.3.1.3 ทำให้แผลหายเร็ว ยากลุ่ม Mucosal Healing Agents ที่นิยมใช้ ได้แก่ Sucralfate พบว่า ภายหลังจากการรักษาแล้ว 4 สัปดาห์ ประมาณร้อยละ 80 แผลจะหายดี

1.3.2 การส่องกล้อง (Endoscopy) ควรทำการส่องกล้อง (Endoscopy) ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาที่รับไว้ในโรงพยาบาล เพราะมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตต่อความรุนแรงโรค ลดปริมาณเลือดที่จะให้ลงได้ และช่วยลดระยะเวลาที่จะต้องอยู่โรงพยาบาลลง ลักษณะที่ตรวจพบจากการส่องกล้องจะเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าจะต้องให้การรักษาโดยวิธีการห้ามเลือด โดยใช้การส่องกล้อง (endoscopic hemostasis) หรือไม่ คือถ้าเป็นแผลในกลุ่ม low risk ได้แก่ Clean base ulcer หรือ ulcer

with flat dark spot ไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษา ส่วนแผลในกลุ่ม High risk ได้แก่ active bleeding visible vessel in ulcer bad และ Clot in ulcer bad ถือเป็นข้อบ่งชี้ (Absolute indication) ในการให้การรักษาโดยการส่องกล้องซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ อัตราการผ่าตัด และอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

1.3.3 การผ่าตัด จะทำเมื่อรักษาด้วยวิธีต่างๆ แล้วอาการไม่ดีขึ้น เลือดออกมาก แผลทะลุ วิธีการผ่าตัดที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ (โสภิตา ทัดพินิจ และ จงกณี ศรีจักรโคตร, 2544)

1.3.3.1 Subtotal gastrectomy หมายถึง การตัดกระเพาะอาหารส่วน Distal ออกประมาณ 3 ใน 4 ส่วนหรือมากกว่าร้อยละ 75 เพื่อลดปริมาณเซลล์ที่ผลิตกรด และนำกระเพาะอาหารส่วนที่เหลือต่อเข้ากับ Duodenum เรียกว่า Billroth I หรือต่อกับ Jejunum เรียกว่า Billroth II

1.3.3.2 Truncal vagotomy เป็นการตัด Vagus nerve ออกทั้งหมดทำได้ง่ายและรวดเร็ว เหมาะกับผู้ป่วยที่สภาพไม่ค่อยดีแต่จะมีปัญหาเกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ที่ขาด Vagus nerve ไปเลี้ยง ได้แก่ ตับ ลำไส้เล็ก ถุงน้ำดี และตับอ่อน

1.3.3.3 Antrectomy คือการตัดกระเพาะส่วน Antrum ออกซึ่งจะหยุดการทำงานของประสาท และลดการหลั่งของ Gastrin จาก Antrum เป็นการผ่าตัดที่ทำได้ยากขึ้นและใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าแต่มีอัตราเลือดออกซ้ำต่ำ และเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด

1.3.3.4 Wedge excision ulcer ทำได้ง่ายและใช้เวลาสั้นที่สุด เหมาะกับผู้ป่วยที่สภาพไม่ค่อยดีแต่มีอัตราเลือดออกซ้ำสูงที่สุด

ข้อบ่งชี้ในการทำการผ่าตัด

- (1) มีภาวะเลือดออกอย่างเลือดออกอย่างรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาช่วยชีวิตเบื้องต้น
- (2) มีภาวะเลือดออกต่อเนื่องและเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 50 ของปริมาณเลือดในร่างกาย
- (3) มีภาวะเลือดออกใหม่ หลังจากได้รับการรักษาและเลือดหยุดแล้ว
- (4) มีประวัติเลือดออกหลายครั้งและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- (5) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นผลจากแผลเป็บติค

Rockall et al. (n.d.) ได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วย UGI bleeding เสียชีวิตโดยการคิดเป็นคะแนน ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย แบ่งออกเป็น (ชัชยา จันทร์ใส, 2548)

(1) Clinical Rockall score เป็น Clinical criteria มีความเหมาะสมในกรณี que ผู้ป่วยยังไม่ได้ส่องกล้อง โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ประกอบไปด้วย อายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะ Shock และอัตราการเกิดโรค ถ้ามีค่า Clinical Rockall score โดยรวมเท่ากับ 0 ถือเป็นกลุ่ม Low risk จะมีโอกาสเสี่ยงต่อเลือดออกซ้ำน้อยกว่าร้อยละ 5 และอัตราการตายน้อยกว่าร้อยละ 1

(2) Complete Rockall score กำหนดจากตัวแปรทางด้านคลินิก ร่วมกับข้อค้นพบจากการส่องกล้อง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ถือเป็นกลุ่ม Low risk สำหรับเลือดออกซ้ำและอัตราการตายซึ่ง Complete Rockall score จะสามารถแยกผู้ป่วยในกลุ่ม low risk ได้ดีกว่า Clinical Rockall score ผู้ป่วยที่มีค่าของ Complete Rockall score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ถือเป็นกลุ่ม Low risk ส่วนที่ผู้ป่วยที่มีค่ามากกว่า 2 ถือเป็นกลุ่ม High risk ซึ่งต้องรีบทำการส่องกล้องเดินอาหารได้เร็วที่สุด เพื่อหาสาเหตุที่แน่นอนและให้ การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

ปัจจัยที่พบว่ามักทำให้เลือดออกซ้ำ

การที่พบว่าเลือดออกซ้ำ จะสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการตาย ดังนั้นการพยากรณ์ว่าแผลนั้นมีโอกาสเลือดออกซ้ำ นับเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดออกได้แก่ (ไตรจักร ชันดู, 2540)

- (1) อายุมากกว่า 60 ปี
- (2) ระดับฮีโมโกลบินขณะที่มาโรงพยาบาลต่ำกว่า 8 กรัม/ดล.
- (3) มีอาการช็อกขณะมาถึงโรงพยาบาล
- (4) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
- (5) แผลที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 1 ซม.
- (6) Active bleeding
- (7) จากการส่องกล้องพบหลอดเลือดหรือลิ่มเลือดติดแน่นกับก้นแผล

ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องซ้ำ

ในปัจจุบันไม่แนะนำให้ทำส่องกล้องซ้ำในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งพบว่าโอกาสเกิดเลือดออกซ้ำ ดังนั้นข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องซ้ำ มีดังนี้

(1) Active rebleeding

(2) ไม่แน่ใจว่าการส่องกล้องครั้งแรกจะดีพอหรือไม่ โดยเฉพาะในรายการที่ทำการส่องกล้องครั้งแรก ทำได้ลำบากและมี Active bleeding ระหว่างการทำ ควรจะส่องกล้องซ้ำใน 12-24 ชั่วโมง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวนน้อย และจัดกลุ่มงานวิจัยที่ผ่านมาได้ 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 ศึกษาเชิงพรรณนา พบว่ามี 2 งานวิจัยกล่าวคือ

อรพิน อินทรนุกุลกิจ (2536) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารของหน่วยทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 120 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเพศชาย มีการศึกษาน้อย ประกอบอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน มีการรับรู้การเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและภาวะแทรกซ้อนของโรคน้อยและไม่ถูกต้อง

ภักดีใจ บุญช่วยฉันท์ และ สิริมา สฤชชสมบัติ (2545) ได้ศึกษาลักษณะการจ่ายยาในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารในร้านขายยา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นพบว่า หากผู้ป่วยรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น วิธีแก้ไขอันดับแรกของผู้จ่ายยาจะตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาลให้ผู้ป่วยพบว่าในกรณีเป็นเภสัชกร จะสืบหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค อีกทั้งสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค แต่ผู้จ่ายยาที่ไม่ใช่เภสัชกรส่วนมากมักจะแนะนำผู้ป่วยให้ไปพบแพทย์

กลุ่มที่ 2 ศึกษาเชิงทดลอง โดยใช้กระบวนการสอนและการสนับสนุนให้ความรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ามี 2 งานวิจัยคือ

สมควร วิเชียรศรี (253) ศึกษาประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาในโรงพยาบาล โดยประยุกต์วิธีสอนแบบแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งรับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 50 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มทดลอง

สุรชาติ สิทธิปกรณ์ (2547) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร ที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองรายด้านสูงกว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นกระบวนการสอนรายบุคคล แต่ยังไม่มีการบวนการในการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนาให้เห็นชัดเจน

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้รับความสนใจจากนานาประเทศมาเป็นเวลานาน ประมาณปลายศตวรรษที่ 19 ในโลกแถบตะวันตกเริ่มมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยจากสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเริ่มในประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการมอบหมายให้พยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแม่และเด็กที่บ้าน ส่วนในอังกฤษมีการจ้างให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพติดตามให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตที่บ้านและรายงานกลับมายังโรงพยาบาล

ในประเทศไทยแนวคิดการวางแผนจำหน่ายเริ่มจากแนวคิดการดูแลที่บ้าน โดยสภาอากาศไทยริเริ่มแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล ในระยะแรกมุ่งเน้นหญิงตั้งครรภ์รวมทั้งมารดาและทารก และต่อมาขยายไปยังผู้ป่วยอื่น (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี โดสุขศรี และศรีธญา โภษิตมงคล, 2546)

### 2.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย Mckeetha (1981 อ้างถึงในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) กระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลายๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะรวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลที่บ้าน ตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนในการปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล ส่วน Clausen (1984) กล่าวว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) เป็นกระบวนการส่งต่อความรับผิดชอบต่างๆ โดยผ่านพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ไปยังผู้ป่วย ญาติหรือทีมสุขภาพคนอื่นๆ ซึ่งคล้ายกับความหมายของ Tabbitt (1981) กล่าวว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการวางแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปยังบ้านผู้ป่วย นอกจากนี้การวางแผนการจำหน่ายยังเน้นไปถึงการให้คำปรึกษา เช่นเดียวกับ Marchette & Holloman (1986) กล่าวว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ และให้

ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการสนับสนุนการให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Roden & Taft (1990) ให้ความเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกลุ่มของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่างๆ ของความเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อย้ายการดูแลจากหอพยาบาลผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ หรือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายกลับบ้าน เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ซึ่ง Yura & Waish (1982) ให้ความเห็นว่า การวางแผนการจำหน่ายจะบรรลุเป้าหมายในด้านความต่อเนื่องในการดูแล และผู้ป่วยนั้นจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยอย่างค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วยขั้นรุนแรงสู่สภาวะปกติหรือดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากรและความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ

Lowenstein & Holloman (1994) ให้ความเห็นว่า การวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่

- (1) การประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- (2) การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดแผนการจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผน
- (3) การประเมินศักยภาพของหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการช่วยเหลือ และการเลือกแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม
- (4) การกำหนดแบบแผนการสอน การดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

จินตนา ตั้งชวลิต (2541) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่าย คือ กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ การปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการทางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือของทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มและประสานแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับทีม

สุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการและประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

**2.2** **วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีดังนี้** (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2545)

- 2.2.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2.2.2 พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
- 2.2.3 ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล
- 2.2.4 ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น
- 2.2.5 ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

### **2.3** **รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย**

ปัจจุบันได้มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพหลายรูปแบบ อุซาวดี อัสตรวิเศษ (2546) ได้รวบรวมไว้ดังนี้

2.3.1 รูปแบบที่เน้นความสัมพันธ์และความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ผลของการใช้รูปแบบนี้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อทีมสุขภาพที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผน (Bull et al., 2000)

2.3.2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบสมบูรณ์แบบ (Comprehensive discharge planning program) ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการให้การวางแผนและให้การพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ผลจากการใช้รูปแบบนี้จะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมาอนรักษซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายก่อนข้างดี (Naylor et al., 1994; Naylor, 1990; Naylor et al., 1999)

2.3.3 รูปแบบที่มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน (Structured discharge procedure) สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด โดยมีการจัดทำ “The structure discharge package” ที่ประกอบไปด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง แผนการดูแลต่อที่บ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่สามารติดต่อขอความช่วยเหลือได้

2.3.4 รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning โดยมีลำดับขั้นดังนี้

1) Step A: Assessment เป็นการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนการจำหน่าย เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย

2) Step B: Building a Plan คือ การสร้างแผนการจำหน่าย โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้ และเป้าหมายของความต้องการ

3) Step C: Confirm the Plan การยืนยันแผนการจำหน่าย การกระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการประเมินจุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อพัฒนาแผนต่อไป

2.3.5 รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice เป็นรูปแบบที่มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการแพทย์ ในการประสานงานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกและที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

2.3.6 รูปแบบ METHOD ของการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอรูปแบบนี้ไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย ข้อจำกัดของรูปแบบนี้คือ ต้องตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคล แต่ละคนมีความเฉพาะเจาะจงในสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน เพื่อนำมาวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในรายบุคคล

กล่าวโดยสรุปการวางแผนการจำหน่ายถึงแม้จะมีหลากหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบก็จะมีข้อจำกัดต่างกันแล้วแต่บริบทของพื้นที่และความเหมาะสมกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงขึ้นกับว่าควรที่จะเลือกใช้รูปแบบใดจึงจะทำให้การวางแผนการจำหน่ายเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

## 2.4 กระบวนการวางแผนการจำหน่าย

กฤษฎา แสงวดี และคณะ (2539) กล่าวถึงแนวทางในการปฏิบัติแผนการจำหน่ายผู้ป่วยว่าเปรียบเสมือนแผนการฟื้นฟูสภาพและแผนการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ซึ่งพยาบาลเองต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผนให้สอดคล้องกับความต้องการและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค หรือความเปลี่ยนแปลง การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

### 2.4.1 การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย

การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายเป็นกระบวนการที่สำคัญมากและต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีทักษะในการประเมินปัญหาและคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย มีทักษะในการบันทึกข้อมูลได้อย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อสื่อความหมายให้กับพยาบาลหรือทีมงานได้รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญที่พยาบาลจะต้องประเมินได้แก่

2.4.1.1 สภาพร่างกาย จิตใจและความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร หากพ้นระยะวิกฤติแล้วยังคงมีปัญหอะไรคงเหลืออยู่บ้าง

2.4.1.2 สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แก่ระดับความรู้สึกรู้ตัวและการรับรู้ ความทนต่อสิ่งรบกวนต่างๆ โดยเฉพาะอาการของโรค แบบแผนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา ความพร้อมและแรงจูงใจ ที่จะเรียนรู้หรือพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อความพร้อมก่อนกลับบ้าน

2.4.1.3 แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

(1) ประเมินว่าผู้ป่วยควรจะแสวงหาความช่วยเหลือจากใครหรือหน่วยงานใดในชุมชนรวมทั้งองค์กรเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ

(2) ประเมินครอบครัวผู้ป่วย เพื่อหาผู้ดูแลผู้ป่วยโดยพยายามต้องค้นหาให้ได้ว่าใครคือผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย และประเมินความสามารถของผู้ดูแลว่าใครเหมาะสมที่จะฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพียงใด เพื่อวางแผนฝึกฝนให้ตรงตามความเหมาะสมของแต่ละคน

2.4.2 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย

เมื่อประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลแล้ว พยาบาลต้องตัดสินใจให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งในกระบวนการตัดสินใจนี้พยาบาลจะต้องพิจารณาในเบื้องต้นก่อนว่าข้อมูลที่ได้นั้นเพียงพอที่จะนำมาแก้ปัญหาหรือไม่ ถ้ายังไม่เพียงพอก็ควรต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งสามารถทำได้พร้อมๆ กับการให้การพยาบาลในแต่ละวัน แล้วจึงใช้ความรู้ประสบการณ์และทักษะการพยาบาล ในการพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้

2.4.2.1 ข้อมูลแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กันอย่างไร และในความสัมพันธ์ของข้อมูลนั้นบ่งชี้ว่าความปกติหรือผิดปกติของผู้ป่วย

2.4.2.2 ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ ที่รวบรวมมาได้นั้นแสดงแนวโน้มว่าจะเกิดพยาธิสภาพขึ้นภายหลังหรือไม่

2.4.2.3 พิจารณาแบบแผนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพว่าเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตหรือไม่

2.4.3 การกำหนดแผนการจำหน่าย

การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินปัญหาและวินิจฉัยการพยาบาล แผนการจำหน่ายที่ดีควรมีลักษณะสำคัญดังนี้คือ

2.4.3.1 มีความสอดคล้องของแผนการจำหน่ายที่พยาบาลกำหนดขึ้นกับแผนการจำหน่ายหรือแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นความรับผิดชอบร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

2.4.3.2 มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาวและวิธีการประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนด

2.4.3.3 เนื้อหาในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ที่สื่อความหมายในทางปฏิบัติ ทั้งทางสาระและวิธีการปฏิบัติ ซึ่งควรประกอบด้วยแผนปฏิบัติในแต่ละวันและแผนปฏิบัติระยะยาว รายละเอียดในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย จะมีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่อย่างไรก็ตาม เนื้อหาในแผนการจำหน่าย เป็นสิ่งจำเป็นต้องเรียนรู้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.4.4 การปฏิบัติการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายนั้น บุคลากรทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติตามแผน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้วางแผนซึ่งจะต้องเป็นผู้สื่อสารแผนดังกล่าวให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้ทราบว่าแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายนั้นเป็นอย่างไร มอบหมายให้ใครทำอะไร และเมื่อใดและควรใช้เทคนิคหรือวิธีการอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ การสื่อสารจะต้องมีทั้งการสื่อด้วยลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจา การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรม ตามแผนต้องประสานกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งการส่งต่อการพยาบาลตามแผนเพื่อให้สมาชิกทีมสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง วิธีปฏิบัตินั้นประกอบด้วย

2.4.4.1 การให้ความช่วยเหลือ กระทำให้หรือกระทำให้แทน

2.4.4.2 การกระตุ้นสนับสนุนสร้างแรงจูงใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง

2.4.4.3 การสอน

2.4.4.4 การให้คำปรึกษา

2.4.4.5 การส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่นๆ และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้ อย่างไรก็ตามพื้นฐานที่สำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวคือ สัมพันธภาพที่อบอุ่น และความไว้วางใจระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล

2.4.5 การประเมินผล พยาบาลวิชาชีพต้องร่วมมือกับผู้ป่วยผู้ดูแล ประเมินผลเกณฑ์ ในแต่ละเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันได้โดยการตรวจร่างกาย การสังเกต การปฏิบัติ การสอบถาม พูดคุย และตัดสินใจว่าพฤติกรรมหรือการเรียนรู้หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ การประเมินผลนี้สามารถตัดสินใจแยกประเภทผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อเป็นประโยชน์ในการส่งต่อและเป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้ป่วยที่บ้าน

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) ในปีงบประมาณ 2537-2538 กองการพยาบาล ได้ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นยังมีจุดอ่อนทั้งด้านความคิดและกระบวนการปฏิบัติ ดังนั้นในปี 2539 กองการพยาบาล จึงได้มอบหมายให้กลุ่มมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลดำเนินการจัดพิมพ์แนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อเผยแพร่ให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลต่างๆ ได้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เนื้อหาในเล่มประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบ และแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งกรณีตัวอย่าง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

M ย่อมาจาก Medication ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาดปริมาณจำนวนครั้ง ระยะเวลาใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามในการใช้ยา

E ย่อมาจาก Environment & Economic ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม

T ย่อมาจาก Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

H ย่อมาจาก Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถี การดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพรวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O ย่อมาจาก Outpatient Referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อและขอความช่วยเหลือจากใครบ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนั้นยังหมายถึงการส่งต่อแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่

D ย่อมาจาก Diet ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

## 2.5 ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มีดังนี้ (Erb, 1997)

2.5.1 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล (Care giver) และครอบครัว ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆ ภายใต้อัมพันธภาพที่ดี

2.5.2 การนำขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาลได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

2.5.3 การเลือกใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน

2.5.4 การสนับสนุนจากหน่วยงานในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านหรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง

2.5.5 การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

## 2.6 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนการจำหน่าย

2.6.1 ประเมินความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกระบวนการการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย

2.6.2 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม

2.6.3 เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

2.6.4 ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้หรือยาที่บ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

2.6.5 บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะวิกฤติและเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย

2.6.6 ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2.6.7 ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลา ก่อนจำหน่าย

2.6.8 ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

2.6.9 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความตามความเหมาะสม

2.6.10 ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย หรือการประชุมร่วมกับพยาบาลสาธารณสุขที่เยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย

## 2.7 ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ อาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า คุณภาพของการดูแลและความต่อเนื่องในการบริการ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และสถานบริการสุขภาพด้วย ดังประโยชน์ต่อไปนี้

2.7.1 ทำให้ระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำลดลง จากงานวิจัยของ สุปราณี อ่อนชื่นจิตร และคณะ (2540) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่พักรักษาตัวของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.7 วัน แต่กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.7 วัน และเมื่อวัดความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าสามารถให้การดูแลได้ดีกว่า อันจะนำไปสู่การป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

2.7.2 ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง จากการศึกษาของ Neidlinger et al. (1987) เกี่ยวกับการประเมินค่าใช้จ่ายของการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยทำวิจัยกึ่งทดลองในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งนอนพักในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 39 ราย พบว่า ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มทดลองลดลง 60 เหรียญอเมริกัน และจากการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น



2.7.3 ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาของ ประภัสศรี ช่างษ์ (2534) ได้ศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยทดลองกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 15 ราย และญาติผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมของญาติผู้ป่วยสูงขึ้น คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก และคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

2.7.4 ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร คุณภาพการดูแลดีขึ้นและเกิดความต่อเนื่องของการดูแล จากการศึกษาของ McGinley et al. (1996) ศึกษาเรื่องการพัฒนาของการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิทยาการ ที่แฟรงค์ฟอร์ด เพนซิลวาเนีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนวันในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลที่บ้าน โภชนากร นักกายภาพบำบัด และผู้ที่ทำประโยชน์อื่นๆ มีการประชุมปรึกษาหารือกำหนดบทบาทในการวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือให้มีคุณภาพ ผลทำให้เกิดกระบวนการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิทยาการ มีประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วยและบุคลากร ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแล และโดยเฉพาะบุคลากรมีการพัฒนาทักษะวิชาชีพที่สูงขึ้น

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR)

#### 3.1 ความหมายและลักษณะของ Action research

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ถูกนำเสนอโดย Kurt Lewin ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1944 ซึ่ง นักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมัน โดยให้ความสำคัญต่อกระบวนการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่บูรณาการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ทางทฤษฎีที่ได้รับจากการทดลองในห้องปฏิบัติการและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคลเข้าด้วยกัน อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาใดๆ ตามความต้องการของบุคคลในชุมชนหรือสังคม แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการวิจัยที่บูรณาการเชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกันตลอดจนการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) และการร่วมมือร่วมใจ (Collaboration) ของสมาชิกในชุมชนหรือสังคมฝ่ายต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขภายใต้บรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน ความเป็นประชาธิปไตยและความไว้วางใจซึ่งกันและกันและโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า ปัจจัยสำคัญเหล่านี้จะช่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่พึง

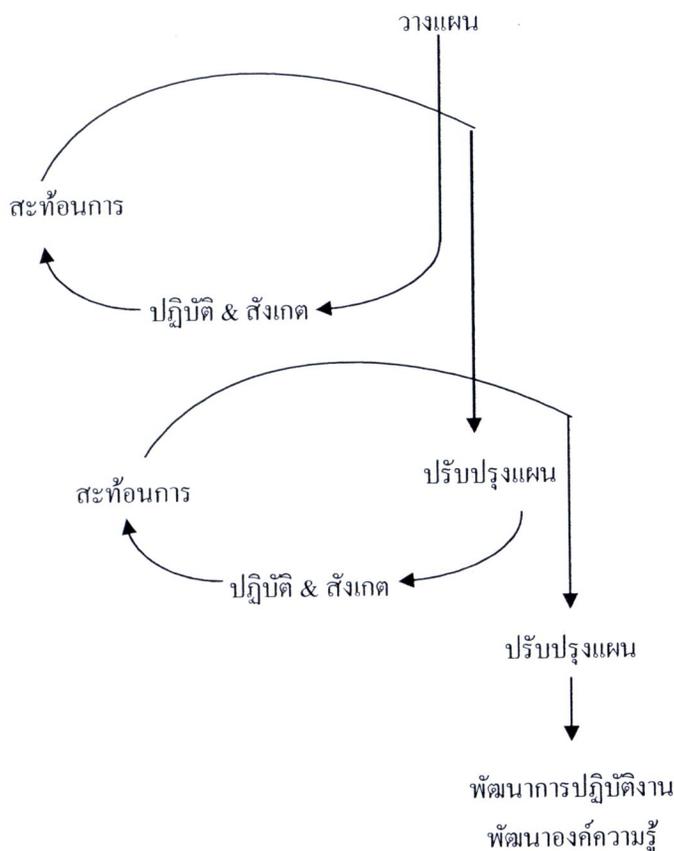
ปรารถนาขึ้นในสังคมได้อย่างบรรลุผลสำเร็จ Kurt Lewin จึงได้รับการยกย่องว่าเป็น “นักทฤษฎีปฏิบัติการทางสังคม” (องอาจ นัยพัฒน์, 2548)

Kemmis & McTaggart (1990) ให้คำนิยามของวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบส่องสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ทางสังคม เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาลักษณะที่ชอบธรรมและความชอบด้วยเหตุผลของวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2548) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบของทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา หรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับปฏิบัติ นโยบายกับการปฏิบัติ และการวิจัยกับการกระทำ ทำการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม ชุมชน หรือองค์กร แห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสภาวะของสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) กล่าวว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research spirals) มีลักษณะคล้ายกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) และการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ ดังภาพที่ 1

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมศึกษาปัญหาาร่วมกันกับนักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการเริ่มต้นของผู้ที่อยู่กับปัญหา (Problems people) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับนักวิชาการจึงเป็นกระบวนการที่ผู้คนในองค์กรหรือชุมชนมิใช่ผู้ถูกกระทำ แต่เป็นผู้กระทำงานที่มีส่วนร่วมและมีอำนาจร่วมในงานวิจัย (Whyte, 1991 อ้างถึงใน สิทธิรัฐ ประพุทธนิตินิสาร, 2547)



ภาพที่ 1 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Spirals) (Kemmis & McTaggart, 1990)

### 3.2 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ชนิด ตามวิธีการที่ใช้ในการวิจัย (Masters, 1995 อ้างถึงในวิพร เสนารักษ์, 2549) ดังนี้

3.2.1 Technical Action Research (Technical collaborative approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้เพื่อทดสอบวิธีการแก้ปัญหา (intervention) ใดๆอย่างหนึ่งที่มีพื้นฐานมาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีที่กำหนดไว้แล้ว สัมพันธภาพระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติเป็นแบบผู้ที่มีความรู้กับผู้อำนวยการความสะดวก เป็นความร่วมมือที่นักวิจัยได้กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาไว้ก่อนแล้ว จุดมุ่งหมายของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติคือทำให้นักปฏิบัติสนใจการวิจัย ตกลงสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือด้วยการปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหาที่นักวิจัยต้องการทดสอบ

โดยทั่วไปแล้ว การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีที่มีการลงมือปฏิบัติ เปรียบเสมือนการคิดยาที่เกิดผลเร็วแต่หลังจากนั้นไม่นาน นักปฏิบัติมักมีความกระตือรือร้นลดลง และกลับไปปฏิบัติเหมือนเดิม

### 3.2.2 Mutual Collaborative Action Research (Mutual collaborative approach)

นักวิจัยมีเป้าหมายในการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้ เพื่อแสวงหาวิธีการปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้หรือประสบการณ์ของนักปฏิบัติ ผู้วิจัย และนักปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหาสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาหลังจากที่ทั้งสองฝ่ายเสวนากัน (dialogue) จนถึงจุดที่เกิดความเข้าใจร่วมกัน การวิจัยชนิดนี้มีลักษณะคือ ยึดหยุ่นซึ่งไม่พบในงานวิจัยที่ใช้กระบวนการที่แบบปฏิบัติฐานนิยม ดังนั้น จึงเอื้อให้นักวิจัยและนักปฏิบัติเข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาที่พบในขณะนั้น ในสถานที่แห่งนั้น ในขณะที่เดียวกันนักปฏิบัติที่มีส่วนร่วมในการวิจัยก็เกิดความเข้าใจในมุมมองใหม่ ทำให้เข้าใจการปฏิบัติงานของตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะนำวิธีการเปลี่ยนแปลงไปใช้ต่อไปแม้สิ้นสุดการวิจัย

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มว่าจะขึ้นกับหรือเกี่ยวพันกันกับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยตรง ดังนั้น การปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มว่าจะอยู่ได้ไม่นานเมื่อกลุ่มคนเหล่านี้ออกจากระบบหรือมีคนใหม่อีกจำนวนมากเข้ามาอยู่ในระบบ

### 3.2.3 Participatory Action Research (Enhancement approach) นักวิจัยมี

เป้าหมายในการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้สองประการคือ 1) ลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นจริง และ 2) ช่วยสนับสนุนนักปฏิบัติในการระบุปัญหา ค้นหาและทำความเข้าใจเบื้องหลังหรือที่มาของปัญหาอย่างชัดเจน ด้วยการตั้งคำถามนักปฏิบัติเกี่ยวกับข้อสันนิษฐานหรือการคาดการณ์ รวมทั้งคุณค่า (value) ที่มีอิทธิพลหรือเงื่อนไขของการปฏิบัตินั้นๆ การที่นักปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วม ในการสะท้อนคิดและวิพากษ์การปฏิบัติของตนเอง ทำให้จุดประกายความคิด เกิดแสงสว่างที่ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติที่ทำอยู่ภายใต้ข้อสันนิษฐานที่มีอยู่เดิมกับที่เกิดขึ้นจากกฎแห่งความเป็นจริงที่ซ่อนอยู่ ภายใต้กระบวนการกลุ่มที่ทำให้เกิดความรู้แจ้ง ในสถานการณ์ที่เป็นจริงนี้ นักวิจัย (ผู้สนับสนุน) ต้องไม่พยายามชี้นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสะท้อนคิดและวิพากษ์ โดยเชื่อว่านักปฏิบัติมีความรู้แจ้งในปัญหาของตนเองแต่ต้องปล่อยและสนับสนุนให้มีการสื่อสารอย่างเท่าเทียมกันระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติที่ทำให้เห็นความรู้แจ้งที่เกิดขึ้นของนักปฏิบัติ

การอภิปรายแบบสะท้อนคิดระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติ ทำให้ผุดกำเนิด (emerge) ทฤษฎีเฉพาะพื้นที่ (local theory) จุดเน้นของการเปลี่ยนแปลงคือ บรรทัดฐานของบุคคล

และของวัฒนธรรม ทำให้การเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มที่จะอยู่ได้นาน ทั้งนี้เพราะแรงกดดันทางลบที่เกี่ยวข้องกับองค์กรซึ่งนักปฏิบัติแบบใหม่และการมองเห็น (insight) ทฤษฎีใหม่จึงพัฒนาขึ้นจากวัฒนธรรมของการปฏิบัติในรูปแบบใหม่ ทำให้ผุดกำเนิดความรู้ 2 ชนิดขึ้นจากความร่วมมือกัน (collaboration) ของทั้งนักวิจัยและนักปฏิบัติ คือความรู้เพื่อการอธิบาย (description) และการทำนาย (predictive)

### 3.3 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ลักษณะที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ดังนี้ (Kemmis & Mctaggart, 1988, อ้างถึงในอารรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534)

3.3.1 เป็นการพัฒนากิจกรรม โดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing)

3.3.2 เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน (Collaborative participatory action research)

3.3.3 เป็นการทดลองปฏิบัติโดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของบุคลากรหรือกลุ่มในกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงแผนเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นในวงจรต่อไป การทดลองปฏิบัติที่ทดลองปฏิบัติในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ

3.3.4 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (Critical analysis) เพื่อความเข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้นๆ ไม่ใช่เป็นการแก้ปัญหาอย่างผิวเผิน

3.3.5 เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา เรียนรู้วิธีการที่จะพัฒนากิจกรรมนั้นๆ

3.3.6 เป็นกระบวนการทางการเมือง (Political process) เพราะการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมักจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ การต่อต้านนี้เกิดขึ้นทั้งผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงาน

3.3.7 เป็นการบันทึกความก้าวหน้าและบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการศึกษา

3.3.8 เป็นการสร้างทฤษฎีโดยหาเหตุผลของการปฏิบัติจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วนำมาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) และสรุปเป็นหลักการภายหลัง

3.3.9 เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรถัด (กลุ่มเล็ก หรือแม้แต่ผู้วิจัยเพียงคนเดียว) แล้วจึงขยายเป็นวงใหญ่ (กลุ่มใหญ่ เช่น หอผู้ป่วย, แผนก, ภาควิชา, โรงพยาบาล)

### 3.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก (Kemmis & McTaggart, 1988 อ้างถึงในองอาจ นัยวัฒน์, 2548) คือ

- 3.4.1 การวางแผนงาน (Planning)
- 3.4.2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action)
- 3.4.3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)
- 3.4.4 การสะท้อนกลับ (Reflection)

การวางแผนงาน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งเป็นอย่างดี และเป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบทด้านสังคมวัฒนธรรม และอื่นๆ ที่เป็นอยู่ในสถานการณ์เวลานั้น ขั้นตอนการวางแผนนี้ นอกจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาการกระตุ้นกลุ่มสมาชิกให้เกิดความอยากที่จะพัฒนากิจกรรมนั้นแล้ว การรวบรวมวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎี/หลักการ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มสามารถวางแผนหาวิธีการที่เหมาะสมในขั้นต้นได้เหมาะสมและมีหลักการ อันจะเป็นแนวทางให้การพัฒนากิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างมีคุณภาพต่อไป คำถามที่ใช้ในการวางแผนขั้นต้นประกอบด้วย (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534)

- (1) การปฏิบัติกิจกรรมนั้นในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีข้อดี ข้อบกพร่องอย่างไร
- (2) ความเชื่อ ความรู้และทัศนคติพื้นฐานเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นของพยาบาลเป็นอย่างไร พยาบาลให้ความหมายต่อกิจกรรมนั้นๆ อย่างไร
- (3) ความคาดหวังของกลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบในอุดมคติเป็นอย่างไร
- (4) ปัจจัยอะไรที่จะยับยั้งการพัฒนากิจกรรมนั้น
- (5) แหล่งข้อมูล (ทั้งตัวบุคคล เอกสาร และองค์กร) ที่จะช่วยในการพัฒนา กิจกรรมนั้นเป็นอย่างไร
- (6) ขั้นตอนตามโครงสร้างของการปฏิบัติงาน อำนาจ และหน้าที่ของบุคลากร พยาบาลเป็นอย่างไร ผู้บริหารจะช่วยสนับสนุนได้อย่างไร
- (7) ความพร้อมของพยาบาลมีมากน้อยแค่ไหน

(8) ปฏิกริยาจากผู้ร่วมงานทั้งพยาบาลและที่ไม่ใช่พยาบาลต่อการพัฒนากิจกรรมนั้นเป็นอย่างไร

(9) ทฤษฎี/หลักการ และการวิจัยที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง (วิเคราะห์หลักการ)

(10) วิธีการไหนที่จะสามารถพัฒนากิจกรรมนั้นตามความเหมาะสมของสถานการณ์ (สังเคราะห์หลักการ)

(11) นโยบายของกลุ่มในการพัฒนากิจกรรมนั้นควรเป็นอย่างไร

การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน ซึ่งรวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลขณะทดลองปฏิบัติด้วย เพื่อหาสมมติฐานที่จะทำให้เกิดการพัฒนา กิจกรรมนั้นๆ ระบุปัจจัยสนับสนุนทดสอบสมมติฐาน ระบุเทคนิค/ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผัน หรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขหรือข้อจำกัดในสถานการณ์เวลานั้นได้ ดังนั้นแผนที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว เพื่อเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ สิ่งใดควรกระทำตามแผนที่วางไว้ สิ่งใดควรปรับเปลี่ยนให้เข้ากับปัจจัยเงื่อนไขในขณะนั้น แล้วจึงดำเนินกิจกรรมอื่นต่อไป คำถามที่ใช้เป็นแนวทางในขั้นทดลองปฏิบัติ ได้แก่ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534)

(1) หลักการและวิธีการที่วางแผนที่วางไว้ใช้ได้หรือไม่

(2) ปัจจัยอะไรที่ทำให้ใช้ได้

(3) ปัจจัยอะไรที่ยับยั้ง

(4) ในรายที่ทำได้อาศัยหลักการอะไร มีขั้นตอนอย่างไร

(5) วิธีการ/หลักการดังกล่าวช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างไร

(6) การทดลองปฏิบัติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เช่น ชัดแย้ง สนับสนุน หรือใช้เวลานานมากเกินไป

(7) มีแนวทางอื่นที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไร กลุ่มอยากจะปรับปรุงอะไรเพิ่มเติม

การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้กระทำลงไป (ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ) รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือมีลักษณะเป็นอย่างไร การ

สังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่กว้างหรือแคบจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนทดลองปฏิบัตินำมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาวิธีการในการปรับปรุงแผนที่วางไว้ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น และสรุปวิเคราะห์ในขั้นตอนสุดท้ายเพื่อหารูปแบบ หลักการ กระบวนการที่ใช้เป็นหลักได้ในการปฏิบัติ รวมทั้งระบุงองค์ความรู้ที่ได้จากการทดลองปฏิบัติซ้ำอีกตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการจนได้รูปแบบเป็นที่พอใจ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534) การสะท้อนการปฏิบัติ เป็นการหวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตอย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์ประการหนึ่งที่จะช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก กระบวนดังกล่าวนี้จะนำไปสู่การรื้อถอนแนวคิดความเชื่อและการปฏิบัติงานอย่างเดิม (deconstruction) ไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมเปลี่ยนไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบต่อไป กล่าวโดยสรุป เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีขั้นตอนย่อยๆ ดังนี้ (องอาจ นัยพัฒน์, 2548)

- (1) ระบุนแนวคิดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน
- (2) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสภาวะการณ์ที่เป็นปัญหาซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงหรือพัฒนา
- (3) วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
- (4) นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
- (5) สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว
- (6) สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติไปแล้ว โดยอาศัยการคิดใคร่ครวญในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนคติอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่างๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5
- (7) ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา

(8) นำแผนที่ปรับปรุงแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง

(9) สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติไปแล้วดำเนินการ เช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้รับการแก้ไขปรับปรุงจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้อำนาจด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจเป็นสภาพความรู้สึกที่มีความสุข สดชื่นต่อบุคคลสิ่งของและบริการ เป็นภาวะทางอารมณ์เชิงบวกที่บุคคลแสดงออกเมื่อได้รับผลสำเร็จทั้งปริมาณและคุณภาพ ตามจุดมุ่งหมาย ตามความต้องการ ความพึงพอใจจึงเป็นผลของความต้องการที่ได้รับการตอบสนอง โดยมีการจูงใจ (Motivation) หรือสิ่งจูงใจ (Motivators) เป็นตัวเหตุ โดยแบ่งเป็น 2 แนวทางคือ ความพึงพอใจในบริการ (Service satisfaction) กับความพึงพอใจในการทำงาน (Job satisfaction) (บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์, 2549)

ความพึงพอใจในบริการ องค์ประกอบหรือสภาพการณ์ที่ทำให้การบริการได้รับความพึงพอใจตามแนวคิดของ Millet (1954 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์, 2549) ได้แก่

(1) ได้รับบริการอย่างเสมอภาค (Service) ยุติธรรมได้รับการปฏิบัติเหมือนกัน ไม่กีดกัน ใช้มาตรฐานเดียวกัน

(2) ได้รับบริการทันเวลา (Timely service) ได้แก่ ได้รับบริการตรงเวลาตรงตามความต้องการ

(3) ได้รับบริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) ได้แก่ ได้รับบริการมากเพียงพอและเหมาะสมทั้งบุคลากร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์

(4) ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) ได้แก่ ได้รับบริการติดต่อกันไปไม่เว้นระยะเวลา หรือบริการผู้อื่นก่อนโดยไม่จำเป็น

แนวคิดของ Aday & Anderson (1981 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์, 2549) การบริการจะรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการใน 6 ประการ ได้แก่

(1) ความสะดวกที่ได้รับ (Convenience) ได้แก่ การใช้เวลารอคอย การได้รับการดูแลเท่าที่เป็นไปได้เมื่อมีความต้องการ และความสะดวกสบายที่ได้รับบริการ

(2) การประสานการบริการ (Coordination) ได้แก่ สามารถได้รับบริการทุกประเภทตามที่ต้องการภายในสถานที่แห่งเดียว ได้รับความสนใจทั้งร่างกายและจิตใจและมีการติดตามประเมินผลบริการ

(3) อธิปไตยหรือความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ ความเป็นกันเอง ความห่วงใย ให้ความสนใจ

(4) ข้อมูลข่าวสารทางการบริการที่ได้รับ (Information) ได้แก่ ข้อมูลการบริการ เช่น การบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ข้อมูลสาเหตุการเจ็บป่วยการรักษาและการใช้ยา

(5) คุณภาพบริการ (Quality) ได้แก่ มีการบริการที่เป็นมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์เวลาและบุคคล

ตามความหมายของตัวอักษรคำว่า Service พฤติกรรมของผู้ให้บริการที่จะทำให้ผู้รับบริการพอใจ ได้แก่

S = smiling and sympathy ยิ้มแย้ม เอาใจใส่

E = early response รีบฟัง ตอบสนอง

R = respectful ให้เกียรติ ขอมรับ นับถือ

V = voluntaries manner สมัคใจเต็มใจ มิใช่ทำอย่างเสียไม่ได้

I = image enhancing รักษาภาพพจน์ และสร้างเสริมภาพพจน์

C = courtesy นอบน้อมถ่อมตน อ่อนน้อม

E = enthusiasm กระฉับกระเฉง กระตือรือร้น

ส่วนความพึงพอใจในงาน เป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนรวมของคนต่องานของเขา ซึ่งเป็นความต้องการดังนี้

1. ความต้องการภายนอก ได้แก่

1.1 รายได้

1.2 ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน

1.3 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

1.4 ตำแหน่งหน้าที่

1.5 การได้งานทำที่ถนัด

2. ความต้องการภายใน ได้แก่

2.1 ความต้องการมีส่วนร่วมในหมู่คณะ

2.2 ความต้องการเป็นที่รักใคร่ของเพื่อนและผู้ร่วมงาน

2.3 ความต้องการเป็นที่ยอมรับนับถือของผู้อื่น

2.4 ความต้องการในศักดิ์ศรีของตนเอง

ความพึงพอใจของคนในการทำงานทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานและความสำเร็จของงาน  
ได้แก่

- 1.1 ความสำเร็จของงาน
- 1.2 การได้รับการยอมรับนับถือ
- 1.3 ลักษณะงาน (work it self) ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีต่องานที่ทำ
- 1.4 ความรับผิดชอบ
- 1.5 โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน
- 1.6 มีโอกาสพัฒนาตน

2. ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่

- 2.1 เงินเดือนและค่าตอบแทน
- 2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน
- 2.3 สถานภาพการทำงาน การมีเลขานุการ มีรถประจำตำแหน่ง มีอภิสิทธิ์บางอย่าง
- 2.4 นโยบายและการบริหาร การจัดการบริหาร ให้อำนาจ มีนโยบาย แน่นนอน
- 2.5 สภาพการทำงาน (working condition) สภาพทางกายภาพ
- 2.6 ความมั่นคงในงาน
- 2.7 การนิเทศงาน ผู้นิเทศมีความรู้ ยึดธรรม เต็มใจให้คำแนะนำมอบหมายรับผิดชอบ

ให้

2.8 ชีวิตส่วนตัว (Personal life) การมีเวลาส่วนตัวที่ไม่มีสิ่งใดรบกวนมีเวลาพักผ่อน

เป็นตัวของตัวเอง

ความไม่พึงพอใจในงานสภาพการทำงาน อุษา ชัชวาล (ม.ป.ป. อ้างถึงใน บุญธรรม  
กิจปริคารวิสุทธิ, 2549) ได้เสนอที่มาหรือสาเหตุที่ทำให้ไม่พอใจในงานไว้ดังนี้

1. ความไม่พอใจอันเนื่องมาจากค่าตอบแทน ค่าตอบแทนในที่นี้หมายถึง เงินเดือน ค่าจ้าง  
โบนัส หรือบริการอื่นๆ ที่นายจ้างหรือองค์กรจะพึงให้เป็นค่าตอบแทนแรงงาน ค่าตอบแทนจะ  
สัมพันธ์กับแรงงานคือ

1.1 ค่าตอบแทนต่ำ งานที่ทำมีหลายแผนก แต่ละแผนกมีงานทำไม่เท่ากัน บางแผน  
งานมาก บางแผนกงานน้อย แต่ได้เงินเท่ากันหรือยิ่งกว่านั้นทำงานมากได้ค่าตอบแทนน้อย ทำงาน  
น้อยกลับ ได้ค่าตอบแทนมาก

1.2 ไม่ได้ค่าตอบแทน บางครั้งงานที่ทำ นอกงานจะไม่ได้ค่าตอบแทนหรือน้ำใจ  
ไม่ตรีจากจากผู้ที่เราตั้งใจทำให้แล้ว ยังต้องเข้าตัวอีก เรื่องนี้มีเกิดกับผู้น้อย เพราะเป็นธรรมดาที่

ผู้น้อยมักถูกผู้ใหญ่ใช้สอยอยู่บ่อย ๆ หรือเป็นงานส่วนตัวของหัวหน้า ทำซ้ำซ้ำ ไม่ได้ตั้งใจก็คุ้มค่า บางครั้งงานที่ให้ทำ ลูกน้องต้องควักกระเป๋า เป็นค่ารถ ค่ารับรองด้วยซ้ำ

1.3 แรงงานมีสัญญา เป็นการจ้างให้ทำงานตามโครงการ เมื่อหมดโครงการก็เลิกจ้าง ผู้ปฏิบัติจะรู้สึกไม่มั่นคงในสภาพการทำงานตลอดเวลา ไม่อุทิศความรู้ ความสามารถให้กับงานที่ทำ แต่กลับแสวงหางานอื่นที่ดีกว่าทำ

1.4 แรงงานถูกเกณฑ์ เช่น ทหารเกณฑ์ นักโทษ

2. ความไม่พอใจอันเนื่องมาจากผู้ร่วมงาน ได้แก่

2.1 ผู้ร่วมงานในระดับสูงกว่า หมายถึงผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้า ถ้าผู้ปฏิบัติรู้สึกไม่มั่นคงในสภาพการทำงานตลอดเวลา ไม่อุทิศความรู้ ความสามารถให้กับงานที่เกิดมีศรัทธาต่องาน มีขวัญกำลังใจมั่นคง เข้าทำนองว่า “ไม่ดีกาเกณฑ์กันมาเกาะ ไม้ไม่เหมาะกาแกลบหนี” ตรงกันข้าม ถ้าหัวหน้าเป็นคนแบบ

2.1.1 จุกจิก จู้จี้ ขี้บ่น เกินกว่าเหตุ เช่น ทำงานให้ ไม่ได้ตั้งใจก็ถูกดูค้ำว่ากล่าวอย่างรุนแรง ทำให้เจ็บช้ำน้ำใจ

2.1.2 ถีระเบียบวินัยเป็นที่ตั้ง หัวหน้าไม่เป็นกันเอง ทำให้ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน

2.1.3 ไม่รับผิดชอบหรือไม่กล้าเสี่ยงต่อความรับผิดชอบ

2.1.4 หัวหน้าที่ชอบการประจบสอพลอหรือเห็นแก่ได้

2.2 ผู้ร่วมงานระดับเดียวกัน ไม่พอใจเนื่องจากเพื่อนร่วมงาน

2.2.1 ช่างฟ้อง

2.2.2 อิจฉาริษยา

2.2.3 ชอบเอาเปรียบ

2.3 ผู้ร่วมงานระดับต่ำกว่า หัวหน้าบางคนทำงานเหนื่อยหน่าย หนักอกหนักใจ เนื่องจากลูกน้องมีลักษณะ

2.3.1 เกียจคร้าน

2.3.2 ขาดความรู้ความสามารถ

2.3.3 สะเพร่าหรือประมาทเกินไป

2.3.4 ชอบก่อความเดือดร้อน

3. ความไม่พึงพอใจอันเนื่องจากลักษณะของงาน ได้แก่

3.1 งานที่ไม่ถูกอรรถาธิบายของผู้ปฏิบัติ

3.2 งานที่มีลักษณะซ้ำซากจำเจ



- 3.3 งานที่มีลักษณะไม่ก้าวหน้าหรือปิดทองหลังพระ
- 3.4 งานที่ยากเกินความสามารถของผู้ปฏิบัติ
4. ความไม่พอใจอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อม ได้แก่
  - 4.1 สภาพแวดล้อมส่วนตัว เช่น บ้านอยู่ไกล อยู่แยกกับครอบครัว
  - 4.2 สภาพแวดล้อมที่ทำงาน เป็นสัดส่วน
  - 4.3 เครื่องมือ เครื่องใช้ในสำนักงาน เช่น ไม้ทันสมัย ชำรุด ไม่เพียงพอ โต๊ะ เก้าอี้ นั่ง

ไม่สบายการบริหาร สวัสดิการ เช่น ไม่มีสวัสดิการกู้ยืม ที่อยู่อาศัยการรักษาพยาบาล อาหารแพง น้ำดื่มไม่มี ห้องน้ำห้องส้วมไม่สะอาด

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ

ความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่มีถูก มีผิด ซึ่งถูกหรือผิดเป็นไปตามหลักวิชาและเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์หรือตรวจสอบได้

ความรู้เป็นภูมิปัญญา (intellectual) เป็นผลการเรียนรู้ (learning) และการแก้ปัญหา (problem-solving) ที่สั่งสมไว้

ความรู้เป็นความสามารถ (ability) เชิงพฤติกรรมทางสมอง สามารถวัดได้ด้วยการใช้แบบทดสอบหรือแบบวัด

### 5.1 ระดับของความรู้

bloom et al. (1956) ได้แบ่งระดับความรู้เป็น 6 ระดับ ได้แก่ รู้จำ เข้าใจ ประยุกต์ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมิน

5.1.1 รู้จำ (knowledge) ได้แก่ ความสามารถในการจำหรือระลึกเรื่องราวที่เคยเรียนรู้ เคยมีประสบการณ์มาก่อน ประกอบด้วย

1) รู้จำเฉพาะเรื่อง เป็นการระลึกข้อมูลในส่วนย่อยๆ ที่เฉพาะเรื่องและที่แยกเป็นส่วนย่อยโดดๆ (isolable bits) ได้ เช่น รู้จำบุคคล วัน เดือน ปี สถานที่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต รู้จำความหมายของคำศัพท์ สัญลักษณ์ เครื่องหมาย

2) รู้จำวิธีทางและวิธีดำเนินการเฉพาะเรื่อง เป็นการระลึกหรือจำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระเบียบ แบบแผน ประเพณี แนวโน้มและลำดับก่อนหลัง การแยกประเภทและการจัดหมวดหมู่ เกณฑ์ตัดสินใจเฉพาะเรื่อง รวมทั้งระลึกหรือจำข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ เทคนิค และกระบวนการของเรื่องราวต่างๆ ได้

3) รู้จำเรื่องสากลและนามธรรม (universals and abstracts) เป็นการระลึกหรือจำข้อมูลเกี่ยวกับหลักการ ข้อสรุปทั่วไป ทฤษฎีและโครงสร้าง

5.1.2 เข้าใจ (comprehension) ได้แก่ ความสามารถในการอธิบาย สื่อความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยคำพูดหรือเขียนด้วยภาษาของตนเองได้ ประกอบด้วย

1) การแปลความ เป็นการให้ความหมาย จับใจความให้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของสิ่งหรือเรื่องราวต่างๆ ที่ต้องการสื่อความหมายรวมทั้งการแปลใจความของภาษาหนึ่งไปสู่อีกภาษาหนึ่งด้วย

2) การตีความ เป็นการอธิบายความหมายหรือสรุปเรื่องราวด้วยการจัดระเบียบหรือเรียบเรียงเนื้อหาใหม่

3) การขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาที่เหนือไปกว่าขอบเขตที่รู้ เป็นการขยายขีดการอ้างอิง หรือแนวโน้มที่เกินจากข้อมูลหรือเรื่องราวที่มี

5.1.3 ประยุกต์ (application) เป็นความสามารถที่ต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในวิธีการ ทฤษฎี หลักการ แนวคิด หรือนามธรรมของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ที่แตกต่างจากสถานการณ์เดิมได้

5.1.4 วิเคราะห์ (analysis) เป็นความสามารถในการแยก แยกเป็นชิ้นส่วนย่อยๆ จัดเรียงเป็นลำดับของส่วนย่อยๆ นั้น ให้เห็นความสำคัญ เห็นความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการแยก แยกสิ่งที่ต้องการสื่อความหมายให้เป็นส่วนย่อยๆ ให้เห็นเป็นองค์ประกอบที่จะทำให้เห็นและทำความเข้าใจ ได้ง่ายขึ้น

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยก แยกสิ่งที่ต้องการสื่อความหมายให้เป็นส่วนย่อยๆ ที่ประสาน หรือสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันของส่วนย่อยๆ นั้น

3) การวิเคราะห์หลักดำเนินการ เป็นการแยก แยกสิ่งที่ต้องการสื่อความหมายให้เห็นระบบดำเนินการ หรือจัดการที่รวบรวมส่วนย่อยๆ เข้าด้วยกัน

5.1.5 สังเคราะห์ (synthesis) เป็นความสามารถในการรวม ผสม ผสานส่วนย่อยๆ เข้าด้วยกันให้เป็นเรื่องเดียวกัน ในลักษณะการจัดเรียงหรือรวบรวมที่มีแบบแผนหรือโครงสร้างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน ประกอบด้วย

1) การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการผูกข้อความ หรือเขียนเรียบเรียงจากความรู้ ความเข้าใจ เพื่อสื่อความรู้ และประสบการณ์ให้ผู้อื่นทราบ

2) การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาหรือเสนอแผนการทำงาน รวมถึงเสนอแนวความคิดใหม่ๆ ที่เกิดจากความรู้และประสบการณ์ จากแหล่งต่างๆ เข้าด้วยกัน

3) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการพัฒนาหรือสร้างชุด สร้างเครือข่ายที่แสดงความสัมพันธ์เกี่ยวข้องของส่วนย่อย ให้รวมกันเป็นเรื่องหนึ่ง เรื่องเดียว

5.1.6 ประเมิน (evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ ทั้งเนื้อหาและวิธีการ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งอาจจะกำหนดขึ้นเองจากความรู้และประสบการณ์ หรืออาศัยแนวความคิดของผู้อื่นก็ได้ ประกอบด้วย

1) การประเมินตามเกณฑ์ภายใน เป็นการตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ โดยพิจารณาหรืออ้างอิงจากลักษณะ คุณสมบัติภายในของสิ่งนั้นๆ เป็นหลัก

2) การประเมินตามเกณฑ์ภายนอก เป็นการตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ โดยพิจารณาหรืออ้างอิงจากลักษณะ คุณสมบัติภายนอกของสิ่งนั้นๆ เป็นหลัก

## 6. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self - care)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเอง ในกระบวนการเจริญเติบโตนั้น การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (คือ ผ่านระยะของการคิดพิจารณา ตัดสิน ลงมือกระทำ และประเมินผลการกระทำ ดังได้กล่าวมาแล้ว) เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่างคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

### 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self - care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิการของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้ จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6) ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข

## 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self – care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็นอย่างคือ

2.1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

## 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self – care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคเบาหวานหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

3.1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2) รับรู้ สนใจ และดูแลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4) รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนเจ้าหน้าที่

ผู้ศึกษาปีที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ร่วมวิจัย	กรอบแนวคิด/เครื่องมือ	ผลการศึกษา
พินิตา แซ่เตีย (2543) โครงการพัฒนาการวางแผนเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย โรงพยาบาล เอร่าฉิน จังหวัดเดย	ทดลองใช้รูปแบบ กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน นำไปใช้จริง ผู้ป่วย 100 คน	กรอบแนวคิดของ METHOD เครื่องมือ 1. คู่มือการวางแผนเจ้าหน้าที่ 2. แบบฟอร์มการวางแผนเจ้าหน้าที่ 3. คู่มือการให้ความรู้	สามารถนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากมีความสะดวกง่ายต่อการใช้ พยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก
เอมอร์ คำภักดิ์ (2546) การพัฒนาการวางแผนเจ้าหน้าที่ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น	พยาบาลประจำการ จำนวน 30 คน ผู้ป่วย จำนวน 347 คน	การประชุมเชิงปฏิบัติการและรูปแบบการวางแผนเจ้าหน้าที่แบบ M-E-T-H-O-D	สามารถวางแผนเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D
ไพรวัดย์ พรหมที (2548) การพัฒนารูปแบบการวางแผนเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น	ทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น	การประชุมและระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีขั้นตอนคือ กำหนดทีมและตำแหน่งในทีม ค้นหาปัญหาการวางแผนเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการระดมสมองเพื่อกำหนดกิจกรรม	1. ได้แผนการเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย กิจกรรมการปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในแต่ละวัน การพยาบาลทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความรู้เรื่องยา การฟื้นฟูสภาพ การให้อาหาร การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ใช้เวลาเตรียมการ

ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ร่วมวิจัย	กรอบแนวคิด/เครื่องมือ	ผลการศึกษา
สุทิ ปริบูรณ์ (2548) การพัฒนาการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดร้อยเอ็ด	พยาบาลแผนกผู้ป่วยในจำนวน 6 คน	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	<p>จำหน่ายผู้ป่วย 5 วัน</p> <p>2. ผู้ป่วยมีวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.8 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยรายละ 7,629 บาท ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการระดับสูงมาก ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความภูมิใจและพึงพอใจมาก</p>
แจ่มจันทร์ แหวนวิเศษ (2550) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดสุรินทร์	<p>1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 15 ราย</p> <p>2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์</p>	แนวความคิดมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับรูปแบบ DMEETHOD	<p>เจ้าหน้าที่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เข้าใจ รับฟังผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการรักษามีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกัน</p> <p>1. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05</p> <p>2. ร้อยละ 90 ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านอยู่ในระดับมาก</p>

ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ร่วมวิจัย	กรอบแนวคิดเครื่องมือ	ผลการศึกษา
ณัฐชา รอบคูตี (2550) การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาล พนมไพร	ผู้ให้บริการสุขภาพจำนวน 14 คน ประกอบด้วยแพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาล 8 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 คน	การวางแผนจำหน่ายและเลือกรูปแบบ METHOD	3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเตรียม ตัวก่อนกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 95 มี ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
นันทิยา ภูงาม (2550) การพัฒนาแนว ทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด กั้นเรื้อรังของทีมงานสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น	ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 14 คน ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 17 ราย	ทฤษฎีระบบ และกำหนดกิจกรรมวางแผน จำหน่ายตามรูปแบบ METHOD	ทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าคะแนนความรู้ หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง และมีความ คิดเห็นต่อการวางแผนจำหน่ายในระดับดี มากด้านประโยชน์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อย่างครอบคลุม ชัดเจน นำไปใช้ได้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในทีมผู้ดูแล และกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับการวางแผน วางแผนจำหน่าย สามารถดูแลตนเองและ ปฏิบัติตามทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสม

ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ร่วมวิจัย	กรอบแนวคิด/เครื่องมือ	ผลการศึกษา
วไลลักษณ์ คำนุชิต (2550) การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตของโรงพยาบาลเสย	ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตและญาติจำนวน 10 คน พยาบาลจำนวน 13 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 5 คน	การมีส่วนร่วม ขั้นตอนการดำเนินงานมี 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล และใช้รูปแบบของ MEDTHOD ในขั้นตอนของการวางแผน	ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว คิดเป็นร้อยละ 90-100 และมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 80 ความคิดเห็นของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าเห็นด้วยในระดับมาก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 10 วัน ตามที่กำหนด และไม่กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย รวมทั้งคำปรึกษาพยาบาล
สุทธิพร สุคนธชาติ (2550) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร	ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเต่างอย และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ กระบวนการพัฒนามี 3 ขั้นตอน 1) ขั้นตอนการประเมินการพัฒนามี 2) ขั้นตอนการพัฒนามี 3) ขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา	ผู้ให้บริการ พบว่า ระดับความรู้ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 ( $p < .05$ ) ความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นในระดับมาก ด้านค่ารักษาพยาบาล บริการ พบว่าค่ารักษาพยาบาลลดลง จำนวนวันนอนลดลง จาก 8 วัน เหลือ 5 วัน ด้านผู้ให้บริการ

ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ร่วมวิจัย	กรอบแนวคิด/เครื่องมือ	ผลการศึกษา
<p>รัตติ ขุนสวัสดิ์ (2551) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดตัดเคลื่อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลขอนแก่น</p>	<p>ทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลขอนแก่น และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดตัดเคลื่อน จำนวน 30 คน</p>	<p>การพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDSA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) 2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) 3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Study) 4. ขั้นตอนการปรับปรุงให้เป็นมาตรฐาน (Act)</p>	<p>พบว่า ปฏิบัติตามได้ง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก เอื้อประโยชน์ต่อทีมสหสาขาวิชาชีพและมี ความพึงพอใจที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน ระดับความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>p &lt; .05</math>)</p> <p>วันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.8 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 14,732 บาท ผู้ป่วยมีความพึงพอใจการบริการในระดับสูงมาก ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความภูมิใจและพึงพอใจ</p>
<p>จนิษฐา วรเชษฐ์ (2552) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย</p>	<p>ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 ราย</p>	<p>การทำงานเป็นทีมร่วมกับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ DMETHOD</p>	<p>1. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพมีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (<math>p &lt; .05</math>) มีความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในระดับดีมาก</p> <p>2. ทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก เอื้อประโยชน์ต่อทีม และมีความพึงพอใจที่จะ</p>

ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ร่วมวิจัย	กรอบแนวคิด/เครื่องมือ	ผลการศึกษา นำมาใช้ในหน่วยงาน
<p>เพ็ญประภา ปัญโญ (2552) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด</p>	<p>กลุ่มผู้ร่วมการศึกษาคือ ศึกษาระดับวิทยาลัยมหิดลราชวิทยาลัย จำนวน 9 คน และผู้สูงอายุสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 5 คน</p>	<p>การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDSA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan)</li> <li>2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)</li> <li>3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Study)</li> <li>4. ขั้นตอนการปรับปรุงให้เป็นมาตรฐาน (Act) รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง</li> <li>2. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง</li> <li>3. คู่มือการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง</li> <li>4. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</li> <li>5. ภาพพินิจ: เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานปอดอุดกั้นเรื้อรัง</li> </ol> </li> </ol>	

ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ร่วมวิจัย	กรอบแนวคิด/เครื่องมือ	ผลการศึกษา
อภิรักษ์ ยาศีน (2552) การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย	ผู้ให้บริการทางสุขภาพจำนวน 38 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 10 คน	กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ DMEDTHOD ในการให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนทักษะต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง	ผู้ให้บริการสุขภาพ เข้าใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย มีแนวทางการปฏิบัติการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การให้ความรู้ คำแนะนำ และการสอนทักษะต่างๆ มีความครอบคลุมมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวางแผนจำหน่ายต้องอาศัยกระบวนการในการทำงานเป็นทีมและโดยอาศัยความร่วมมือของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพในการระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาแนวทางในการวางแผนจำหน่าย ที่เหมาะสมกับบริบทที่ทำการศึกษ กระบวนการในการศึกษา พบว่าแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการพัฒนา 2) ขั้นดำเนินการพัฒนา 3) ขั้นประเมินผลการพัฒนา นอกจากนี้ยังพบว่า ในขั้นตอนของการดำเนินการ งานวิจัยส่วนใหญ่ได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย แบบ DMETHOD มาใช้ในการพัฒนากิจกรรมการวางแผนจำหน่าย เช่น งานวิจัยของ วไลลักษณ์ คำนุชิต, นันทิยา ภูงาม, ณิชชา รอบคูดี, แจ่มจันทร์ แหวนวิเศษ, พนิดา แซ่เตีย และเอมอร คำภักดี ผลจากงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ผู้รับบริการมีความรู้ ความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ผู้ให้บริการทีมนิสิตสาขาวิชาชีพมีความภูมิใจและพึงพอใจมาก นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาของ สุทธิพร สุคนธชาติ (2550) ทำให้ระยะวันนอนในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลลดลงเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่ารูปแบบ DMETHOD ของกองการพยาบาล มีความเหมาะสมในการนำมาพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้เฒ่าออกทางเดินอาหารส่วนต้น ตึกศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลขอนแก่น