



การพัฒนาทักษะการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี  
Development of skills in health care providing using new paradigm  
among public healthpersonnels in Prachinburi Province

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก\*, จิรียา อินทนา, ผ่องศรี รำจวน, อัญญา ปดเป็ลิ่ง และ สรลรัตน์ พลเสนม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

84/21 ถนนคทธาร อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 70000

\*E-mail: yaowaluck\_m@hotmail.com

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเรื่องการพัฒนาทักษะการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีเป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ 1)ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนาหลักสูตร”การพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” สำหรับบุคลากร และพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบุคลากรสาธารณสุข และ 3) ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม จำนวน 80 คน เลือกจากการสมัครใจเข้ารับการพัฒนาระเมินผลการพัฒนาโดยใช้ CIPP Model ของ’ Stufflebeam

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลักสูตร”การพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์” เป็นหลักสูตรอบรมระยะสั้น เพื่อปรับความคิด ที่มุ่งเน้นให้เข้าใจคน มองเห็นความเป็นจริงของมนุษย์และสังคมมากขึ้น นำไปสู่ให้บริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ

2. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลบุคลากรสาธารณสุข โดยการจัดทำโครงการ “การพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริม และการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2558” โดยใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น และ ประเมินผลการพัฒนาโดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model พบว่าด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและผลผลิต มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด และผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้ในประเด็นใหญ่ๆ ดังนี้ 1) ผู้ให้บริการจำเป็นต้อง การเข้าใจชีวิตคน เข้าใจเหตุผล และข้อจำกัดของชีวิตที่มีอิทธิพลในการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพ 2) การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือการให้บริการสุขภาพที่แก้ปัญหาผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง การสื่อสารด้วยความเข้าใจ ยอมรับในความเป็นตัวตน ความมีศักยภาพของผู้ป่วย และเรียนรู้ว่า การพยาบาลที่ได้โดยยึดหลักการ/ ทฤษฎีมากเกินไป มักไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย กลับนำความทุกข์ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน หลายขั้นตอน ซึ่งไม่เอื้อต่อผู้รับบริการ แต่กลับยึดความสะดวกของผู้ให้บริการเป็นหลัก

**คำสำคัญ :** บุคลากรสาธารณสุข, การพัฒนาหลักสูตร, การบริการด้วยหัวใจ, การให้บริการสุขภาพแนวใหม่

**Abstract**

The study of “Development of skills in health care providing using new paradigm among public health personnel in Prachinburi Province” was a research and development. The purpose of the study was to develop humanized care competencies of public health personnel. Three specific objectives were; 1) to analyses the situations regarding health care providing, 2) to design the training program and develop humanized care paradigm of public health personnel, and 3) to evaluate the training course conducted. The samples were 80 public health personnel trained in this course. The samples were selected by criteria of being volunteers in the study. The evaluation of the training program based on

Stufflebeam's CIPP Model. The study found that; 1) The humanized care training program was a short course program aimed to change the ideas related to understanding people, aware of truths of human and social. This leded providing health care suitable for problems and needs of the clients. 2) The evaluation of the training program using CIPP Model found that context, inputs, process, and products were appropriate at highest level. The participants learned from the training program as following described; 1) The health care providers needed to understand lives, reasons, limitations influenced on living and health care. 2) Humanized care was health care that helped in finding the solutions for clients' problems, communication with understands, acceptance in human being and competencies, and learned that providing health care based on text only was not meet the needs of patients, but suffered those. Moreover, health care system was complex and did not help the clients, but related on the health care providers.

**Keywords:** Health personnel, curriculum development, cardiac services, new health services

## 1. บทนำ

การให้บริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันมุ่งเน้นการให้บริการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง แต่ปัญหาหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนางานบริการด้านสุขภาพคือ การที่พยาบาลและผู้รับบริการมองคนละฐานความคิด พยาบาลคิดจากฐานความคิดทางวิทยาศาสตร์ที่มีมาตรฐาน คิดว่าสิ่งที่ตนเคยได้เรียนและได้ปฏิบัติมาก่อนนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง มักคิดว่าผู้รับบริการปฏิบัติตัวอยู่บนพื้นฐานของความรู้ จึงต้องเป็นผู้แนะนำผู้รับบริการให้รู้และทำในสิ่งที่เจ้าหน้าที่พยาบาลคิดว่าถูกต้องตามหลักการทางวิชาการ อย่างไรก็ตามฝ่ายผู้รับบริการนั้น เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นความคิดเรื่องสุขภาพมักไม่ได้แยกออกจากเรื่องทางสังคม วัฒนธรรม การใช้ชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ และความเชื่ออื่นๆ หากสิ่งที่พยาบาลแนะนำนั้นไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตของผู้รับบริการ สุขภาวะของประชาชนไทยก็ไม่ได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการมีวิถีการดำรงชีวิตและข้อจำกัดรวมถึงประสบการณ์การลองผิดลองถูกในบริบทชีวิตที่ต่างกัน ย่อมไม่สามารถปฏิบัติตามได้ตามแนวทางที่ผู้ให้บริการกำหนดไว้ทั้งหมด การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นการดูแลสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและยอมรับผู้รับบริการตามบริบทชีวิตของเขา ไม่ใช่ความคิดของพยาบาลมาตัดสินหรือชี้้นำการแก้ปัญหาสุขภาพของเขา การที่พยาบาลให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่เน้นการรักษาคนด้วยไม่ใช่เพียงแค่รักษาโรคเท่านั้น (ประเวศวะลี, 2550) การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึง

มีความสำคัญที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นได้จริงและยั่งยืน พึ่งตนเองได้ บุคลากรทางการแพทย์ถูกคาดหวังว่าควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางวิชาการด้านการแพทย์และมีความเข้าใจเรื่องความเป็นมนุษย์ (Stern at al, 2008) ในทางปฏิบัติแล้วเป็นไปได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์อาจมีความเข้าใจหรือไม่สนใจต่อประเด็นด้านมนุษยนิยม ดังเช่น จากการศึกษาของ เฮเคนสโจน และคณะ (Heijkenskjold et al, 2010) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ประเทศสวีเดน พบว่า พยาบาลที่ให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้นมีทั้งที่คำนึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ที่จะรับฟังให้โอกาสผู้ป่วยเสนอความคิดเห็นหรือทางเลือกปฏิบัติให้เวลาส่วนตัวของพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีความต้องการมากเป็นพิเศษได้ และปกป้องเมื่อผู้ป่วยถูกบั่นทอนหรือคุกคามความเป็นมนุษย์จากพยาบาลบางคน นอกจากนี้พยาบาลที่มองผู้ป่วยบนพื้นฐานมนุษยนิยมแล้วยังมีพยาบาลอีกจำนวนหนึ่งที่มีมองผู้ป่วยเป็นวัตถุ ไม่ได้มองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ (Heijkenskjold et al, 2010) การสอนให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีเจตคติของการให้บริการแบบหัวใจของความเป็นมนุษย์ควรเป็นการสอนแบบบูรณาการ (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 2553) ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การเสริมสร้างทัศนคติและความคิด การพัฒนาทักษะการเรียนรู้และปฏิบัติ และการเข้าใจสาระการเรียนรู้จากความจริง (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 2553) คล้ายกับการศึกษาของ สเติร์น และคณะ (Stern at al, 2008) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการสอน

มนุษยนิยม เพราะคิดว่าการสอนบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการสอดแทรกแนวคิดด้านมนุษยนิยมเข้าไปด้วย อาจารย์ผู้สอนในโรงเรียนแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมีมุมมองด้านมนุษยนิยม คือการให้ผู้เรียนได้มีโอกาสไปรู้จักเรียนรู้ชีวิตจริงของผู้รับบริการ ผู้เรียนต้องใช้เวลาที่จะสะท้อนความคิดที่เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละคน และต้องมีการติดตามการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง (Stern et al, 2008) และ ปณตพร ชนะกุล และ ดวงใจ เกริกชัยวัน (2548) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง โดยใช้รูปแบบวิจัยประเมินผลตาม CIPP Model ทำการประเมินผลการจัดการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติที่เน้นการสอนให้พยาบาลให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่จัดการอบรมที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยามราชธานี ผลการศึกษาพบว่า บริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิต มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 (ปณตพร ชนะกุล และ ดวงใจ เกริกชัยวัน, 2548) จิรียา อินทนา และ คณะ (2552) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการอบรมพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต่อการเข้าใจผู้รับบริการ พบว่า ผู้ที่ผ่านการอบรมมีความเข้าใจในชีวิตผู้ป่วยมากขึ้น และเข้าใจชีวิตคนที่ไม่สำคัญเกี่ยวกับการทำมาหากินมากกว่าสุขภาพและการรักษาโรค (จิรียา อินทนา และคณะ, 2553) การพัฒนาหลักสูตรพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริม และการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ให้กับบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรให้สามารถให้บริการสุขภาพได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าวิทยาลัยฯควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพิจารณาพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และขยายผลไปยังบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมกรมการให้บริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข
2. พัฒนาหลักสูตรการพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

3. ประเมินผลการพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

## 3. วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริม และการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ มีการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมกรมการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุข

**ระยะที่ 2** การพัฒนาหลักสูตร “การพัฒนากระบวนการทัศนในการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

**ระยะที่ 3** การประเมินผลการพัฒนากระบวนการทัศนในการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบุคลากรสาธารณสุข

## การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

1. การวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมากที่จะเกิดปัญหาผลแทรกซ้อนแก่ผู้ร่วมวิจัย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่เข้าร่วมด้วยตนเอง และมีการลงชื่อเพื่อยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร อย่างไรก็ตามหากอาสาสมัครอาจเกิดความเครียดจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้วางแผนจัดให้อาสาสมัครได้พบบุคลากรทางสาธารณสุขของหน่วยงานรัฐที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับบริการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

2. กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไม่ต้องการจะให้ข้อมูลต่อ โดยการถอนตัวไม่ให้เกิดผลใดๆ ต่อการการทำงานหรือการบริการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

3. ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลที่ได้โดยเก็บข้อมูลในที่ปลอดภัย และใช้เฉพาะในการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลที่ได้รับไม่มีการลงชื่อหรือรหัสที่จะอ้างอิงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้

4. ผู้วิจัยเก็บเอกสารข้อมูลการวิจัย และเอกสารคำยินยอม ไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจที่ห้องงานวิจัยเป็นเวลา 1 ปี และทำลายเมื่อครบกำหนด

5. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัคร

## ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรม ให้บริการของบุคลากรสาธารณสุข

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

**กลุ่มตัวอย่าง** คือบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน ที่เข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก ดังนี้ 1) ขอให้ท่านเล่าเกี่ยวกับงานด้านบริการสุขภาพที่ท่านและเพื่อนร่วมงานได้จัดบริการ 2) มีเหตุการณ์ใดบ้างที่ท่านสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ และ 3) มีเหตุการณ์ใดบ้างที่ท่านไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารและการถอดเทป โดยวิธีการวิเคราะห์ประเด็น (thematic Analysis)

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรสาธารณสุข 1) เน้นการรักษาโรค 2) จัดบริการเฉพาะที่สัมพันธ์กับโรค และ 3) ไม่สนใจการเรียนรู้และภูมิปัญญาของผู้รับบริการ

1) เน้นการรักษาโรค ในการศึกษานี้ บุคลากรสาธารณสุขทุกคนให้ความสนใจกับโรคและ

อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงมุ่งเน้นให้การรักษาโรค โดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการให้หายจากโรค และอาการเจ็บป่วยที่เขาเป็น รวมทั้งให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพตามที่กำหนดตามหลักวิชา มากกว่าที่จะสนใจชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นพฤติกรรมบริการที่ให้กับผู้ป่วยได้กำหนดขึ้นตามความคิดของผู้ให้บริการที่คิดว่าดีที่สุด เช่น การให้มาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ฯลฯ โดยไม่ได้ศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยว่าคำแนะนำที่ให้เหมาะกับผู้ป่วยคนนั้นหรือไม่ หรือผู้ป่วยทำได้หรือไม่ ซึ่งทั้งหมดเป็นการมองที่แยกออกจากวิถีชีวิตของชาวบ้าน เห็นแต่กิจกรรมสุขภาพกับโรค

2) จัดบริการเฉพาะที่สัมพันธ์กับโรค ในการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรด้านสาธารณสุขได้ให้บริการที่ดี มีความเมตตา และเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ พยายามให้บริการที่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดจากโรค เช่น ตั้งคลินิกเฉพาะโรค อาทิ คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกเอ็ดส์ และกำหนดวัน เวลาเปิดคลินิกซึ่งอาจไม่ตรงกับวัน เวลาที่ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการได้ หรือมีห้องให้สุขศึกษาซึ่งผู้ป่วยและญาติอาจไม่พร้อมที่จะรับฟัง และไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้

3) ไม่สนใจการเรียนรู้และภูมิปัญญาของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรด้านสาธารณสุขมองไม่เห็นกระบวนการเรียนรู้และปัญญาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีพฤติกรรมมารู้อตนเองจากที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรังในบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีภาระมากมายที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว แต่ก็สามารถปรับตัวอยู่กับโรคเรื้อรังได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหอบจะมีอาการปรับยา กินและยาแก้หอบเพื่อให้สามารถทำมาหากินได้ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ แต่พยาบาลคิดว่าสิ่งที่ไม่ควรทำ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนปรับยา หรือผู้ป่วยอัมพาตที่พยายามช่วยตนเองจนสามารถยืนและเดินได้โดยไม่ต้องพึ่งพยาบาล แต่ผู้ให้บริการมักคิดว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่มีความรู้ในโรคหรืออาการป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ต้องให้คำแนะนำ หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักวิชาถือว่าผิด เป็นเพราะพยาบาลผู้นั้นไม่เข้าใจชีวิต ทำ





ให้ไม่รู้เหตุและผลของการกระทำหรือพฤติกรรมของคน  
จึงตัดสินใจอื่นด้วยความคิดหรือกฎเกณฑ์ตนเอง

**ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร การพัฒนากระบวนการ  
ทัศนในการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์  
สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**

การยกย่องหลักสูตรและรูปแบบการพัฒนา  
โดยการนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาเป็นแนวทาง  
และข้อมูลในการร่างหลักสูตร ดังนี้

1. วิเคราะห์กระบวนการพัฒนาที่ทำให้เกิด  
การเรียนรู้และพัฒนาความคิด ภายใต้ปรัชญา  
สาธารณสุขแนวใหม่

2. วางแผนการจัดลำดับของเนื้อหาและ  
วิธีการอบรมที่ให้เกิดการเรียนรู้ในการเข้าใจคน ระบุปัญหา  
และความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ และประยุกต์  
ความรู้และเทคโนโลยีตอบสนองปัญหาและความ  
ต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งต้องจัดลำดับ

การเรียนรู้ดังกล่าวตามลำดับการเรียนรู้ก่อนหลัง รวมทั้ง  
ระยะเวลาในการเรียนรู้ และการทำงานจริง

3. ดำเนินการร่างหลักสูตร ประกอบด้วย  
หลักการและเหตุผล ปรัชญาและแนวคิดการอบรม  
โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วยสาระสำคัญของเนื้อหา  
ที่ควรเรียนรู้ ระยะเวลาที่สอน กิจกรรมการเรียนรู้การ  
ประเมินผล และกระบวนการสอน

4. การตรวจสอบหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น  
ดำเนินการ โดยการ สัมมนา ผู้เชี่ยวชาญ  
(Connoisseurs) จำนวน 11 คน ได้ตรวจสอบความ  
สอดคล้องขององค์ประกอบหลักสูตรและความเหมาะสม  
ความเป็นไปได้ในการจัดอบรม ตั้งแต่ปรัชญาและ  
วัตถุประสงค์หลักสูตร แนวคิด โครงสร้างหลักสูตรและ  
การอบรม สาระการเรียนรู้ ระยะเวลาการอบรม  
กิจกรรมการเรียนรู้ และการประเมินผล และให้  
ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้

**ผลการวิจัย**

**ตารางที่ 1 หลักสูตร การพัฒนากระบวนการทัศนในการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**

หลักสูตร การพัฒนากระบวนการทัศนในการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข	
หลักการ และเหตุผล	การพัฒนาความคิดของบุคลากรสาธารณสุขให้เข้าใจคน ไม่นำความคิดของตนไปตัดสินผู้ป่วย มองเห็นความ จริงของมนุษย์และสังคม สามารถให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้ อย่างมีคุณภาพ
ปรัชญาและ แนวคิดการ อบรม	การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดการบริการสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ ให้บริการต้องมีความเข้าใจว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมอย่างไรและมีเหตุผลของพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆว่า อย่างไร ผู้ให้บริการต้องใช้ความคิดใคร่ครวญว่าควรจัดบริการสุขภาพอย่างไรที่ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์ สูงสุด และผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นว่าบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร จึงจะมีความ เป็นไปได้ในชีวิตจริงของเขา
โครงสร้าง หลักสูตร	- สาระสำคัญของเนื้อหาที่ควรเรียนรู้ ได้แก่ ชีวิต สุขภาพและการบริการสุขภาพ - ระยะเวลาที่สอน แบ่งเป็นการอบรม 2 ระยะเวลาละ 3 วัน - วิธีการอบรม : ใช้การเรียนรู้จากกระบวนการเรียนการสอนตามสภาพจริง (Authentic Learning) และการ วิพากษ์และชี้ประเด็นของวิทยากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่ - กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรมสังเกตภาพนิ่ง การศึกษาสถานการณ์จริงในชุมชน และ การศึกษา สถานการณ์จริงในโรงพยาบาล โดยมีวิทยากรสะท้อนคิดและชี้ประเด็น - การประเมินผล ประเมินจากการสังเกต จากรายงานกรณีศึกษาของผู้เข้าอบรม การนำเสนอข้อมูล กรณีศึกษาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าอบรม
ระยะเวลา	42 ชม.

นอกจากนี้ในระยะที่ 2 ยังมีการพัฒนากระบวนการทัศน์ในการให้บริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เป็นการนำหลักสูตรและรูปแบบการอบรมที่พัฒนาขึ้นและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

**การอบรมระยะที่ 1** การศึกษาสภาพจริงในชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อให้รู้จักชีวิตคนอื่นซึ่งทำให้รู้จักตนเอง โดยการศึกษาสภาพจริงในชุมชนเพื่อจะประจักษ์ในเบื้องต้น และมองเห็นหรือรู้ต่างไปจากที่เราเคยรู้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ มองเห็นตนเอง เห็นธรรมชาติ ทำให้มองเห็นชีวิตคนอื่น เข้าใจชีวิตคนอื่นลึกซึ้งขึ้น ในขณะที่ด้วยกันสะท้อนจุดบอดของผู้ศึกษาด้วย ใช้เวลาอบรม 3 วันโดยเก็บข้อมูลกรณีศึกษาในชุมชนคนละ 1 กรณีศึกษาและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยมีวิทยากรคอยชี้ประเด็น ปรับทัศนคติให้มองเห็นความจริงของชีวิตคน และเห็นความคิดเห็นตนเองที่มักคิดเอาเองตามหลักวิชา และประสบการณ์ของตน

**การอบรมระยะที่ 2** การศึกษาการบริการสุขภาพที่ให้ในสถานบริการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการให้มองเห็นจุดอ่อนของการบริการที่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ที่มักเป็นไปตามหลักวิชาและรักษาโรคมากกว่ารักษาคน รวมทั้งเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยจากผลการให้บริการของผู้ให้บริการ ใช้เวลาอบรม 3 วัน ห่างจากการอบรมครั้งแรก 1 เดือน โดยเก็บข้อมูลกรณีศึกษาที่รักษาที่โรงพยาบาลคนละ 2 กรณีศึกษา และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยมีวิทยากรคอยชี้ประเด็น ปรับทัศนคติให้มองเห็นคนมากกว่ามองเฉพาะโรค

**ระยะที่ 3** การประเมินผลการพัฒนากระบวนการทัศน์ในการให้บริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ ของบุคลากรสาธารณสุข

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล

ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกจากการสมัครใจเข้าอบรม และได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้เข้ารับการอบรม 2 รุ่นๆ ละ 40 คน รวมจำนวน 80 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการจัดอบรม ด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อมของโครงการ 3 ข้อ ด้านปัจจัยเบื้องต้น 5 ข้อ ด้านกระบวนการดำเนินงาน 27 ข้อ และด้านผลผลิตหลังการอบรม 7 ข้อ รวมจำนวน 42 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือเหมาะสมมากที่สุด เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย และเหมาะสมน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม และแบบประเมินวิทยากรที่เลี้ยง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านวัดและประเมินผล และด้านสังคมศาสตร์ ตรวจสอบความสอดคล้องและครอบคลุมในเนื้อหา

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความความคิดเห็นต่อการอบรม โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค จากการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมในโครงการอื่น ได้ค่าความเที่ยง .8910

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานโครงการ เพื่อการตัดสินใจคุณค่าการพัฒนาโดยการประเมิน CIPP Model

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ข้อมูลจากแบบประเมิน

ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม และแบบประเมินวิทยากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จัดหมวดหมู่ของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตาม CIPP Model ดังนี้

ด้านบริบท คือสภาวะแวดล้อมของโครงการ ความต้องการของชุมชน กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรับการอบรม กลุ่มประชากรที่จะได้รับผลกระทบจากการจัดอบรม กระแสทิศทางของสังคมด้านที่สัมพันธ์กับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมที่เกี่ยวข้อง นโยบายของหน่วยงานระดับบนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยนำเข้า ทรัพยากรที่นำมาใช้ในโครงการ ได้แก่ หลักสูตรอบรม กรรมการ วิทยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อาคารสถานที่ เครื่องมือ ครุภัณฑ์

กระบวนการ คือ กระบวนการอบรม กิจกรรมที่ใช้ในการอบรม

ผลผลิต คือ ผลด้านการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม

#### 4. ผลการวิจัย

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในโครงการ “การพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริม และการให้บริการสุขภาพ แนวใหม่” จำนวน 80 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 96.25 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคืออายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.75 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.75 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือประสบการณ์ 16 - 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 27.50 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนปีที่ทำงาน (n=80)

	รายการ	จำนวน (n=80)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	3.75
	หญิง	77	96.25
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	3	3.75
	30 – 39 ปี	45	56.25
	40 – 49 ปี	27	33.75
	50 ปี ขึ้นไป	5	6.25
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	75	93.75
	ปริญญาโท	5	6.25
ประสบการณ์	น้อยกว่า 5 ปี	3	3.75
ทำงาน	5 – 10 ปี	12	15.00
	11 – 15 ปี	32	40.00
	16 – 20 ปี	22	27.50
	มากกว่า 20 ปี	11	13.75

**ตอนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนากระบวนการ  
การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์**

การประเมินโดยใช้ CLPP Model เป็นการประเมินในภาพรวมของโครงการพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริม และการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ ได้แก่ การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการ

**2.1 การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม**

ความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมในด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อมโดยรวมมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D. = 0.60) โดยสอดคล้องกับสภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เข้าใจผู้ป่วย และ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์โครงการกับนโยบายขององค์กร ซึ่งทุกข้อรายการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด และมีระดับคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) อยู่ระหว่าง 0.58-0.65 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อมของการ พัฒนาการกระบวนการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (n=80)**

ข้อรายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1. ความสอดคล้องของโครงการกับสภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน	4.50	0.65	มากที่สุด
2. ความสอดคล้องของโครงการกับสภาพความเป็นจริงที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เข้าใจชีวิตผู้ป่วย	4.50	0.58	มากที่สุด
3. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โครงการกับนโยบายขององค์กร	4.50	0.58	มากที่สุด
รวม	4.50	0.60	มากที่สุด

**2.2 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า**

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่าความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมด้านปัจจัยนำเข้า โดยรวมพบว่า มีความเหมาะสมระดับมาก ( $\bar{X} = 4.05$ , S.D. = 0.79) ข้อรายการที่ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในความเหมาะสมระดับมาก ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน ( $\bar{X} = 4.15$ , S.D. = 0.83) รองลงมา ได้แก่ การติดต่อประสานงาน และกระบวนการคัดเลือก

ให้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ( $\bar{X} = 4.08$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.14 และ 0.84 ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในความเหมาะสมระดับมากเช่นเดียวกันได้แก่ การประชาสัมพันธ์ และระยะเวลาในการเตรียมตัว ( $\bar{X} = 4.0$ , S.D. = 0.89 และ  $\bar{X} = 3.96$ , S.D. = 0.66 ตามลำดับ)



ตารางที่ 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมด้านปัจจัยเบื้องต้น ของการพัฒนา

ข้อรายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1. การประชาสัมพันธ์	4.0	0.89	เหมาะสมมาก
2. การติดต่อประสานงาน	4.08	0.14	เหมาะสมมาก
3. ระยะเวลาในการเตรียมตัว	3.96	0.66	เหมาะสมมาก
4. การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน	4.15	0.83	เหมาะสมมาก
5. กระบวนการคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการ	4.08	0.84	เหมาะสมมาก
รวม	4.05	0.79	เหมาะสมมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต จากบันทึกรายงานของผู้จัดการอบรมในการเตรียมงานในโครงการ “การพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” พบว่า

1) มีคณะกรรมการดำเนินงานจำนวน 10 คน ซึ่งเพียงพอที่จะดำเนินงานได้ และดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

2) มีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญที่เพียงพอเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้ารับการอบรม คือมีวิทยากรจำนวน 12 คน ที่ผ่านการอบรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มาก่อน วิทยากรทุกคน สามารถปฏิบัติงานได้ครบตามเวลาและดำเนินกิจกรรมได้เนื้อหาครบตามแผนที่วางไว้

3) พาหนะในการไปศึกษาสภาพจริงในชุมชนเพียงพอและเดินทางได้รวดเร็วทันเวลา คือรถตู้ และรถบัส มีจำนวน 3 คัน จัดให้ผู้เข้าอบรมได้ใช้ตลอดการอบรมในวันที่ 1 และ 2 ของการอบรม กลุ่มละ 1 คัน ซึ่งสะดวกในการเข้าชุมชนเพื่อศึกษาสภาพจริง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม และมีพาหนะประจำกลุ่ม

4) สถานที่อบรม คือ ห้องประชุมอาคารเอนกประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี . ซึ่งมีห้องประชุมขนาดพอเหมาะสำหรับผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากร จำนวน 60 คน มีห้องประชุมย่อยสำหรับประชุมกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม และมีห้องประชุมแยกเป็นสัดส่วนสำหรับวิทยากรประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และปรับแผนการอบรม นอกจากนี้สถานที่อบรมยังมีที่พักสำหรับวิทยากร ผู้จัดการอบรม และผู้เข้าอบรมที่ไม่สามารถเดินทางไป-กลับไปที่บ้านตนเองได้ เนื่องจากการอบรมจะมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อยถึงเวลา 21.00 น. ซึ่งที่พักค้างที่มีความสงบเป็นสัดส่วน ปลอดภัย สะอาด และมีจำนวนเพียงพอ แต่ผู้เข้าอบรมต้องจ่ายค่าที่พักเอง(นำไปเสริมจรับเงินไปเบิกที่หน่วยงานตนเอง)

5) มีอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ที่เพียงพอและใช้งานได้ดี ได้แก่ คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ เครื่องฉายทึบแสง จอภาพ เครื่องขยายเสียง ไมโครโฟน กระดาษบุรูปบอร์ด และปากกาเขียนบอร์ด

6) มีการสรรหาชุมชนที่เป็นแหล่งเรียนรู้ล่วงหน้า พร้อมทั้งคัดสรรผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกรณีศึกษาไว้อย่างเพียงพอและหลากหลาย เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรัง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยหอบเรื้อรัง และมีบริบทแตกต่างกันทั้งฐานะเศรษฐกิจ มีคนดูแล/ไม่มีคนดูแล อาชีพ อายุ

7) มีอาหารเช้า กลางวัน เย็น อาหารว่าง 2 มื้อ/วัน เลี้ยงฟรีตลอดการอบรม

### 2.3 การประเมินผลด้านกระบวนการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ต่อกระบวนการอบรม พบว่า ความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมโดยรวมมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.25$ , S.D. = 0.65) ในรายชื่อที่ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในความเหมาะสมระดับมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการจัดกิจกรรมศึกษาผู้ป่วยในชุมชน(ระยะที่ 1) ( $\bar{X} = 4.42$

,S.D. = 0.50) ระดับคะแนนเฉลี่ยรองลงมาและอยู่ในความเหมาะสมระดับมากที่สุด คือ รูปแบบการจัดกิจกรรมสังเกต (การอบรมระยะที่ 1) , รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อย (การอบรมระยะที่ 1) ( $\bar{X}$  = 4.38 ,S.D. = 0.57) และรูปแบบการนำเสนอผลการ

เรียนรู้และบรรยายสรุป (ระยะที่ 1) ( $\bar{X}$  = 4.35 ,S.D. = 0.63) ส่วนระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านกระบวนการดำเนินการ และอยู่ในความเหมาะสมระดับมาก ได้แก่ ความเหมาะสมของระยะเวลาของการจัดอบรม ( $\bar{X}$  = 3.88,S.D. = 0.86) ดังตารางที่ 5-7

ตารางที่ 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมต่อกระบวนการอบรม

ข้อรายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1. การลงทะเบียน	4.31	0.55	เหมาะสมมากที่สุด
2. รูปแบบการจัดกิจกรรมสังเกต(ระยะที่ 1)	4.38	0.57	เหมาะสมมากที่สุด
3. รูปแบบการจัดกิจกรรมศึกษาผู้ช่วยในชุมชน(ระยะที่ 1)	4.42	0.50	เหมาะสมมากที่สุด
4. รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อย (ระยะที่ 1)	4.38	0.57	เหมาะสมมากที่สุด
5. รูปแบบการนำเสนอผลการเรียนรู้และบรรยายสรุป (ระยะที่ 1)	4.35	0.63	เหมาะสมมากที่สุด
6. รูปแบบการศึกษาผู้ช่วย และระบบบริการ(ระยะที่ 2)	4.15	0.67	เหมาะสมมาก
7. รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อย (ระยะที่ 2)	4.23	0.71	เหมาะสมมากที่สุด
8. รูปแบบการนำเสนอผลการเรียนรู้และบรรยายสรุป(ระยะที่ 2)	4.27	0.67	เหมาะสมมากที่สุด
9. รูปแบบหรือกิจกรรมการอบรมโดยรวม	4.31	0.62	เหมาะสมมากที่สุด
10. ความเหมาะสมของระยะเวลาของการจัดอบรม	3.88	0.86	เหมาะสมมาก
11. ความเหมาะสมของวิทยากรโดยภาพรวม	4.23	0.71	เหมาะสมมากที่สุด
12. เอกสารประกอบการอบรม	4.12	0.71	เหมาะสมมากที่สุด
<b>รวม</b>	<b>4.25</b>	<b>0.65</b>	<b>เหมาะสมมาก</b>

ตารางที่ 6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมต่อกระบวนการดำเนินงาน ด้านผู้ประสาน งานของการพัฒนา ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพการอบรม

ด้าน	ข้อรายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
ด้านผู้ประสานงาน	1. มีมนุษยสัมพันธ์และจิตบริการ	4.62	0.57	เหมาะสมมากที่สุด
	2. การอำนวยความสะดวกให้ผู้เข้าร่วมอบรม	4.73	0.45	เหมาะสมมากที่สุด
	3. การให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจน	4.65	0.49	เหมาะสมมากที่สุด
	<b>รวม</b>	<b>4.67</b>	<b>0.65</b>	<b>เหมาะสมมากที่สุด</b>
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	1. สถานที่/บรรยากาศในการอบรม	4.60	0.85	เหมาะสมมากที่สุด
	2. อาหาร เครื่องดื่ม	4.75	0.58	เหมาะสมมากที่สุด
	3. ที่พัก	4.62	0.63	เหมาะสมมากที่สุด
	4. ห้องน้ำ	4.50	0.50	เหมาะสมมากที่สุด
	5. โสตทัศนูปกรณ์ เทคโนโลยี	4.63	0.55	เหมาะสมมากที่สุด
	6. สื่อประกอบการฝึกอบรม	4.59	0.61	เหมาะสมมากที่สุด
	<b>รวม</b>	<b>4.61</b>	<b>0.62</b>	<b>เหมาะสมมากที่สุด</b>

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ด้าน	ข้อรายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
คุณภาพ การ อบรม	1. ประโยชน์/ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ	4.50	0.58	เหมาะสมมากที่สุด
	2. ความคุ้มค่าของการเข้าร่วมอบรม	4.46	0.65	เหมาะสมมากที่สุด
	3. ปรับเปลี่ยนความคิดทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น	4.50	0.58	เหมาะสมมากที่สุด
	4. การให้บริการวิชาการตอบสนองความต้องการของผู้อบรม	4.61	0.55	เหมาะสมมากที่สุด
	5. ความเหมาะสม/สอดคล้องของเนื้อหา	4.58	0.64	เหมาะสมมากที่สุด
	6. วิทยากรมีความเชี่ยวชาญและความสามารถในการถ่ายทอด	4.42	0.58	เหมาะสมมากที่สุด
<b>รวม</b>		<b>4.51</b>	<b>0.59</b>	<b>เหมาะสมมากที่สุด</b>

ตารางที่ 7 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อวิทยากร

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. การตรงต่อเวลา	4.44	.53	เหมาะสมมาก
2. การควบคุมอารมณ์	4.56	.53	เหมาะสมมากที่สุด
3. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	4.78	.44	เหมาะสมมากที่สุด
4. การรับฟังความคิดเห็นของกลุ่ม	4.56	.53	เหมาะสมมากที่สุด
5. โนม่น้าว / จูงใจผู้เข้าอบรม	4.56	.53	เหมาะสมมากที่สุด
6. การกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้	4.67	.50	เหมาะสมมากที่สุด
7. การเป็นที่ปรึกษา/ พี่เลี้ยง	4.56	.53	เหมาะสมมากที่สุด
8. การให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการอบรม	4.56	.53	เหมาะสมมากที่สุด
9. การจับประเด็นการอภิปรายกลุ่ม	4.56	.53	เหมาะสมมากที่สุด
10. การพูดสื่อสารความหมายได้ชัดเจน	4.56	.53	เหมาะสมมากที่สุด
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.58</b>	<b>.50</b>	<b>เหมาะสมมากที่สุด</b>

#### 2.4 การประเมินด้านผลผลิตของการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่าความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมโดยรวมคิดว่าด้านผลผลิตของโครงการมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.40$ , S.D. = 0.54) ในรายละเอียด ทุกข้อรายการมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ได้แก่ โครงการนี้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว ( $\bar{X} = 4.46$ , S.D. = 0.51) ความคิดเห็นที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ หลังเข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ( $\bar{X} = 4.42$ , S.D. = 0.58) และ

ความคิดเห็นที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่ยังคงอยู่ในความเหมาะสมระดับมากที่สุด เท่ากัน 4 ข้อรายการได้แก่ มีความเข้าใจสภาพชีวิตและบริบททางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, มีความเข้าใจพฤติกรรมและเหตุผลที่มาของพฤติกรรมในชีวิตจริงของผู้ป่วย, มีทัศนคติและมุมมองของตนเองในการเข้าใจปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยภายในบริบทการดำรงชีวิตจริง, มีความเข้าใจแนวทางในการพัฒนาการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และนำไปพัฒนาทักษะและประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ( $\bar{X} = 4.38$ , S.D. = 0.57) ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมด้านผลผลิตของการพัฒนาการเรียนรู้หลังจากเข้ารับการอบรม

ข้อรายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1. มีความเข้าใจสภาพชีวิตและบริบททางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.38	0.50	มากที่สุด
2. มีความเข้าใจพฤติกรรมและเหตุผลที่มาของพฤติกรรมในชีวิตจริงของผู้ป่วย	4.38	0.57	มากที่สุด
3. มีทัศนคติและมุมมองของตนเองในการเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายในบริบทการดำรงชีวิตจริง	4.38	0.57	มากที่สุด
4. มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.42	0.58	มากที่สุด
5. มีความเข้าใจแนวทางในการพัฒนาการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4.38	0.57	มากที่สุด
6. นำไปพัฒนาทักษะและประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	4.38	0.57	มากที่สุด
7. โครงการนี้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว	4.46	0.51	มากที่สุด
รวม	4.40	0.54	มากที่สุด

#### 5. อภิปรายผล

##### หลักสูตรที่สร้างขึ้นมีจุดเน้นที่การเข้าใจคน

การพัฒนาหลักสูตร “การพัฒนากระบวนการพัฒนาทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” (Humanized Health Care) เป็นหลักสูตรพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพดีของประชาชน เข้าใจปัญหาสุขภาพที่เป็นจริงของประชาชนและบทบาทการให้บริการแนวใหม่ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน รักษาคนทั้งคน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งในหลักการสอดคล้องกับประเวศ วะสี (2543) ที่เขียนไว้ว่า “หมอคุณใจ แต่เห็นไม่ครบ เห็นแต่” ไข้ “ไม่เห็น” คน” ที่มีความคิด มีจิตใจ มีญาติพี่น้อง มีเศรษฐกิจ มีวัฒนธรรมมีอะไรอีกเยอะที่มองไม่เห็น” ซึ่งคณะผู้วิจัยได้อาศัยการเรียนรู้จากสภาพจริง เรียนจากการปฏิบัติ ใช้ความจริงเป็นวัตถุดิบ และพาหนะในการเรียนรู้กลับไปสู่ฐานความคิดของบุคคล เรียนรู้สาระความจริงต้องเรียนให้ถึงแก่นที่เป็นชีวิตจริง ไม่ใช่ได้จากตำราหรือทฤษฎี การเรียนรู้ยังถอดความคิดของตนเองได้มากเพียงใด ก็จะเห็นความจริงของชาวบ้านได้มากขึ้น สอดคล้องกับที่ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่า “หากเรามองสุขภาพจากมุมมอง

ของความเป็นมนุษย์แล้ว ภารกิจของเราจะไปพ้นจากการแพทย์ที่เป็นไปเพียงเพื่อการซ่อมอวัยวะ ไปสู่การสร้างสรรค์ชีวิต ไปสู่การเติมเต็มเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในภารกิจทางการแพทย์ในทุกๆ เจเนอรัล ไม่ว่า จะอยู่ที่หอผู้ป่วย ชุมชน ไม่ว่าจะเป็งานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู” และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยะ วงศ์คงคาเทพ (2552) กล่าวว่า “การให้การพยาบาลแบบบูรณาการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากไม่เข้าใจชาวบ้าน ไม่เข้าใจเรื่องชีวิตของคนที่เราดูแล การดูแลเฉพาะส่วนอวัยวะ เฉพาะโรค เฉพาะการเจ็บป่วย จะเป็นการพยาบาลแบบสมบูรณ์เต็มที่ไม่ได้ หรือการพยาบาลองค์รวม(Holistic care) ไม่ได้เป็นแค่การพยาบาลในเรื่องร่างกาย การรักษาพยาบาล ทำให้รู้สึกสบายใจ มีกำลังใจต่อสู้โรคร้ายไข้เจ็บได้แค่นั้น ถ้าการพยาบาลที่ไม่ได้มองชีวิตคนก็จะได้แค่บรรเทาทุกข์ที่มาจากตัวโรค จะเห็นว่าพยาบาลบางส่วนก็มีการพยาบาลแบบนี้ คือ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มีความเมตตา มีกิริยามารยาทเรียบร้อย แต่การพยาบาลองค์รวม เป็นการให้การพยาบาลครอบคลุมกาย จิต สังคม ที่แท้จริง ต้องเป็นพยาบาลที่เข้าใจผู้ป่วย หรือที่สามารถมองเห็นชีวิตของคน การแก้ปัญหา



อุปสรรค เจื่อนไซที่มี และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ดังนั้น การมองเห็นชีวิตของคน จึงเรียกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม

#### การอบรมทำให้บุคลากรเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมบริการ

การประเมินผลโครงการ พบว่า การอบรมทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เข้าใจถึงสอดคล้องกับแนวคิดของเมซีโรว์ (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้ หรือปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ทั้งหมดของบุคคล ทำให้บุคคลหลุดพ้นเป็นอิสระจากความเชื่อและค่านิยมเก่าๆ ที่เคยมีผลกระทบต่อชีวิต ดังนั้น การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ (Perspective Transformation) จึงเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้แบบปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ (Transformative Learning) เกิดความคิดความเชื่อใหม่ และมีการปฏิบัติการตามมโนทัศน์ใหม่ที่ได้มาจากระบบการวิพากษ์ ซึ่งเกิดการเรียนรู้ใหม่เป็นไปตามกระบวนการอบรมที่กำหนดไว้ Laignon, C., et al (2010) ได้ทำการวิจัยเรื่องการให้บริการที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์: ประสบการณ์ของทันตแพทย์ในพื้นที่ขาดแคลน ของ Montreal, Canada ผลการศึกษาพบว่า ทันตแพทย์เหล่านี้ได้พัฒนาการปฏิบัติไปในแนวทางของสังคม-มานุษยวิทยา 5 ประการ ดังนี้ 1) ความเข้าใจบริบททางสังคมของผู้ป่วย 2) การใช้เวลาและความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ 3) การหลีกเลี่ยงความรู้สึกด้านคุณธรรม (เช่น ไม่จำเป็นต้องสอนตลอดเวลา) และประนีประนอม 4) การแก้ปัญหาความแตกต่างทางสังคมระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย (คิดว่าเป็นคนเหมือนกัน) และ 5) ปฏิบัติอย่างเป็นกันเองและอบอุ่น จะเห็นได้ว่าความเข้าใจผู้ป่วยตามความเป็นจริงที่ปราศจากการตัดสินโดยใช้ความรู้สึกของตนเองนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ กระบวนการอบรมโดยการเรียนรู้ความจริงผ่านชีวิตผู้รับบริการช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ สะท้อนให้คิดวิเคราะห์ ทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน เข้าใจความทุกข์ของชีวิตมนุษย์ที่ไม่ใช่ทุกข์จากโรคเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg (2007) ได้ศึกษา Lifeworld ที่นำไปเกิดการดูแลด้านสุขภาพ: การบูรณาการปรัชญามนุษยนิยม lifeworld คือการที่คนอยู่ร่วมกันในสังคม มีความเข้าใจ

ร่วมกัน มีการสื่อสาร พูดคุยแลกเปลี่ยน ความเป็นส่วนตัวอยู่ในพื้นที่สาธารณะ มีค่านิยมร่วมกัน นักวิจัยได้เสนอแนวคิด Lifeworld ที่นำทางการบริการสุขภาพ โดยมี core value ว่าการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์จะเป็นสิ่งที่ทำให้การดูแลด้านสุขภาพและสังคมได้ลดทอนการใช้เทคโนโลยีลงบ้าง เพราะชีวิตคนไม่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือที่เป็นตัวเลขทั้งหมด คนมีความสามารถที่จะรู้สิ่งต่างๆด้วยตนเอง จึงสามารถที่จะดูแลตนเอง และดูแลผู้อื่นได้ และ Carpenter, R. (2010) ได้ทำการวิจัยเรื่องการใช้ทฤษฎีเรื่องราว (story theory) ทำให้นักศึกษาเรียนรู้ว่ามีความแตกต่างระหว่างมุมมองทางการแพทย์และมุมมองของผู้ป่วย การฟังจะช่วยทำให้เข้าใจผู้ป่วยได้มาก ได้เห็นภาพใหญ่โดยการทำตามวิธีการทางคลินิกอย่างเดียวจะไม่ทำให้นักศึกษาได้เห็นภาพใหญ่ได้ ได้เรียนรู้ว่าการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์แตกต่างจากผู้ป่วยคิด และได้เรียนรู้วิธีการเข้าถึงผู้ป่วยและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสม

#### 6. ข้อเสนอแนะ

1) ผู้บริหารควรสนับสนุนให้บริการในทีมสุขภาพทุกคน ควรได้รับการฝึกฝนทักษะและเรียนรู้ความจริงโดยการศึกษาชีวิตคน เพื่อให้การเข้าใจชีวิตคนและสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ภายในตน และมีทัศนคติต่อการมองปัญหาและความต้องการตามมุมมองของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2) ผู้ให้บริการสุขภาพควรเห็นคุณค่าของการเข้าใจชีวิตคนและสังคม มีทัศนคติต่อการมองปัญหาและความต้องการตามมุมมองของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงให้ความสำคัญกับเครื่องมือ เทคโนโลยี ที่จะทำให้ละเอียดมองข้าม มิติของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยทั้งที่งานเกี่ยวข้องกับมนุษย์โดยตรง

#### 7. บรรณานุกรม

โกมาตกร จิ่งเสถียรทรัพย์. (2550). **ปาฐกถาแพทยศาสตร์ศึกษากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์**. แผนงานพัฒนา จิตเพื่อสุขภาพ มูลนิธิสวดศรี-สุกษีวงศ์ และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



- นเรศวร จิริยา อินทนา และคณะ. (2553). ผลการอบรมพัฒนากระบวนการทัศนในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต่อการเข้าใจผู้รับบริการ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี.
- จิริยา อินทนา และคณะ. (2552). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลเบื้องต้น. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี.
- ปณตพร ชนะกุล และดวงใจ เกริกชัยวัน. (2551). การประเมินโครงการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษพยาบาลเบื้องต้น) ที่เน้นความเข้าใจมนุษย์: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. 2552. เอกสารสรุปการประชุมการจัดการความรู้ การสอนแบบบูรณาการ (1-3 เมษายน 2552 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท). สถาบันพระบรมราชชนก.
- สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. (2553). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปี 2553: แนวคิดหลักการ การสอนบูรณาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- Carpenter, R. (2010). Using story theory to create an innovative honors level nursing course. *NursEduc Perspect.* 2010 Jan-Feb; 31(1): pp.28-32.
- Heijkskjold et al. (2010). *The Patient's Dignity from the Nurse's Perspective.* *Nursing Ethics.* 17(3). pp.313-324.
- Loignon, C., et al. (2010). Providing Humanistic Care: Dentists' Experiences in Deprived Areas. *J DENT RES.* September 89: pp. 991-995.
- Mezirow, J. (1997). "Transformative Learning : Theory to Practice" in *Transformative learning in Action: Insights form Practice.* *New Directions for Adult and Continuing Education.* No. 74 Edited by P. Cranton pp. 5-12, San Francisco, CA : Jossey – Bass.
- Stem,et al. (2008). *Teaching Humanism.* *Perspectives in Biology and Medicine.* 51(4) pp.495-506.
- Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanizing philosophy that integrates emerging trends. *Med Health Care Philos. Mar;* 10(1): PP. 53-63.