

การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



กชพร สาคะศุภฤกษ์

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสาธิตการสอนสุขศาสตร์มหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา และคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยพะเยาได้
พิจารณาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลห
ผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม”
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยพะเยา

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนา ทรัพย์บำรุง)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ นพรัก)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2556



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจากคณาจารย์ มหาวิทยาลัยพะเยาที่ให้ความรู้ประสิทธิภาพวิชาขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนา ทรัพย์บำเรอ อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาใช้เวลาให้ความรู้และคำแนะนำตลอดการทำวิจัย

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา ในการเอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงทุกท่าน ที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง

กชพร สาคะศุภฤกษ์



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
ผู้ศึกษาค้นคว้า	กชพร สาตะศุภฤกษ์
ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนา ทรัพย์บำรุง
ประเภทสารนิพนธ์	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555
คำสำคัญ	ความก้าวหน้าของแผล, บาดแผล, แบบมีส่วนร่วม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2555 – กันยายน 2555 กลุ่มประชากรคือพยาบาลและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลจำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน โดยจะเข้าร่วมดำเนินการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติการและสังเกตผล ขั้นตอนการสะท้อนผล ขั้นตอนการวางแผนใหม่ ขั้นตอนการปฏิบัติการและสังเกตผลใหม่ ขั้นตอนการสะท้อนผลใหม่ ขั้นตอนการสรุปผลและประเมินผลการดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บคะแนนความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลจำนวน 2 รอบ โดยสอบถามความพึงพอใจในประเด็นรูปแบบ เนื้อหา ความง่าย ความชัดเจน และความรวดเร็ว ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยค่าคะแนนความพึงพอใจรวมต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล จากกระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รอบที่ 1 และรอบที่ 2 เท่ากับ 3.81 ± 0.68 และ 4.10 ± 0.54 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่าความพึงพอใจต่อเนื้อหาในแบบบันทึก จากกระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รอบที่ 2 สูงกว่ารอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Title DEVELOPMENT OF PROGRESSIVE RECORDS OF WOUND IN FEMALE SURGERY WARD OF PHAYAO HOSPITAL BY USING PARTICIPATORY ACTION RESEARCH (PAR)

Author Kodchaporn Sakasupalerk

Advisor Assistant Professor Dr.Ratana Sapbamrer

Academic Paper Independent Study M.P.H., University of Phayao, 2012

Keywords Progressive record of Wound, Lesion, Participatory

ABSTRACT

The present study was to develop wound progressive record among female surgery ward of Phayao Hospital by using participatory action research (PAR) during July 2012 – September 2012. The study population was nurses and doctors who worked in Female Surgery Ward of Phayao Hospital, which consisted of 16 nurses, 2 surgery doctors, and 3 orthopedic doctors. The population was involved in research process of PAR, which included planning, implementation, reflection, conclusion, and evaluation. Satisfied scores on wound progressive record were collected. The aspects of the satisfied scores were as follows: pattern, contents, easiness, clearness, and rapidity. The results were found that an average of total satisfied scores in PAR 1 and PAR 2 was 3.81 ± 0.68 and 4.10 ± 0.54 , respectively. Considering in each aspect, the remarkable findings were that an average of satisfied score on record contents in PAR 2 was significantly higher than that in PAR 1.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
นิยามศัพท์เฉพาะ	2
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	3
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
ความก้าวหน้าของแผน	4
การวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR).....	10
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	21
การเก็บรวบรวมข้อมูล	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	23
4 ผลการวิจัย	25
ขั้นตอนการเตรียมการ	25
ขั้นตอนการวางแผน.....	26
ขั้นตอนการปฏิบัติการและการสังเกตผล	28
ขั้นตอนการสะท้อนผล	30
ขั้นตอนการวางแผนใหม่.....	30
ขั้นตอนการปฏิบัติการและการสังเกตผลใหม่.....	32
ขั้นตอนสะท้อนผลใหม่	34
ขั้นตอนสรุปผลและประเมินผลการดำเนินงาน	34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

ขั้นตอนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบความพึงพอใจต่อการบันทึก

ความก้าวหน้าของแผน ในการปฏิบัติการกลุ่มทั้งสอง..... 34

5 บทสรุป..... 36

สรุปผลการวิจัย..... 36

ข้อเสนอแนะ..... 37

บรรณานุกรม..... 39

ภาคผนวก..... 42

ภาคผนวก ก แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกความก้าวหน้า

ของแผน..... 43

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า..... 44



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผนในการปฏิบัติการ รอบที่ 1.....	28
2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน ที่ได้จากการปฏิบัติการรอบที่ 1.....	39
3 แสดงความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผนในการปฏิบัติการ กลุ่มรอบที่ 2.....	32
4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน ที่ได้จากการปฏิบัติการกลุ่ม รอบที่ 2.....	33
5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแบบบันทึก ความก้าวหน้าของแผนในการปฏิบัติการทั้งสองรอบ.....	35





สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงบทบาทแมคโครฟาจส์	6
2 แสดงแผนการดำเนินการ.....	24
3 แสดงแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผนที่ได้จากการปฏิบัติการกลุ่ม รอบที่ 1.....	27
4 แสดงแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผนที่ได้จากการปฏิบัติการกลุ่ม รอบที่ 2	31



อักษรย่อ

PAR = Participatory Action Research



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลบาดแผล เป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ที่จะต้องใช้ทักษะในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นทักษะในการประเมินสภาพบาดแผล ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล และทักษะในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล สิ่งที่ต้องบอกถึงทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ที่สำคัญในการพยากรณ์สภาพแผล ประเมินผลลัพธ์การดูแล และส่งเสริมการสื่อสารในทีมที่ดูแลผู้ป่วย คือการบันทึกความก้าวหน้าของแผล

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในต่างประเทศ (สมาคม Northern Sydney Central Coast) ได้จัดทำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่มีรูปแบบที่ชัดเจนง่ายต่อการลงบันทึก มีการประเมินแผลเป็นระยะ ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของแผลได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถจะนำไปใช้ในการติดตามความก้าวหน้าที่บ้านได้ ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีรูปแบบการบันทึกความก้าวหน้าของแผล เน้นไปที่แผลกดทับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแต่ละแบบมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ จึงไม่มีรูปแบบการบันทึกที่มีชัดเจน ในโรงพยาบาลพะเยาการบันทึกความก้าวหน้าของแผล ไม่มีแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่ชัดเจน รูปแบบที่ใช้เป็นแบบร้อยแก้วที่เขียนบรรยายตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพคือแพทย์และพยาบาลไม่ตรงกัน เกิดผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพลดลง เกิดความไม่ต่อเนื่องของการบันทึก และไม่สามารถประเมินติดตามการติดเชื้ของแผลได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล โดยได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทาง หรือกลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริงทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วม ระหว่างนักวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญ จากภายนอก และบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานที่ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ การสืบค้นหาความรู้ความจริง หรือการวิจัย (inquiry or research) การมีส่วนร่วม (participation) และการลงมือดำเนินการเปลี่ยนแปลงใด ๆ (action) เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย

ได้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของการบันทึกความก้าวหน้าของแผล เกิดกระบวนการร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ และร่วมกันสรุปผล ทำให้เกิดเครื่องมือในการสื่อสารระหว่าง แพทย์กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล เกิดผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์การวิจัยแบบมีส่วนร่วม มาใช้เพื่อพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2555 – กันยายน 2555 โดยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาค้นคว้าไว้ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร คือเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป และแพทย์กระดูกและข้อ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 21 คน
2. ขอบเขตด้านพื้นที่ คือหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา
3. ขอบเขตด้านเนื้อหา คือศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

นิยามศัพท์เฉพาะ

แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล คือแบบการบันทึกทางการพยาบาล เกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของบาดแผล ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ คำจำกัดความ เกี่ยวกับการลงบันทึกตำแหน่งของบาดแผล ชนิดของบาดแผล ขนาดของบาดแผล ลักษณะของ บาดแผล สิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล รวมทั้งจำนวนสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากบาดแผล ข้อสรุป ของการติดเชื้อของแผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิด ระหว่างการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) หรือ PR กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ AR เข้าด้วยกัน

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่มีความถูกต้องชัดเจน เหมาะสมนำไปใช้ได้จริง
2. มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของแผลในผู้ป่วยแต่ละราย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ความก้าวหน้าของแผล
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ความก้าวหน้าของแผล

คือ ความก้าวหน้าในกระบวนการหายของแผล มีรายละเอียดดังนี้ เมื่อผิวหนังหรือเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ไม่ว่าจะเป็นบาดแผลที่มีขนาดเล็กหรือมีขนาดใหญ่ จะทำให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองของการสมานแผล หรือการหายของแผล (wound healing response) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างผสมผสาน โดยการทำงานของเซลล์และการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี จนกระทั่งแผลตกสะเก็ด และเป็นรอยแผลเป็น ซึ่งมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการหายของแผล เช่น ออกซิเจน ภาวะโภชนา สารสเตอรอยด์ และชนิดของวัสดุปิดแผล หรือการแต่งแผล Dressing กระบวนการหายของแผล จะเกิดขึ้นโดยมีองค์ประกอบสำคัญ (สุขฤทัย วิโรจน์ยุดิ, 2546) ดังต่อไปนี้

1. หลอดเลือดฝอย (capillary)
2. นิวโทรฟิล (neutrophils)
3. โมโนไซต์แมคโครฟาจส์ (monocyte/macrophage)
4. ไฟโบรบลาสต์ (fibroblasts)
5. คอลลาเจน (collagen)
6. ออกซิเจน (oxygen)
7. โกรว์ทแฟคเตอร์ (growth factors)

ดังนั้นเมื่อเกิดบาดแผล จึงมีกระบวนการหายของแผลเกิดขึ้นตามลำดับ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในแต่ละระยะ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่มีการอักเสบ (Hemostasis and inflammation phase)
2. ระยะที่มีการงอกขยาย (Proliferation phase)
3. ระยะที่มีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ (Maturation or Remodeling phase)

1. ระยะที่มีการอักเสบ (Hemostasis and inflammation phase)

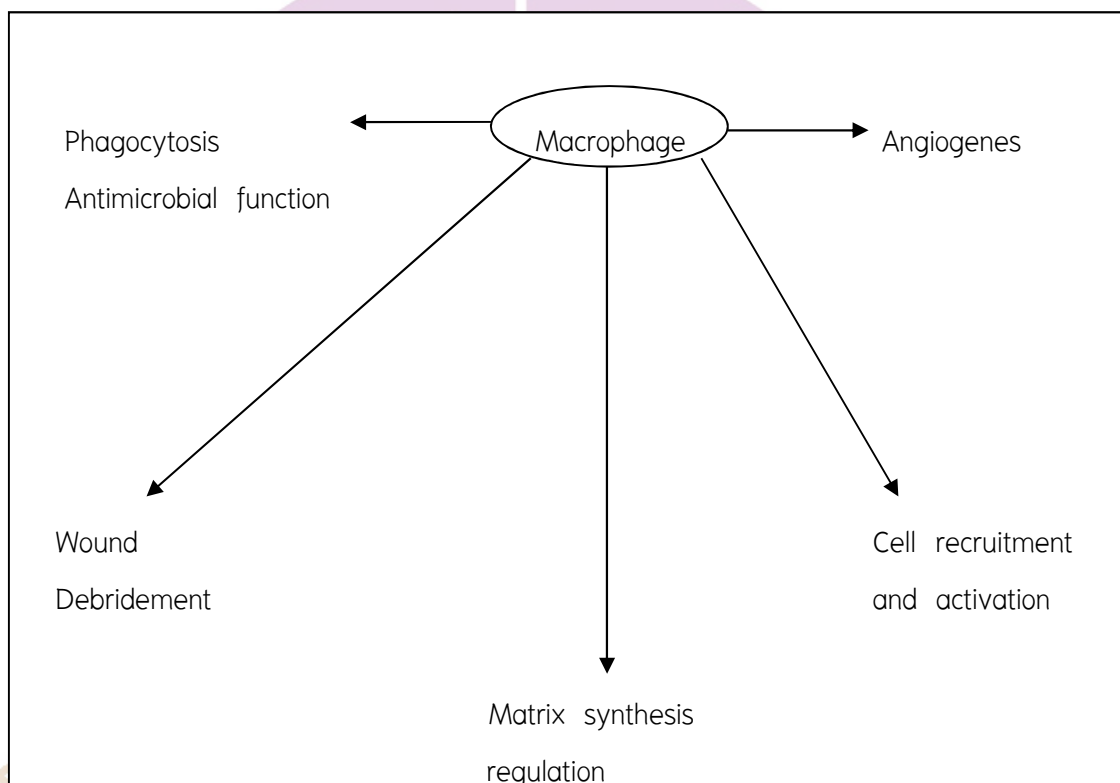
เป็นระยะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีที่เกิดบาดแผลใช้เวลาตั้งแต่บาดเจ็บถึง 3 วันหลอดเลือดจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง เพื่อห้ามเลือดโดยหลอดเลือดบริเวณที่เกิดแผลจะหดตัวทันทีและมีเกล็ดเลือดมาอุดบริเวณที่การฉีกขาดของหลอดเลือด เพื่อช่วยให้เลือดหยุด นอกจากนี้ยังหลั่งสาร growth factors ที่ช่วยในกระบวนการหายของแผลด้วย ช่วงเวลาของหลอดเลือดหดตัว จะใช้เวลาประมาณ 3 – 5 วินาที ระยะต่อมาเป็นการตอบสนองของเซลล์ โดยจะมีการหลั่งสารหลายชนิด กระตุ้นให้เซลล์ต่าง ๆ ทำงานคือ สารฮีสตามีน (histamine) จะถูกหลั่งออกมาจากแมสเซลล์ (mastcell) บริเวณใกล้เคียง สารบราดีไคนิน (bradykinnin) จะถูกหลั่งออกมาจากหลอดเลือดที่มีการบาดเจ็บ และสารพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) ถูกหลั่งจากผนังเซลล์ที่ถูกทำลาย ทั้งหมดนี้จะทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว และเพิ่มการยอมให้สารผ่านเข้าออกหลอดเลือดได้มากขึ้น (permeability) เม็ดเลือดขาวชนิดต่าง ๆ จะเคลื่อนตัวออกมาเพื่อจัดการเชื้อโรค และเนื้อเยื่อที่ตายแล้วบริเวณแผล โดยเม็ดเลือดขาวที่มีบทบาทสำคัญ คือ นิวโทรฟิลล์ (neutrophil) โมโนไซต์ (monocyte) และแมคโครฟาจ (macrophage)

2. ระยะที่มีการงอกขยาย (Proliferation phase)

ระยะนี้เกิดขึ้นประมาณวันที่ 4 – 21 หลังเกิดบาดแผล เซลล์เนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย จะเริ่มต้องการอาหารมากขึ้น เพื่อสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลาย จึงมีการสร้างร่างแหขึ้นใหม่บริเวณบาดแผล โดยกระบวนการสร้างหลอดเลือดฝอยใหม่ (angiogenesis) สังเคราะห์รากฐานเนื้อเยื่อใหม่ (matrix synthesis) ไฟโบรบลาสต์บริเวณแผลจะแบ่งตัวเพิ่มขึ้น (fibroplasia) ปกคลุมร่างแหของเลือดฝอย สังเคราะห์คอลลาเจนซึ่งเป็นสารประกอบพื้นฐานของโปรตีน โพลีแซคคาไรด์ การสร้างคอลลาเจนจะเกิดตลอดเวลาในระยะ 6 – 12 เดือนแรก ทั้งนี้เพราะการสร้างและการสลายตัวของคอลลาเจนในแผล มีความสมดุลกัน การสร้างคอลลาเจนต้องอาศัย (iron copper pyndoxinevitamine) และออกซิเจน คอลลาเจนจะจับกลุ่มเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ ไม่มีโครงสร้างแน่นอน เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ให้กับเนื้อเยื่อใหม่

ระยะแมคโครฟาจมีหน้าที่สำคัญ คือเป็นฟาโกไซโตซิส (phagocytosis) ทำหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรค (antimicrobial function) นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ทำลายเนื้อเยื่อที่ตายแล้วออกจากบาดแผล (wound debridement) การสร้างหลอดเลือดใหม่ (angiogenesis) เพิ่มการแบ่งตัวของไฟโบรบลาสต์ (fibroplasia) ทำให้ร่างแหของเส้นเลือดฝอยเรียงตัวกันเป็นตุ่มเนื้อเยื่อเล็ก ๆ (granulation tissue) ไฟโบรบลาสต์จะทำหน้าที่สังเคราะห์คอลลาเจน และสารโปรตีโอไกลแคน (proteoglycan) โพลีแซคคาไรด์คอลลาเจนจะจับกลุ่มกันไม่เป็นระเบียบ เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ให้กับเนื้อเยื่อใหม่ ส่วนตุ่มเนื้อเยื่อเล็ก ๆ (granulation tissue) เป็นโครงสร้างกระบวนการซ่อมแซม

เนื้อเยื่อ ที่ช่วยประคับประคองการงอกขยายของหนังกำพืด และมีลักษณะคล้ายก้อน ทำหน้าที่ในการทำความสะอาดแผล เป็นตัวเสริมไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างเซลล์ และให้อาหารแก่เซลล์ใหม่ ถ้าแผลมีบริเวณกว้างมาก ระยะนี้จะสร้างขึ้นประมาณ 21 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย อายุ ตำแหน่งของบาดแผลและพื้นฐานอื่น ๆ ด้วย



ภาพ 1 แสดงบทบาทแมคโครฟาจส์

ในภาพแสดงบทบาทแมคโครฟาจส์ ที่ทำหน้าที่ในการหายของแผล ซึ่งประกอบด้วย การทำลายเชื้อโรค การแต่งบาดแผล การสังเคราะห์เนื้อเยื่อ การกระตุ้นเซลล์ใหม่ และการสร้างหลอดเลือดใหม่

3. ระยะที่มีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ (Maturation or Remodeling phase)

เป็นระยะที่ผลมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพราะโมเลกุลของ collagen ยึดกันแน่น (crosslinking) และการปรับเรียงตัวเป็นกลุ่มรับแรงกดดันจากภายนอก ในขณะที่เดียวกัน ground substance ก็เริ่มน้อยลงทำให้ collagen ยึดแน่นมากขึ้น ดังนั้นในระยะนี้แผลเริ่มเล็กลง ซีดลง และแข็งแรงขึ้นในเด็ก ระยะนี้อาจกินเวลานานถึง 2 ปี ในผู้ใหญ่หรือยาวนานกว่านี้

การประเมินแผล (Wound Assessment) ควรประเมินสิ่งต่อไปนี้

1. สีของแผล (Color codes) ใช้ใน Open wound มี 3 สี ได้แก่

1.1 Red wound เป็นตุ่มเนื้อเล็ก ๆ สีแดงหรือสีชมพูอ่อน และชุ่มชื้น (granulation tissue) เป็นแผลที่มีการเจริญเติบโตดี

1.2 Yellow wound เป็นสีของ Exudate โดยมีเชื้อแบคทีเรียปน และมีเนื้อตายสีเหลือง (Fibrinous slough) ต้องตัด necrotic tissue ออก เพื่อลดปริมาณแบคทีเรียที่ปนเปื้อนอยู่

1.3 Black wound เป็นแผลที่มีเนื้อตายมากที่สุด เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง มีเนื้อตายสีดำ (eschar) จำเป็นต้อง Debridement ร่วมกับการใช้ยาการ cleansing และ covering ด้วยวัสดุปิดแผลที่ทำให้เกิด Autolytic debridement

2. ขอบแผล (Wound edge) ดู Undermining และ condition of margins ดูเนื้อตายของขอบแผล

3. สิ่งขับหลังจากแผล (Exudate) ดูปริมาณและลักษณะ

3.1 ปริมาณ: น้อย (mild) ปานกลาง (moderate) มาก (excessive)

3.2 ลักษณะของ exudates: Serous hemoserous, sanguinous purulent

4. ขนาดของแผล (Size) การวัดขนาดของแผล (Wound measurement) มี 2 แบบ

4.1 Two dimensional (แบบ 2 มิติ)

4.1.1 Linear วัดแบบเส้นตรง คือ ด้านกว้างและยาว

1) Width (ความกว้าง) วัดจากตำแหน่ง 3 – 9 นาฬิกา เป็นแนวเส้นตรง

2) Length (ความยาว) วัดจากตำแหน่ง 12 – 6 นาฬิกา เป็นแนวเส้นตรง

4.1.2 Tracings (การลอกกลาย) การลอกขนาดของแผลลงบนแผ่นพลาสติก

4.1.3 Photography (การถ่ายรูป)

4.1.4 Planimetry คล้าย tracings แต่ในกระดาษจะมีตารางอยู่แล้ว ใช้ในการวินิจฉัย

4.2 Three dimensional (แบบ 3 มิติ)

4.2.1 Linear วัดความกว้าง ยาว ลึก

4.2.2 Molds การทำหุ่น block

4.2.3 Fluid instillation ใช้น้ำใส่ในแผลวัดปริมาณเป็น cc

4.2.4 Foam dressing วิธีคล้าย molds ใช้วัสดุคนละตัว ปัจจุบันอเมริกาใช้

silicone แทน

5. การติดเชื้อ (infection) สังเกตอาการ มีลักษณะดังนี้

- 5.1 มีหนองมีกลิ่นหรือไม่
- 5.2 Inflammation รอบ ๆ แผลมากกว่า 5 ซม.
- 5.3 Patient wound site ไม่ก้าวหน้า
- 5.4 มีไข้ (ไม่จำเป็นเสมอไป ไม่ควรเอาเป็นตัวอ้างอิง)
- 5.5 ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็น Systemic (เช่น การได้รับอาหาร) การ Culture ใช้วิธี

AZ stroke, Ten point coverage technique

6. ผิวหนังรอบ ๆ แผล (Surrounding skin)

- 6.1 Intact
- 6.2 Red > 0.5 cm. ผู้ป่วยจะปวดมาก
- 6.3 Inflammation
- 6.4 Maceration (การเปื่อยยุ่ยของผิวหนัง)

การดูแลรักษาแผล เพื่อนำไปสู่การหายของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ มีหลักการสำคัญที่ต้องคำนึงดังนี้

1. การจัด หรือควบคุมสาเหตุของการเกิดแผล เช่น การลดแรงกด (Pressure) แรงเสียดสี (Friction) แรงเฉือน (Shear) การดูแลควบคุมสาเหตุของการเกิด การควบคุม การขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence) และช่วยให้เลือดไหลเวียนสู่บริเวณ ที่มีการขาดเลือดได้ เป็นต้น
2. การส่งเสริมปัจจัยทั่วไป ที่มีผลต่อการหายของแผล เช่น ช่วยให้ร่างกายได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจใช้วิธีการบำบัดด้วยกานหายใจ โดยการใช้ออกซิเจน 100% ภายใต้อุณหภูมิความกดดันสูงใน hyperbaric chamber (Hyperbaric Oxygen Therapy) ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารโปรตีนให้พอเหมาะ เป็นต้น
3. วิธีการทำแผล ในการดูแลแผลสิ่งที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 3 คือ การทำแผล ที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายหลัก คือการจัดการสิ่งแวดล้อมของแผล ให้สนับสนุนและส่งเสริม กระบวนการซ่อมแซมของแผล

หลักการทำแผล (Principie) ได้มาจากการศึกษา ในเรื่องของกระบวนการหายของแผล และรวมถึงเรื่องดังต่อไปนี้

1. การกำจัดเศษเนื้อตาย และสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ในแผล เพื่อกำจัดแหล่งอาหารของเชื้อโรค
2. การจำแนกและการกำจัดการติดเชื้อของแผล
3. กำจัดช่องหรือโพรงที่อยู่ใต้ผิวหนัง

4. การดูดซับสิ่งขับหลัง (Exudate) ที่มีปริมาณมากเกินไปจากแผล เพื่อควบคุมให้แผล อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ชุ่มชื้น (Moist wound Environment)

5. การควบคุมความชื้นของพื้นผิวของแผล

6. การรักษาอุณหภูมิให้พอเหมาะ

7. การป้องกันแผลจากการได้รับบาดเจ็บ และการรุกรานจากเชื้อแบคทีเรีย การดูแลแผลให้มีประสิทธิภาพ wound Assessment และ management เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

ประเภทของการหาย (Types of healing) (สายสมร เฉลยกิตติ, 2546) แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การหายแบบปฐมภูมิ (Primary intention) แผลจะมีลักษณะที่ขอบแผลประกบกัน ตั้งแต่แรก เช่น แผลผ่าตัด หรือแผลมีบาดขนาดเล็ก แผลพวกนี้จะเป็นแผลสะอาด ไม่มีการติดเชื้อ ขอบแผลเรียบและชิดกัน และหลอดเลือดใหม่ (Granulation tissue) จะมีเพียง เล็กน้อยแผลจึงหายเร็ว และมีแผลเป็นเกิดขึ้นน้อยมา

2. การหายแบบทุติยภูมิ (Secondary intention) อาจจะเป็นแผลลึก หรือกว้าง มีการสูญเสียของเนื้อเยื่อ (Tissue loss) จึงจำเป็นที่จะต้องมีการสร้าง granulation tissue มากกว่าชนิดแรก ระยะเวลาในการหายของแผลชนิดนี้ยาวนาน ตามความกว้าง และความลึกของแผล และเมื่อแผลหายแล้ว จะมีแผลเกิดขึ้นใหญ่เท่ากับขนาดของแผลนั้น

3. การหายแบบตติยภูมิ (Tertiary intention) หรือ Delay healing เป็นการหายของแผลรวมแบบ 2 ชนิด แรกเข้าด้วยกันคือ ครั้งแรกแผลจะมีการแยกไม่สามารถเอาส่วน ผิวหนังเข้ามาพบกันได้ อาจเนื่องจากแผลมีการปนเปื้อนสกปรกมากต้องทำความสะอาด และรักษาแผลด้วยวิธีทำแผลชนิดเปียก จนกระทั่งการติดเชื้อหมดไป แผลเริ่มดีขึ้นจึงค่อยเย็บ ขอบแผลเข้าหากัน (Delay sutured)

ลักษณะของสารคัดหลั่ง (Exudate/drainage) จากแผล แบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด คือ

1. Sanguineous exudates (drainage) โดยทั่วไปจะมีลักษณะเป็นเลือดเก่า สีแดงคล้ำ หรือถ้าเป็นเลือดที่ออกใหม่จะมีสีแดงสด จะเกิดขึ้นใน 1 - 2 วันแรกที่มีบาดแผล

2. Serosanguineous exudates (drainage) มีลักษณะเป็นน้ำเหลืองปนเลือด ซึ่งจะมี สีเหลืองปนน้ำตาล จะเกิดขึ้นในวันที่ 2 - 3 หากการหายของแผลเป็นปกติ

3. Serous exudates (drainage) มีลักษณะเป็นสีเหลือง และเป็นน้ำใสของ serum

4. Purulent exudates (drainage) มีลักษณะเป็นสีเหลืองปนเขียว เกิดขึ้นเนื่องจากแผล มีการติดเชื้อ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล (สายสมร เฉลยกิตติ, 2546)

1. ประเมินสภาพของบาดแผล, ขนาด, ความลึก, ลักษณะ, สารคัดหลั่ง (exudates/drainage) และผิวหนังรอบ ๆ บาดแผลพร้อมบันทึก ผู้ป่วยที่มีบาดแผลควรได้รับการประเมินสภาพของบาดแผลเป็นระยะ ๆ การประเมินดังกล่าวจะต้องครอบคลุมถึงขนาดของแผลว่า กว้างยาวเท่าใด ขยายใหญ่ขึ้นหรือหดเล็กลงหรือไม่ เราอาจใช้ไม้บรรทัดในการวัดเส้นผ่าศูนย์กลาง หรือใช้พลาสติกทาบบนบาดแผล พร้อมทั้งลอกขอบแผลไว้ เพื่อนำกลับมาเปรียบเทียบใหม่ในครั้งต่อไป ส่วนความลึกของบาดแผล เราอาจใช้ไม้พันสำลีที่ปราศจากเชื้อ หยั่งดูความลึกของบาดแผล หรือเราอาจจะใช้วิธีการถ่ายภาพไว้ แต่ก็เป็นการสิ้นเปลืองพอสมควร ส่วนทางด้านลักษณะของบาดแผล ควรประเมินตามลำดับการหายของแผลว่า แผลที่มีการสร้าง granulation tissue ดีหรือไม่ แผลแดงดีหรือไม่ แต่ถ้าหากแผลมีเนื้อตาย slough tissue หรือ เนื้อดำ necrotic tissue แผลก็จะค่อนข้างเหลืองไปจนถึงดำ

การจดบันทึกลักษณะและจำนวนสารคัดหลั่งที่ออกจากแผล ก็จะเป็นตัวบ่งบอกถึงว่าขบวนการหายของแผลเป็นไปได้เหมาะสมหรือไม่ เช่น ถ้าบาดแผลผู้ป่วยมี exudates สีเขียวออกเหลือง (purulent) ก็จะแสดงถึงภาวะการติดเชื้อของบาดแผลที่เพิ่มมากขึ้น หรือปริมาณของ exudates หากยิ่งมากขึ้นและเป็นสีแดง (sanguineous) ก็แสดงว่าภายในบาดแผลมีการฉีกขาดของเส้นเลือดเกิดขึ้น ซึ่งควรรีบรายงานแพทย์ต่อไป

การประเมินสภาพผิวหนังรอบ ๆ บาดแผลว่ามีการระคายเคือง หรือการลุกลามของบาดแผลจาก exudates หรือจากการพยาบาล หรือการทำแผลที่ไม่เหมาะสม พยาบาลจึงควรปรับเปลี่ยนวิธีการทำแผล หรือการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

2. กำจัดและควบคุมสาเหตุ ที่จะทำให้แผลได้รับความระคายเคือง หรือกระทบกระเทือน การทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยทุกครั้งที่เป็นที่เปื่อยขึ้น จะช่วยลดการระคายเคืองบริเวณบาดแผล หรือผิวหนังรอบ ๆ ได้เป็นอย่างดี การลดแรงเสียดสี แรงดัน และแรงกดทับ สามารถกระทำได้โดยการจัดท่านั่ง ท่านอนให้ถูกต้องเหมาะสม

3. ดูแลทำความสะอาดบาดแผล จะช่วยลดการติดเชื้อ และขจัดสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR)

เป็นกระบวนการที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่าง การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) หรือ PR กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หรือ AR เข้าด้วยกันซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis, S., Mc Taggart, R., 1988) เริ่มมีการพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1952 โดยนักวิชาการชื่อ Lewin แล้วได้รับการพัฒนาโดยนักวิชาการคนอื่น ๆ เช่น Kolb ในปี 1984 และ Carr and Kemmis ในปี 1986

Carr, W. and Kemmis, S. (1986) ได้จำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็นสามระดับคือ

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (technical actionresearch) มีแนวคิดที่สำคัญคือ ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (outside expert) ที่นำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่คิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิวัติ (practical actionresearch) มีแนวคิดที่สำคัญคือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น ไม่นำเอาแนวคิด แผนงาน หรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น และกำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบร่วมมือหรือแบบอิสระ (participatory action research) มีแนวคิดที่สำคัญคือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย กับผู้ร่วมวิจัยในลักษณะเป็นความร่วมมือ (collaboration) ที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกัน (equally) ในการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล เป็นการวิจัยตามกระบวนการของการวิจัยภายใต้แนวคิดทฤษฎีสังคมเชิงวิพากษ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลักการ (พรสันต์ เลิศวิทยาวิวัฒน์, 2555)

ที่สำคัญมีอยู่ 6 ประการ

1. เป็นวิธีการปรับปรุงการปฏิบัติในสังคม และเรียนรู้จาก กระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นโดยการเน้นความสำคัญของการศึกษาในพื้นที่ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่อยู่ในพื้นที่ การประเมินปัญหาและความต้องการของพื้นที่ (Need Assessment) เป็นการช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ปัจจุบันว่าในพื้นที่มีข้อบกพร่องหรือปัญหาที่ใดบ้างในเรื่องอะไรบ้าง และมีความต้องการที่จะแก้ไขหรือพัฒนาในเรื่องใดบ้าง

2. เป็นการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Authentic Participation) ซึ่งเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการหมุนเวียนของการวางแผน (continuing Spiral of Planning) การกระทำคือการดำเนินการตามแผนนั่นเอง (Acting-Implementing Plans) การสังเกตอย่างเป็นระบบ (Systematically Observing) การสะท้อนกลับ (Reflecting) และย้อนกลับไปทำการวางแผนอีก (Re-planning) และเริ่มรอบการหมุนเวียนอีกครั้ง

3. เป็นความร่วมมือความรับผิดชอบ สำหรับการกระทำจะเกี่ยวกับการปรับปรุงด้วยความร่วมมือของกลุ่ม และจะขยายวงกว้างออกไปจากที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ จากผลกระทบเหล่านั้นจากสนใจในการปฏิบัติ

4. เป็นการสร้างพื้นที่แห่งการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self-critical Communities) ของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีส่วนร่วม และที่ให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัยของการวางแผน (Planning) ลงมือกระทำ (Acting) สังเกต (Observing) และไตร่ตรอง (Reflecting) ด้วยจุด

มุ่งหมายสร้างพื้นที่ ที่ให้คำมั่นที่จะบรรลุการหยั่งรู้ด้วยปัญญาญาณ (Enlightening with Intuition) ด้วยตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการกระทำ ผลที่ตามมา และการปลดปล่อยตนเองจากระบบสถาบัน และความบีบคั้นส่วนตัวที่ปิดกั้นพลังของการออกเสียงตามสิทธิของตนเอง และอิสระที่จะเลือกค่านิยมของสังคม (Social Values)

5. เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (Systematic Learning Process) ที่ผู้อยู่ในพื้นที่ ผู้ปฏิบัติจะสามารถตอบสนอง และการแสดงออกตามโอกาสที่เปิดกว้าง ให้ซึ่งกระบวนการที่ใช้ปัญญาวิเคราะห์หรือวิจารณ์ (Critical Intelligence) เพื่อสื่อสารถึงการกระทำ และเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ ดังนั้น การปฏิบัติทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่ได้รับรู้และยอมรับ การปฏิบัติดังกล่าว จึงเกี่ยวข้องกับความสนใจใคร่รู้ และต้องการมีความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อม (Circumstances) การกระทำ (Action) และสิ่งที่ตามมา (Consequences) ในสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ดังนั้น ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติจึงถูกพัฒนาขึ้นโดยอาจจะแสดงออกในตอนต้นในรูปแบบของเหตุผลสำหรับการปฏิบัติ เหตุผลที่เริ่มต้นเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาวิเคราะห์ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

6. มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในพื้นที่ทั้งในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติของเขา

7. ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ต้องมีส่วนร่วมทั้งด้านปฏิบัติ ด้านแนวความคิด และด้านการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับสถาบัน ที่จะต้องทดสอบด้วยการรวบรวมหลักฐานที่น่าเชื่อถือ เพื่อพิสูจน์ให้เห็นประจักษ์ชัดเจน

8. เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์กลุ่มผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจ ในส่วนที่เกี่ยวกับปฏิบัติการ และความประทับใจเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังจะเกิดต่อไปข้างหน้าอีกด้วย

9. ผู้เข้ามามีส่วนร่วมได้ประจักษ์เห็นชัดในประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการเก็บรักษานบันทึกส่วนบุคคล ของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมบันทึกความก้าวหน้าของตนเอง และสะท้อนความคิดของตนเองเกี่ยวกับการเรียนรู้ ของกลุ่มที่ขนานกันไป เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง (ว่าการปฏิบัติของปัจเจกบุคคล และกลุ่มกำลังพัฒนาอย่างไร) และกระบวนการศึกษาการปฏิบัติ (โครงการวิจัยปฏิบัติการดำเนินการอย่างไร)

10. เป็นกระบวนการทางการเมือง เพราะว่าเกี่ยวกับประชาชนที่ทำการเปลี่ยนแปลงที่จะระบบตนเอง ด้วยเหตุผลที่บางครั้งจะเป็นการสร้างแรงต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ทั้งในผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมและบุคคลอื่น ๆ

11. เกี่ยวกับประสานความร่วมมือ ในกระบวนการวิจัยเชิงชุมชนให้ผู้เข้ามามีส่วนร่วมสำรวจการปฏิบัติของตนเอง และการทำงานในบริบทของสถาบันที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ต่อการเข้าใจอย่างมีเหตุผลมากขึ้น กระบวนการตัดสินใจมากขึ้น และในรูปแบบการทำงานที่เกี่ยวข้องที่สามารถตอบสนองความพึงพอใจของบุคคลในชุมชนได้

12. เป็นการเริ่มต้นอย่างเล็ก ๆ ด้วยการทำงานบนพื้นฐานการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยที่ปัจเจกบุคคลสามารถบริหารจัดการและควบคุมได้และทำงานกันต่อไป ในรูปแบบขยาย การเปลี่ยนแปลงมากยิ่งขึ้น รวมถึงการวิพากษ์วิจารณ์ของสถาบันนำไปสู่ความคิดเพื่อปฏิรูปทั่วไปของโครงการ รายการ หรือระบบอย่างกว้างขวาง

13. เป็นการกำหนดประเด็น ความคิด และสมมติฐานที่ชัดเจนตั้งนั้นสิ่งที่เกี่ยวข้องนั้น จะสามารถระบุคำถามที่ทรงพลังมากกว่า สำหรับความก้าวหน้าในงานที่ตนเองทำอยู่

14. เกิดผลจากคำถามการปฏิบัติการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

15. ต้องการผู้เข้ามามีส่วนร่วม ในการสร้างการบันทึกเกี่ยวกับการปรับปรุงของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มดังกล่าว โดยบันทึก

15.1 การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วม เกี่ยวกับกิจกรรม และการปฏิบัติต่าง ๆ

15.2 การเปลี่ยนแปลงในภาษาและวาทกรรมในกลุ่มที่มีส่วนร่วมที่จะบรรยายอธิบาย และตัดสินการปฏิบัติของกลุ่มตนเอง

15.3 การเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ทางสังคม และรูปแบบของการจัดองค์กรที่แสดงคุณลักษณะและบีบบังคับการปฏิบัติของกลุ่ม

15.4 การพัฒนาความเชี่ยวชาญของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมเหล่านี้ ต้องสามารถแสดงหลักฐานบรรยากาศของกลุ่มที่ประชาชนคาดหวัง และให้หลักฐานสนับสนุนการเรียกร้องต่อภายในกลุ่ม และแสดงความเคารพสำหรับคุณค่าของหลักฐานที่รวบรวม และวิเคราะห์อย่างเคร่งครัดอีกทั้งสามารถแสดง และอธิบายทำให้ผู้อื่นเชื่อถือได้

16. ต้องการให้ผู้เข้ามามีส่วนร่วม ให้เหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานสังคมหรือการศึกษาแก่ผู้อื่น เพราะว่ากลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมสามารถแสดงหลักฐานที่เขารวบรวมได้กระทำไป จะช่วยพวกเขาเองในการสร้างสรรค์ การพัฒนาทดสอบและตรวจสอบอย่างสมเหตุสมผล สำหรับสิ่งที่พวกเขากำลังกระทำการพัฒนาเหตุผลดังกล่าว ทำให้เขาสามารถสอบถามผู้อื่นอย่างมีเหตุผล ว่าบุคคลอื่นตัดสินการปฏิบัติของพวกเขาในรูปแบบทฤษฎีของพวกเขาเอง และหลักฐานที่สะท้อนโดยพวกเขาเหล่านั้นเป็น

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research process) มีดังนี้

Levin M., Greenwood, D (2002) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ในแต่ละวงจรคือ

1. ขั้นตอนเตรียมการเบื้องต้น (pre-step) ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป
2. การวางแผน (planning)
3. การลงมือปฏิบัติการ (action)
4. การค้นหาข้อเท็จจริง (fact finding)

Kemmis, S., and Mc Taggart, R. (1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การวางแผนงาน (planning)
2. การลงมือปฏิบัติงาน (action)
3. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation)
4. การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (reflection)

Stringer, E.T. (1999) จำแนกกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น 3 ขั้นตอนหลักคือ

1. การพินิจวิเคราะห์ (looking)
2. การคิดวิเคราะห์ (thinking)
3. การลงมือปฏิบัติการ (action)

กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (recycling set of activities) การดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนแรก มีจุดมุ่งหมายสำคัญ เพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวางการปรับปรุงแก้ไข และบริบทอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาที่ต้องการแก้ไข อย่างถ่องแท้และชัดเจน เพื่อที่จะได้ค้นหาหนทางที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าวนี้ นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก ในการทำวิจัย บุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยามปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยถ้อยคำหรือวลี ที่เป็นของเขาเอง ตลอดจนพรรณนารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมองค์กรหรือชุมชน และสถานการณ์เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหา นอกจากนี้ ยังร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและบริบทแวดล้อม (โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์ หรือการศึกษาเอกสาร) ส่วนการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การตีความและวิเคราะห์ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรก โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อสร้างความชัดเจน และขยาย ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการกำหนดรายละเอียด เกี่ยวกับลำดับขั้นการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งมีจุดมุ่งหมาย เพื่อลงมือปฏิบัติการแก้ไข ปัญหาให้สำเร็จลุล่วงไปตามที่ได้คิดวิเคราะห์ไว้ โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์ สำคัญ ในการระบุนความสำเร็จของการแก้ไขปัญหว่าอยู่ในระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้อง ทำการแก้ไขในวงจรรอบต่อไป

Cohen, L. Manion, L and Morrison, K (2000) แบ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไข และการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวินิจฉัย (diagnosing)
2. การวางแผนปฏิบัติการ (planning action)
3. การลงมือปฏิบัติการ (taking action)
4. การประเมินผลการปฏิบัติการ (evaluation action)

เริ่มต้นจากการวินิจฉัยสภาพการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข รวมทั้งการระบุงกรอบแนวคิดทฤษฎี และหลักการพื้นฐานสำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน จากนั้นจึงทำการวางแผนปฏิบัติการตามจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหา หรือโครงการพัฒนาที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการวินิจฉัยในขั้นตอนแรก และความร่วมมือร่วมใจของบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน แล้วจึงลงมือปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ที่ละขั้นตอน เสร็จแล้วจึงทำการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของการวินิจฉัย และการปฏิบัติการตามแผน สารสนเทศที่ได้จากการประเมินผลในขั้นตอนนี้ จะนำไปสู่การดำเนินงานวินิจฉัยเชิงปฏิบัติการในวงจรรอบต่อไป

เมื่อพิจารณาโดยทั่วไป จะพบว่ากระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของนักวิชาการทั้งหมด ที่กล่าวมาข้างต้นมีลักษณะคล้ายคลึงกันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดำเนินกิจกรรมการวิจัย ในแต่ละขั้นตอนหลักจะกระทำเป็นวัฏจักรต่อเนื่องกันเป็นพลวัตร จวบจนกระทั่งระดับ “ความรุนแรง” และ “ความเรื้อรัง” ของปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร หรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษารววิจัย ได้รับการแก้ไขจนหมดไป หรืออยู่ในระดับปกติ จนบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหามีความพึงพอใจ กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของนักวิชาการเหล่านี้ สามารถสรุปเป็นขั้นตอนย่อยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ดังนี้

1. ระบุงแนวคิดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน
2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสภาพการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงหรือพัฒนา
3. วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไข้ปัญหา
4. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
5. สังเกตการณ์ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว
6. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัยการคิดใคร่ครวญ ในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนะอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่าง ๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5
7. ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไข้ปัญหา

8. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง

9. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับ และลงมือปฏิบัติไปแล้ว

10. ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้อง ว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้รับการแก้ไขปรับปรุงจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการวางแผน (planning) การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (acting/implementing) การติดตามผลการดำเนินงานตามแผน (observing/monitoring/evaluating) และการมีข้อมูลย้อนกลับ (reflecting/feedback) เพื่อเข้าสู่วงจรการดำเนินงานในขั้นตอนต่าง ๆ อีก

สรุปกระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเน แนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ กอปรกับการระลึกถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จ ในการแก้ไขปัญหาต่อต้าน รวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผน จะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไข หรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ จะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่ง เป็นอย่างดี และเป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืน กับบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมือง และอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสภาวะการณ์เวลานั้น

2. การปฏิบัติการ (action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้ มีโอกาสเกิดการพลิกผัน หรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไข และข้อจำกัดในสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดี จะต้องมียุทธวิธีเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติการ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ดังที่กล่าวมาแล้ว การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ สิ่งใดควรกระทำตามแผนที่วางไว้ สิ่งใดควรปรับเปลี่ยนให้เข้ากับปัจจัยเงื่อนไขในขณะนั้น แล้วจึงดำเนินกิจกรรมต่อไป ผู้ปฏิบัติการอาจใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตน

บางส่วน แต่ประสบการณ์เหล่านั้น ก็เป็นเพียงสมมุติฐานชั่วคราว (working hypothesis) ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับความจริงที่เกิดขึ้นในเวลานั้นก็ได้

3. การสังเกตการณ์ (observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป (ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ) รวมทั้ง สังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจน ประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการตามแผน ว่ามีสภาพหรือลักษณะ เป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้อง มีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับ กระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา นอกจากนี้จะต้องตอบสนองต่อการ เปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่มองเห็นได้ด้วยตาและสัมผัสได้ด้วยกายหรือใจ และจะต้องมีความยืดหยุ่น ต่อการเก็บรายละเอียดของสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในหลายแง่มุมและหลายรูปแบบ ดังนั้น นักวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีความพร้อมในการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่ง ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นตามแผนที่วางไว้

4. การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึก ข้อมูลไว้จากการสังเกต อย่างครุ่นคิดไตร่ตรอง ในเชิงวิพากษ์ กระบวนการและผลการ ปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวาง การพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามพึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์ ประการหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถาม ในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม ดังกล่าวนี้ จะนำไปสู่การรื้อถอน (deconstruction) แนวคิดความเชื่อและการปฏิบัติงานอย่างเดิม ไปสู่การฟื้นฟู หรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมเปลี่ยนไปเป็นการปฏิบัติงาน ตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทบทวน และปรับปรุง วางแผนปฏิบัติการในวงจร กระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีดังนี้

แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีแบบมีส่วนร่วม (วาทีต จันทสุริยวงค์, 2528)

เน้นในเรื่องการช่วยเราให้เกิดการพัฒนาทางเทคโนโลยี ที่มุ่งชักนำให้การพัฒนา และการดัดแปลงเทคโนโลยีเกิดขึ้นในหมู่ประชาชนเอง โดยอาศัยกระบวนการจัดระเบียบชุมชน บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าเทคโนโลยี จะต้องมีการอันเนื่องมาจากการทดลอง และตัดสินใจด้วยตัวของประชาชนเอง ว่าเทคโนโลยีชนิดใดที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของพวกเขาอย่างแท้จริง มีจุดมุ่งหมายที่จะยกระดับจิตสำนึกแห่งการวิเคราะห์วิจารณ์

ของชุมชนต่อเทคนิควิทยาการใด ๆ ที่ดำรงอยู่ว่ามีความเหมาะสมสอดคล้องกับพวกเขาหรือไม่ มีพลังความสามารถที่จะพัฒนา หรือคิดค้นดัดแปลงเทคโนโลยีได้ด้วยตัวเองอย่างไร

ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ๆ 6 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนการแจกแจงชี้ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา
2. ขั้นตอนการรวบรวมแนวทางการแก้ปัญหาที่ชุมชนรับรู้ หรือคิดได้ทั้งหมดมาจัดวางเปรียบเทียบและแนะนำเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่พอเป็นไปได้สำหรับการแก้ปัญหามาให้ลองเปรียบเทียบดูด้วย แม้อาจจะไม่ใช่เทคโนโลยีที่มาจากประสบการณ์ของชุมชนเองก็ตาม
3. ขั้นตอนการกระตุ้นให้เกิดการทดลองในแนวทางการแก้ปัญหาที่ชุมชนเลือกสรรเอง
4. ขั้นตอนการอำนวยความสะดวกให้กับกระบวนการทดลอง
5. ขั้นตอนทำการประเมินผล
6. ขั้นตอนการวางแผนใหม่สำหรับการนำเทคโนโลยีไปใช้งานจริง ๆ (โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 2 มาตามลำดับ แต่ถ้าการทดลองปรากฏผลออกมาว่าเทคโนโลยีประเภทนั้น ๆ ใช้การไม่ได้ ก็ให้กลับไปเริ่มต้นที่ขั้นตอนที่ 1 หรือ 2 แล้วแต่กรณี

มีกระบวนการทดลอง 4 ประการดังนี้ คือ

1. พยายามดัดแปลงเทคโนโลยีที่มีอยู่ ซึ่งไม่ค่อยเหมาะสมสอดคล้อง ให้กลายเป็นสิ่งที่เหมาะสมใช้การได้จริง (หรือทำให้กะทัดรัดลง)
2. พิจารณาเทคโนโลยีดั้งเดิมของท้องถิ่น คิดค้นและปรับปรุงให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น
3. ทดสอบเทคโนโลยีที่ได้ชื่อว่ามีเหมาะสมสำหรับที่อื่น ๆ มาแล้ว ทั้งนี้จะได้วัดคุณประโยชน์ว่ามีความเหมาะสมกับชุมชนหรือไม่
4. ใช้การประชุมถกเถียงความรู้ทางด้านเทคนิค ให้การขยายความคิด และเพิ่มพูนจิตสำนึกแห่งการวิเคราะห์วิจารณ์

บทบาทของผู้วิจัยมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คือ การแจกแจงชี้ปัญหานั้น ผู้วิจัยต้องเก็บรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาหลัก ๆ ที่พื้นที่นั้นเผชิญอยู่ เป็นปัญหาที่สามารถนำเทคโนโลยีมาแก้ไขได้ โดยประเด็นปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้จะถูกนำมาแจกแจงเพื่อเปรียบเทียบกัน ประเด็นใดที่เห็นว่ามีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ในพื้นที่สำคัญ จากนั้นค่อยค้นหาประเด็นปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยต้องพยายามรวบรวมแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมดเท่าที่ผู้คนในชุมชนได้สืบทอดหรือรับรู้กันมา ซึ่งอาจได้มาจากการสนทนาในวงเล็ก โดยให้ออกโอกาสแก่ชุมชนที่จะเสนอแนวทางการแก้ปัญหานั้นด้วยตนเองอย่างเต็มที่ ผู้วิจัยก็เสนอเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือประสบการณ์ความรู้ของพื้นที่เข้าสู่วงสนทนาด้วยในระยะแรก ๆ ให้เสนอแบบง่าย ๆ แต่จะไม่สรุปว่าแบบนี้แบบนี้เท่านั้น ที่จะช่วยแก้ปัญหา

ให้ชุมชน จะปล่อยให้พื้นที่ที่คิดเปรียบเทียบทางเลือกต่าง ๆ ด้วยตนเอง และยังไม่กล่าวหาตึงถึงเทคโนโลยีอื่น ๆ ให้มากกว่านั้น จนกว่าจะมีการถามไถ่เพิ่มเติม ซึ่งนักวิจัยจะต้องคอยให้ข้อมูลอยู่เป็นระยะ ๆ เมื่อเสนอข้อมูลเปรียบเทียบให้อย่างเต็มที่แล้ว ก็ปล่อยให้ชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีที่เห็นว่าเหมาะสมกับตนเองมากที่สุดมาชุดหนึ่ง

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยต้องกระตุ้นให้มีการทดลองปฏิบัติตามทางเลือกที่พื้นที่เลือกนั้น โดยพยายามชักจูงชาวบ้านที่ให้ความสนใจมาพบปะหรือกันอย่างเป็นทางการเป็นงาน เพื่อร่วมกันวางแผนในรายละเอียดของการทดลอง มีการแบ่งงานความรับผิดชอบกันออกไป เพื่อให้การทดลองปรากฏผลในช่วงการทดลองปฏิบัติ ผู้วิจัยต้องคอยอำนวยความสะดวกให้กับชุมชนตามขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยต้องพยายามทำให้การทดลองดำเนินไปอย่างถูกต้อง ตามหลักการที่ร่วมกันวางไว้ แต่พยายามหลีกเลี่ยงการให้ความช่วยเหลือใด ๆ ที่ได้ว่าง่าย ๆ หรือสำเร็จรูปเกินไป トラบใดที่การทดลองดำเนินต่อไปได้ ผู้วิจัยคอยให้กำลังใจและกระตุ้นให้เกิดการประดิษฐ์คิดค้นที่สอดคล้องและปฏิบัติได้จริง ขณะเดียวกันก็บันทึกผลทั้งหมดไว้ให้เป็นระบบประมวลผลขึ้นมาอย่างง่าย ๆ เพื่อให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และวิเคราะห์หาปัญหาในประเด็นต่าง ๆ อันจะนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ซึ่งโดยมากแล้วจะถือเกณฑ์ด้านความคุ้มค่าจากการลงทุนเป็นหลัก ว่าแนวทางใดใช้ทุนน้อยกว่า แต่ให้ประโยชน์มากกว่าและคุ้มค่ากว่า

ขั้นตอนที่ 6 เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยดี ในระหว่างการดำเนินงานก็ส่งเสริมให้มีการประชุมถกเถียงกันอยู่เป็นระยะ ๆ เพื่อทำให้เทคโนโลยีที่นำไปใช้นั้นได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นไปอีก จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดโดยคนกลุ่มน้อย

แนวคิดการพัฒนาแนวทางวัฒนธรรมชุมชน (กาญจนา แก้วเทพ, 2548) ให้แนวคิดที่น่าสนใจว่า “จะไม่นำเสนอว่าเราคือคำตอบทุกอย่างในการแก้ปัญหาของการพัฒนา” หรือ “เราคือถนนเส้นเดียวที่ตัดตรงไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จในการพัฒนา” จากแนวคิดดังกล่าว ทำให้กรอบความคิดและความเชื่อพื้นฐานบางประการเกี่ยวกับการพัฒนาเปลี่ยนไป คือ เดิมเมื่อนักพัฒนาเข้าไปในหมู่บ้าน สิ่งที่นักพัฒนามีอยู่ในสมองคือ หมู่บ้านที่เรา กำลังเข้าไป กำลังมีปัญหา ไม่ว่าจะปัญหาความยากจน ขาดข้าว มีหนี้สิน ความเจ็บป่วย แล้วก็จะมีการคำถามว่า ชาวบ้านมีปัญหาอะไร แล้วก็จะเสนอวิธีการและรูปแบบการแก้ปัญหาให้ เช่น หากขาดข้าวก็เสนอให้ตั้งธนาคารข้าว เป็นต้น ก็จะเปลี่ยนไปเป็นการตั้งคำถามว่าหมู่บ้านมีปัญหาอะไร เคยแก้ปัญหานั้นอย่างไร มีเงื่อนไขหรือเพราะเหตุใดจึงทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้อย่างเต็มที่ ชาวบ้านมีอะไรอยู่บ้างแล้วในวัฒนธรรมชุมชนที่มีอยู่ และจะเอามาใช้ประโยชน์ได้อย่างไร มีลักษณะการพัฒนาแบบล่างขึ้นบน

มิติการพัฒนา 3 มิติ คือ

มิติแรก เริ่มด้วยความต้องการว่าจะพัฒนาอะไรนั้น จะต้องถูกกำหนดมาจากฝ่ายของชาวบ้านเอง โดยที่นักพัฒนาไม่จำเป็นต้องเตรียมเอาไว้ล่วงหน้าว่า ทุกหมู่บ้านจะต้องมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ต้องทำธนาคารข้าวหรือธนาคารปุ๋ย หากหมู่บ้านใดมีความสนใจที่จะรวมกลุ่มกันเพื่อรื้อฟื้นธรรมเนียมประเพณีของตน ก็ต้องเริ่มต้นจากความต้องการอันนั้น เพราะลำดับความต้องการบ่งบอกถึงระดับความสำคัญของสิ่งที่ชาวบ้านปรารถนาอย่างแท้จริง ซึ่งอาจไม่ใช่เรื่องเกี่ยวกับเศรษฐกิจก็ได้

มิติที่สอง การกำหนดรูปแบบวิธีการในการตอบสนองความต้องการ หรือวิธีการแก้ปัญหา จำเป็นต้องใช้วิธีการของชาวบ้านด้วยกันจากคำถามที่ว่า แต่ก่อนนั้นชุมชนเคยมีวิธีการในการเผชิญปัญหานั้นอย่างไรบ้าง ถือว่าความรู้ในการแก้ปัญหาดังกล่าวเป็นมรดกตกทอดจากบรรพบุรุษของชุมชน จะต้องไม่โยนทิ้งไป

มิติที่สาม หลังจากรับรู้ความต้องการของชาวบ้าน และได้ศึกษาลำรวจวิธีการแก้ปัญหาที่เคยมีอยู่ในวัฒนธรรมชุมชนแล้ว ในขั้นตอนการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาจะต้องใช้วัฒนธรรมชุมชนนั่นเอง เป็นตัวตั้งเป็นจุดเริ่มต้น โดยอาจจะประสานกับความรู้ที่นำไปจากภายนอก เช่น แม้ว่าจะจำเป็นต้องทำธนาคารข้าว ก็ต้องทำ แต่ธนาคารข้าวในแต่ละชุมชนอาจไม่เหมือนกัน ตามวัฒนธรรมชุมชนแต่ละแห่งนั้น



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรเช้า บ่าย ดึก แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปและแพทย์กระดูกและข้อ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน เข้าร่วมดำเนินการตั้งแต่เริ่มกระบวนการ จนถึงได้รูปแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2555 – กันยายน 2555

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือเลือกเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน เวรเช้า บ่าย ดึก จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน และแพทย์กระดูกและข้อ จำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน ซึ่งต้องทำงานประจำอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่ผู้ศึกษารวบรวมและคณะสร้างขึ้นมา ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน โดยผู้ศึกษารวบรวมปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจ ของเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ ต่อการใช้แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล โดยบอกระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึงพอใจมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึงพอใจมาก ระดับ 3 หมายถึงพอใจปานกลาง ระดับ 2 หมายถึงพอใจน้อยและระดับ 1 หมายถึงพอใจน้อยที่สุดพร้อมทั้งข้อเสนอนแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล และแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อคำถาม และให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index/ CVI \geq 0.80)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร งานวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวคิดในการกำหนดการดำเนินการศึกษาวิจัย ได้จัดทำเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อขอคำแนะนำ ให้การวิจัยสำเร็จลุล่วง และถูกต้องตามหลักการวิจัย และประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาล และแพทย์ในหน่วยงาน เพื่อร่วมดำเนินการวิจัยให้สำเร็จ

2. ดำเนินการวิจัย โดยประยุกต์ใช้การดำเนินงานตามแบบของ (ศิริกุล นามศิริ, 2552) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ (preparation) เป็นขั้นตอนที่เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่ผ่านมา โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา เพื่อค้นหาปัญหาในการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผล

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (planning) ดำเนินการโดยผู้ศึกษาวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการค้นหาปัญหา ในการบันทึกความก้าวหน้าของแผล มาวิเคราะห์ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ เพื่อสะท้อนปัญหาที่พบของการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผล และร่วมกันสร้างรูปแบบการบันทึกความก้าวหน้าของแผล โดยการพูดคุยและปฏิบัติการกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ (acting) และการสังเกตผล (observing) ผู้ศึกษาวิจัยได้นำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลมาทดลองใช้ ร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน พร้อมทั้งสังเกตการณ์ลงบันทึกความก้าวหน้าของแผล และสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (reflecting) นำผลการบันทึกและแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อความก้าวหน้าของแผล แจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ทราบ

ขั้นตอนที่ 5 วางแผนใหม่ (re - planning) ร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล และแพทย์ทบทวนผลการบันทึกและแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อความก้าวหน้าของแผน และจัดทำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผนขึ้นมาใหม่

ขั้นตอนที่ 6 การปฏิบัติการ (acting) และการสังเกตผลใหม่ (re - observing) ผู้ศึกษาวิจัยดำเนินการนำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผนมาใช้ และสังเกตการลงบันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผนใหม่ และสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาล และแพทย์ต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน ที่ได้จากการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2

ขั้นตอนที่ 7 การสะท้อนผลใหม่ (re - reflecting) ผู้ศึกษาวิจัยนำผลการบันทึกความก้าวหน้าของแผน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อความก้าวหน้าของแผน แจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ทราบ

ขั้นตอนที่ 8 สรุปผล (conclusion) และประเมินผลการดำเนินงาน โดยสรุปผลการพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน ผลของความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน เปรียบเทียบความพึงพอใจ ต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน ในการปฏิบัติการกลุ่มทั้งสองรอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยใช้สถิติ Paired Samples T-test มีรายละเอียดดังนี้ ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน ในการปฏิบัติการทั้งสองรอบ และวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ยเลขคณิต

แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน การวิเคราะห์แบบ content anylysis โดยอธิบายผลการติดตามการประเมินผล และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบการบันทึกความก้าวหน้าของแผน

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

เดือนกรกฎาคม 2555 – เดือนกันยายน 2555

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในเวรเช้า ป้าย ดึก จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 คน และแพทย์กระดูกและข้อ จำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน เข้าร่วมดำเนินการตั้งแต่เริ่มกระบวนการ ในการค้นหาปัญหาในการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผล มีการสะท้อนปัญหาเพื่อนำมาวิเคราะห์ และหาแนวทางร่วมกันในการจัดทำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่เกิดจากความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 9 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนการเตรียมการ

เป็นขั้นตอนค้นหาปัญหาในการบันทึกความก้าวหน้าของแผล โดยในวันที่ 1 ก.ค. 2555 มีการสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งผลจากการสอบถาม พบปัญหาของการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การลงบันทึกไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน รูปแบบที่ปรากฏส่วนใหญ่จะเป็นการเขียนบรรยายตามความเข้าใจและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์มาก จะเขียนบรรยายลักษณะของแผล ที่ได้รับการทำแผลอย่างละเอียด ครบถ้วน แต่ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์น้อย จะเขียนบรรยายลักษณะของแผลไม่ค่อยละเอียดและ จากการสอบถามแพทย์ พบว่าแพทย์อ่านการบันทึกความก้าวหน้าของแผลไม่ทุกครั้ง เนื่องจากไม่มีรูปแบบการบันทึกที่สามารถสื่อสารได้ตรงกัน และรายละเอียดของการบันทึกของพยาบาลแต่ละคนมีแตกต่างกัน

2. เนื้อหาในการลงบันทึกมีความครบถ้วน และครอบคลุมน้อยขาดในเรื่องลักษณะของแผล ขนาดของแผล สิ่งคัดหลั่งที่ปรากฏ ส่วนมากเขียนเป็นภาษาพูด ที่สามารถสื่อสารกันไม่เป็นสากล

3. การลงบันทึกไม่มีความชัดเจน อ่านเข้าใจยากการลงบันทึกที่ปรากฏส่วนใหญ่จะขาดในเรื่องการประเมินติดตามทุกวันที่ผู้ป่วยได้รับการทำแผล

4. ใช้เวลาในการลงบันทึกมากประมาณ 5 นาที เกิดจากการไม่รู้ว่าจะลงบันทึก รายละเอียดอย่างไรบ้างในการเขียนความก้าวหน้าของแผน

ขั้นตอนการวางแผน

การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา ในการบันทึกความก้าวหน้าของแผนเน้นไปที่กระบวนการเรียนรู้ จากการปฏิบัติร่วมกันของเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน เป็นการเรียนรู้หาวิธีการในการแก้ปัญหา โดยใช้การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อประเมินความต้องการของเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ และได้มาซึ่งแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน วันที่ 13 ก.ค. 2555 ตรงกับวันประชุมหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา ผู้ศึกษาวิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการค้นหาปัญหาในการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผน ร่วมกันระดมเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ สะท้อนปัญหาที่พบของการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผน และร่วมกันสร้างรูปแบบการบันทึกความก้าวหน้าของแผนร่วมกัน ซึ่งจากการพูดคุยและปฏิบัติการกลุ่มร่วมกันพบว่า รูปแบบของการบันทึกความก้าวหน้าของแผนควรประกอบไปด้วย

1. ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย
2. อายุ
3. เลขที่โรงพยาบาล
4. การวินิจฉัยโรค
5. การผ่าตัด
 - 5.1 ตำแหน่งของแผล/แผลผ่าตัด
 - 5.2 สรุปการติดเชื้อของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
6. คำจำกัดความ ควรใช้สัญลักษณ์ด้วยย่อ เพื่อความสะดวกในการลงบันทึก คำจำกัดความประกอบไปด้วย
 - 6.1 ลักษณะของแผล เช่น แผลเย็บ หรือแผลเปิด
 - 6.2 สีสิ่งคัดหลั่ง
 - 6.3 จำนวนสิ่งคัดหลั่ง
 - 6.4 วัสดุที่เย็บแผล
 - 6.5 ท่อระบายต่าง ๆ
7. ตารางการลงบันทึกความจำกัดความที่จัดขึ้นมาจากการปฏิบัติการรอบที่ 1 เกิดแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน (แสดงดังภาพ 3)

Dx.(Diagnosis).....

การผ่าตัด.....

ตำแหน่งของแผล **สรุปตอนผู้ป่วยกลับบ้าน**

1..... NI

2..... no NI

3.....

4.....

คำจำกัดความ

1.แผลเปิด skin

1.1 ขนาดของแผล (กว้างxยาวxลึก)

1.2 สีพื้นแผล

R =Red แผลมีตุ่มเนื้อเล็กๆ / สีแดงชุ่มชื้น (granulation tissue) Y=Yellow แผลลักษณะเปื่อยยุ่ยสีเหลือง (Fibrous slough) คล้ายเส้นด้ายที่ล้างแผลแล้วไม่หลุด (สีเหลืองอ่อน - น้ำตาลอ่อน)B=Blackแผลที่มีเนื้อตายสีดำ (necrotic) เกิดจากขาดเลือดไปเลี้ยงเป็น Eschar(ดำคลุมทั่วแผล) necrosisจี้ให้พำ

1.3 ขอบแผล N=normalปกติไม่แดง , Ab=abnormal ขอบแผลแดง, ไม่เปื่อยยุ่ย

Ab* = abnormalขอบแผลแดง, เปื่อยยุ่ย

1.4 สีสิ่งคัดหลั่ง S (Serous) สีเหลืองฟางSSa (SeroSanguineous)สีเหลืองฟางมีเลือดปน Sa(Sanguineous) เลือดPu (Purulent)หนอง**bile**(น้ำดี)

feccea (อุจจาระ)

1.5 จำนวนแผ่น gauze

2. แผลเย็บ (Suture)

2.1 N=normalบวมไม่แดง ไม่ร้อน ไม่ซึม Ab=abnormal อย่างใดอย่างหนึ่ง

3. ท่อระบายต่างๆ เช่น penrose drain (PD), redivac drain (RD), nephrostomy tube (N-tube)

3.1 สีสิ่งคัดหลั่ง S (Serous) สีเหลืองฟางSSa (SeroSanguineous)สีเหลืองฟางมีเลือดปนSa (Sanguineous) เลือดPu (Purulent)หนอง **bile**(น้ำดี) / **feccea** (อุจจาระ)

3.2จำนวนแผ่น gauze

ว/ด/ป	เวลา	1.แผลเปิด Skin					2.แผล Suture	3. PD , RD ,	
		1.1 ขนาด (ซ.ม.) ก*ย*ล	1.2 สีพื้น แผล	1.3 ขอบ แผล	1.4 สีสิ่ง คัดหลั่ง	1.5 จำนวน สิ่งคัดหลั่ง	<input type="checkbox"/> STAPLE <input type="checkbox"/> SILK	3.1 สีสิ่ง คัดหลั่ง	3.2 จำนวน สิ่งคัด หลั่ง

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ภาพ 3 แสดงแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่ได้จากปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1

ขั้นตอนการปฏิบัติการและการสังเกตผล

ผู้ศึกษาวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน เริ่มทำการปฏิบัติการตั้งแต่วันที่ 14 ก.ค. 2555 – 27 ก.ค. 2555 เป็นเวลา 14 วัน โดยนำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่ได้จากการปฏิบัติการ กลุ่มรอบที่ 1 มาทดลองใช้พร้อมทั้งสังเกตการบันทึกความก้าวหน้าของแผล ทุกวันศุกร์ของเดือน (วันที่ 20 ก.ค. 2555, 27 ก.ค. 2555 และ 3 ส.ค. 2555) และสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1 พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่และแพทย์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มกระบวนการสะท้อนปัญหาในการบันทึกความก้าวหน้าของแผล และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา พบว่า

1. แบบบันทึกมีความยาก เมื่อสอบถามเป็นรายบุคคล พบว่าความยากในการบันทึกเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับตัวอักษรย่อ ที่ปรากฏในคำจำกัดความ จึงมีการปรับปรุงตรงส่วนของคำจำกัดความใหม่

2. แบบบันทึกมีความยากตรงการลงบันทึกตำแหน่งแผล เพราะไม่สามารถระบุให้เห็นตำแหน่งของแผลที่ชัดเจนได้

3. แบบบันทึกมีรายละเอียดตรงคำจำกัดความที่ซ้ำซ้อนกัน

ตาราง 1 แสดงความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1

แบบบันทึกความก้าวหน้า ของแผล	ระดับความพอใจ				
	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	น้อย ที่สุด ร้อยละ
รูปแบบของการบันทึก	3 (14.30)	12 (57.10)	5 (23.80)	1 (4.80)	0
เนื้อหาของการบันทึก	4 (19.00)	14 (66.70)	3 (14.30)	0	0
ความชัดเจนของคำจำกัดความในการ บันทึก	5 (23.80)	11 (52.40)	5 (23.80)	0	0
ความง่ายของการบันทึก	5 (23.80)	8 (38.10)	8 (38.10)	0	0

ตาราง 1 (ต่อ)

แบบบันทึกความก้าวหน้า ของแผน	ระดับความพอใจ				
	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปาน กลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	น้อย ที่สุด ร้อยละ
ความรวดเร็วของการบันทึก	3 (14.30)	11 (52.40)	7 (33.30)	0	0
ภาพรวมของการบันทึก	3 (14.30)	11 (52.40)	7 (33.30)	0	0

ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบของการบันทึก เนื้อหาของการบันทึก และความง่ายของการบันทึกร้อยละ 57.10, 66.70, และ 38.10 ตามลำดับ ร้อยละ 52.40 มีความพึงพอใจมากต่อความชัดเจนของคำจำกัดความในการบันทึก (แสดงดังตาราง 1)

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน ที่ได้จากการปฏิบัติการรอบที่ 1

ความพึงพอใจต่อแบบ บันทึกความก้าวหน้า ของแผน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าน้อย สุด	ค่าสูงสุด
รูปแบบของการบันทึก	21	3.76	0.89	1	5
เนื้อหาของการบันทึก	21	4.05	0.59	3	5
ความชัดเจนของคำจำกัด ความในการบันทึก	21	4.00	0.71	3	5
ความง่ายของการบันทึก	21	3.86	0.79	3	5
ความรวดเร็วของการบันทึก	21	3.81	0.68	3	5
ภาพรวมของการบันทึก	21	3.81	0.68	3	5

ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณในการปฏิบัติกรกลุ่มรอบที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึก เนื้อหาการบันทึก ความชัดเจนของคำจำกัดความในการบันทึกและความง่ายของการบันทึก เท่ากับ 3.76 ± 0.89 , 4.05 ± 0.59 , 4.00 ± 0.71 , 3.86 ± 0.79 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อความรวดเร็วของการบันทึก เท่ากับภาพรวมของการบันทึก คือ 3.81 ± 0.68 (แสดงดังตาราง 2)

ขั้นตอนการสะท้อนผล

วันที่ 10 ส.ค. 2555 ซึ่งตรงกับวันประชุมประจำเดือน ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา ผู้ศึกษาวิจัยแจ้งผลการสังเกต และผลการสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่ได้จากการปฏิบัติกรกลุ่มรอบที่ 1 แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คนทราบ

ขั้นตอนการวางแผนใหม่

วันที่ 17 ส.ค. 2555 ผู้ศึกษาวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน ร่วมจัดทำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลใหม่ จากการสอบถามและการสังเกตได้ข้อสรุปว่า ควรจะมีการปรับแบบการบันทึกความก้าวหน้าของแผล ดังนี้

5.1 ตำแหน่งของแผล ควรจะปรับเป็นรูปภาพ

5.2 คำจำกัดความ ต้องเพิ่มการขยายความ เช่น

5.2.1 N = Normal ปรับเป็น Nor = Normal

5.2.2 Ab⁺ = Abnormal ปรับเป็น Mar = Marcerated

5.2.3 Ab = ใดอย่างหนึ่ง ปรับเป็น Ab = บวมแดง ร้อน

5.3 การลงตำแหน่งแผลในตารางการบันทึก ควรระบุเป็นตัวเลขในแต่ละตำแหน่ง เพื่อความชัดเจน (แสดงดังภาพ 4)

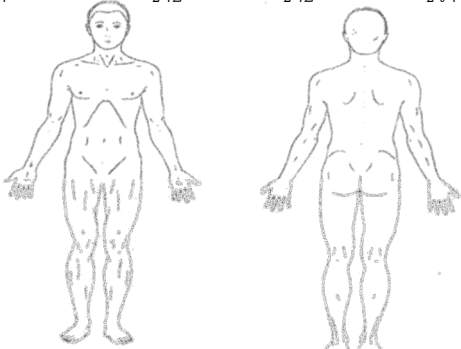
ชื่อ - สกุล.....อายุ....ปี HN.....

Dx. (Diagnosis).....

การผ่าตัด.....

ตำแหน่งของแผล(ลงรายละเอียดที่รูปภาพ)

ขวา ซ้าย ซ้าย ขวา



คำจำกัดความ

1.แผลเปิด skin

1.1 ขนาดของแผล (กว้างยาวลึก)

1.2 สีพื้นแผล

R =Redแผลมีตุ่มเนื้อเล็ก ๆ / สีแดงชุ่มชื้น (granulation tissue) Y=Yellow แผลลักษณะเปื่อยยุ่ยสีเหลือง (Fibrous slough) คล้ายเส้นด้ายที่ล้างแผลแล้วไม่หลุด (สีเหลืองอ่อน - น้ำตาลอ่อน)

B=Blackแผลที่มีเนื้อตายสีดำ (necrotic) เกิดจากขาดเลือดไปเลี้ยงเป็น Eschar(ดำคลุมทั่วแผล) necrosisจี้ไฟฟ้า

1.3 ขอบแผล Nor=normalปกติไม่แดง , Ab=abnormal ขอบแผลแดง, ไม่เปื่อยยุ่ย

Mar=marceratedขอบแผลแดง, เปื่อย

1.4 สีสิ่งคัดหลั่ง S (Serous) สีเหลืองฟางSSa (SeroSanguineous)สีเหลืองฟางมีเลือดปนSa (Sanguineous) เลือด Pu (Purulent)หนอง bile(น้ำดี) / fecea (อุจจาระ)

1.5 จำนวนแผ่น gauze

2. แผลเย็บ (Suture)

2.1 N=normalบวมไม่แดง ไม่ร้อน ไม่ซึม Ab=abnormal บวมแดง ร้อน ซึม

3. ท่อระบายต่างๆ เช่น penrose drain (PD), redovac drain (RD), nephrostomy tube (N-tube)

3.1 สีสิ่งคัดหลั่ง S (Serous) สีเหลืองฟางSSa (SeroSanguineous)สีเหลืองฟางมีเลือดปนSa (Sanguineous) เลือดPu (Purulent)หนอง bile(น้ำดี) / fecea (อุจจาระ)

3.2จำนวนแผ่น gauze

ว/ด/ป	เวร	1.แผลเปิด Skin					2.แผล Suture	3. PD , RD , N - tube	
		1.1 ขนาด (ซ.ม.) ก*ย*ล	1.2 สีพื้น แผล	1.3 ขอบ แผล	1.4 สีสิ่ง คัดหลั่ง	1.5 จำนวน สิ่งคัดหลั่ง	<input type="checkbox"/> STAPLE <input type="checkbox"/> SILK	2.1 ลักษณะแผล	3.1 สีสิ่ง คัดหลั่ง

สรุปตอนผู้ป่วยกลับบ้าน NI no NI

ภาพ 4 แสดงแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่ได้จากการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2

ขั้นตอนการปฏิบัติการและการสังเกตผลใหม่

ผู้ศึกษาวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อ จำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน เริ่มทำการปฏิบัติการใหม่ ตั้งแต่วันที่ 18 ส.ค. 2555 – 31 ส.ค. 2555 เป็นเวลา 14 วัน นำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่ได้มาทดลองใช้ พร้อมทั้งสังเกตการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผล ทุกวันศุกร์ ของเดือน (วันที่ 24 ส.ค. 2555, 31 ส.ค. 2555 และวันที่ 7 ก.ย. 2555) และสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2 พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วม กับเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่าปัญหาในการบันทึกความก้าวหน้าของแผล ควรมีการระบุตำแหน่งของแผล คำจำกัดความ ต้องเพิ่มการขยายความ และการลงตำแหน่งแผลในตารางการบันทึก ควรระบุเป็นตัวเลขในแต่ละตำแหน่งเพื่อความชัดเจนเมื่อปรับปรุง และนำมาใช้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และสะท้อนปัญหา

ตาราง 3 แสดงความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2

แบบบันทึกความก้าวหน้า ของแผล	ระดับความพอใจ				
	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปาน กลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	น้อย ที่สุด ร้อยละ
รูปแบบของการบันทึก	7 (33.30)	8 (38.10)	5 (23.80)	0	1 (4.80)
เนื้อหาของกรบันทึก	8 (38.10)	13 (61.90)	0	0	0
ความชัดเจนของคำจำกัดความ ในการบันทึก	5 (23.80)	16 (76.20)	0	0	0
ความง่ายของการบันทึก	5 (23.80)	13 (61.90)	0	0	0
ความรวดเร็วของการบันทึก	4 (19.00)	12 (57.10)	5 (23.80)	0	0

ตาราง 3 (ต่อ)

แบบบันทึกความก้าวหน้า ของแผน	ระดับความพอใจ				
	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปาน กลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	น้อย ที่สุด ร้อยละ
ภาพรวมของการบันทึก	4 (19.00)	15 (71.40)	2 (9.50)	0	0

ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบของการบันทึก เนื้อหาของการบันทึก ความรวดเร็วของการบันทึก และภาพรวมของการบันทึก ร้อยละ 38.10, 61.90, 57.10, 71.40 ตามลำดับส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อความง่ายของการบันทึก และความชัดเจนของคำจำกัดความในการบันทึก ร้อยละ 76.20 (แสดงดังตาราง 3)

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน
ที่ได้จากการปฏิบัติการกลุ่ม รอบที่ 2

ความพึงพอใจต่อแบบ บันทึกความก้าวหน้า ของแผน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน		
			เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าน้อยสุด	ค่าสูงสุด
รูปแบบของการบันทึก	21	3.95	1.02	4	4
เนื้อหาของการบันทึก	21	4.38	0.50	4	5
ความชัดเจนของการ บันทึก	21	4.24	0.44	4	5
ความง่ายของการบันทึก	21	4.24	0.44	4	5
ความรวดเร็วของการ บันทึก	21	3.95	0.67	3	5
ภาพรวมของการบันทึก	21	3.95	1.02	4	4

ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกและภาพรวมของการบันทึก มีค่าเท่ากับคือ 3.95 ± 1.02 เนื้อหาของการบันทึก และความรวดเร็วในการบันทึก 4.38 ± 0.50 และ 3.95 ± 0.67 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อความชัดเจนของการบันทึกและความง่ายของการบันทึกมีค่าเท่ากับคือ 4.24 ± 0.44 (แสดงดังตาราง 4)

ขั้นตอนสะท้อนผลใหม่

วันที่ 14 ก.ย. 2555 ซึ่งตรงกับวันประชุมหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา ผู้ศึกษาวิจัยแจ้งผลการสังเกต และผลการสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่ได้จากการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2 แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน ทราบ

ขั้นตอนสรุปผลและประเมินผลการดำเนินงาน

วันที่ 21 ก.ย. 2555 ผู้ศึกษาวิจัยสรุปผลร่วมกันกับเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 คน แพทย์กระดูกและข้อจำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน ในการพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล และผลของความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล

ขั้นตอนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบความพึงพอใจต่อการบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มทั้งสอง

ผู้ศึกษาวิจัยได้นำค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ต่อการบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มทั้งสองรอบ มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired Sample T-test

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแบบบันทึก
ความก้าวหน้าของแผลในการปฏิบัติการทั้งสองรอบ

ความพึงพอใจ	คะแนน	คะแนน	P value
	ความพึงพอใจ รอบที่ 1	ความพึงพอใจ รอบที่ 2	
รูปแบบของการบันทึก	3.76	3.95	0.629
เนื้อหาของการบันทึก	4.05	4.38	0.049
ความชัดเจนของคำจำกัด ความในการบันทึก	4	4.24	0.329
ความง่ายของการบันทึก	3.86	4.24	0.134
ความรวดเร็วของการบันทึก	3.81	3.95	0.452
ภาพรวมของการบันทึก	3.81	3.95	0.452

ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบันทึก
ความก้าวหน้าของแผลทั้งสองรอบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึก
ความชัดเจนของคำจำกัดความในการบันทึก ความง่ายของการบันทึก ความรวดเร็วของ
การบันทึก และภาพรวมของการบันทึก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
($P = 0.629, 0.329, 0.134, 0.452, 0.452$ ตามลำดับ) ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเนื้อหา
ของการบันทึก ในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2 สูงกว่าการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.049$) (แสดงดังตาราง 5)

บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรเช้า บ่าย ดึก จำนวน 16 คน แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 คน และแพทย์กระดูกและข้อ จำนวน 3 คน รวมจำนวน 21 คน เข้าร่วมดำเนินการตั้งแต่เริ่มกระบวนการ โดยการค้นหาปัญหาในการลงบันทึกความก้าวหน้าของแผล มีการสะท้อนปัญหาเพื่อนำมาวิเคราะห์ และหาแนวทางร่วมกันในการจัดทำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ที่เกิดจากความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

โดยการสังเกตการปฏิบัติการกลุ่ม และการสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลทั้งสองรอบในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 1 พบว่า ปัญหาของการบันทึกความก้าวหน้าของแผล เกิดจากรูปแบบการบันทึกมีความไม่ชัดเจน เนื้อหาในการบันทึกไม่ครบถ้วนไม่ครอบคลุม และใช้เวลาในการบันทึกมาก เมื่อร่วมกันวางแผนโดยการจัดทำแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล นำไปปฏิบัติ สังเกตผล และสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล พบว่า

ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบของการบันทึก เนื้อหาของการบันทึก ความง่ายของการบันทึก ร้อยละ 57.10, 66.70, 38.10, ตามลำดับ ร้อยละ 52.40 มีความพึงพอใจมาก ต่อความชัดเจนของคำจำกัดความ ในการบันทึกค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึก เนื้อหาการบันทึก ความชัดเจนของคำจำกัดความ ความง่ายของการบันทึกเท่ากับ 3.76 ± 0.89 , 4.05 ± 0.59 , 4.00 ± 0.71 , 3.86 ± 0.79 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อความรวดเร็วของการบันทึก เท่ากับภาพรวมของการบันทึก คือ 3.81 ± 0.68 มีการแจ้งผลความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2 มีการร่วมกันวางแผน ปรับปรุงรูปแบบการบันทึกการปฏิบัติการ และสังเกตผล และสอบถามความพึงพอใจต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบของการบันทึก เนื้อหาของการบันทึก ความรวดเร็วของการบันทึกและภาพรวมของการบันทึก ร้อยละ 38.10, 61.90, 57.10, 71.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อความง่ายของการบันทึก ความชัดเจนของคำจำกัดความ

ในการบันทึก ร้อยละ 76.20 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อเนื้อหาของการบันทึก ความรวดเร็วในการบันทึก 4.38 ± 0.50 , 3.95 ± 0.57 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อ รูปแบบการบันทึก และภาพรวมของการบันทึกเท่ากันคือ 3.95 ± 1.02 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ย คะแนนความพึงพอใจต่อความชัดเจนของการบันทึก และความง่ายของการบันทึกมีค่าเท่ากัน คือ 4.24 ± 0.44 สะท้อนผล และสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการเปรียบเทียบกับความพึงพอใจ ต่อแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล ในการปฏิบัติการกลุ่มทั้งสองรอบ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อเนื้อหาการบันทึก ในการปฏิบัติการกลุ่มรอบที่ 2 สูงกว่าการปฏิบัติการกลุ่ม รอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.049$) สัมพันธ์กับการศึกษาวิจัย ของสง่า ภูณรงค์ (2540) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผล ในการปฏิบัติงาน ของศึกษาธิการอำเภอ ตามอำนาจหน้าที่ของสำนักงานศึกษาธิการอำเภอ และความพึงพอใจ ของข้าราชการ สำนักงานศึกษาธิการในเขตการศึกษา 7 พบว่า ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นในการ ปฏิบัติการกลุ่มทั้งสองรอบ เกิดจากการได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กล่าวคือ แบบบันทึก ความก้าวหน้าของแผลที่เกิดขึ้น เป็นแบบบันทึกความก้าวหน้าที่เกิดจากความต้องการ ของทุก ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กับการศึกษาวิจัยของ นิตยา เงินประเสริฐ (2544) ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า การร่วมกันค้นหาปัญหา วางแผนการบันทึก สร้างรูปแบบการบันทึก นำแบบบันทึกที่ได้ไปใช้ พร้อมสังเกตและสอบถามความพึงพอใจ ในการปฏิบัติการกลุ่มทั้งสองรอบ จนเกิดแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่สมบูรณ์ ตามความ ต้องการของทุกฝ่าย ซึ่งเป็นการเดินทางไปสู่การพัฒนา (Journey of Development) แบบบันทึก ความก้าวหน้าของแผลที่สมบูรณ์ แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่ได้ ทำให้สามารถ ติดตามประเมินผลการติดเชื้อของแผลได้ ความปลอดภัยและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดำเนินการ ติดตามผล และแก้ปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้เกิดแบบบันทึก ความก้าวหน้าของแผลที่มีเนื้อหาของการบันทึกที่ถูกต้อง เหมาะสมกับการนำไปใช้ได้จริง และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความก้าวหน้า ของแผลในผู้ป่วยแต่ละรายสามารถติดตามประเมินผลการติดเชื้อของแผลได้ ผู้ป่วยปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาแบบบันทึกความก้าวหน้าของแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ควรมีการนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์มากขึ้น กับหน่วยงานอื่นที่มีความคล้ายคลึงกัน และควรพัฒนารูปแบบการบันทึกความก้าวหน้าของแผลไปเรื่อย ๆ จนเกิดรูปแบบที่สมบูรณ์





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วเทพ. (2548). การทำงานพัฒนาแนววัฒนธรรมคืออะไรและทำอย่างไร. **วารสารสังคมพัฒนา**, 1-2, 14-35.
- นิตยา เงินประเสริฐ. (2544). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. **วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์**, 2, 7.61-71.
- พรสันต์ เลิศวิทยาวิวัฒน์. (2555). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2555 จาก <http://www.lamptech.ac.th>.
- วาทีต จันทสุริยะวงศ์. (2528). ข้อเสนอแนะบางประการเกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีแบบมีส่วนร่วม. **วารสารสังคมพัฒนา**, 6, 49-57
- ศิริกุล นามศิริ. (2552). การพัฒนางานวิชาการด้วยหลักการบูรณาการในโรงเรียนขนาดเล็ก. **มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2555 จาก <http://www.Ednet.kku.ac.th>
- สง่า ภู่องรงค์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของศึกษาธิการอำเภอตามอำนาจหน้าที่ของสำนักงานศึกษาธิการอำเภอและความพึงพอใจของข้าราชการสำนักงานศึกษาธิการในเขตการศึกษา 7. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- สายสมร เฉลยกิตติ (ผู้บรรยาย). (2546) การดูแลบาดแผลทั่วไป. ใน **การประชุมอบรมเชิงวิชาการ การดูแลบาดแผลและทวารหนัก ครั้งที่ 3**. (หน้า 188-192). กรุงเทพมหานคร: กองศัลยกรรมและกองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ สมาคมวิทยาลัยแพทยนานาชาติแห่งประเทศไทย.
- สุขฤทัย วิโรจน์ยุดิ (ผู้บรรยาย). (2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. (CASE MANAGEMENT) ใน **การประชุมอบรมเชิงวิชาการ การดูแลบาดแผลและทวารหนัก ครั้งที่ 3**. (หน้า 152-158). กรุงเทพมหานคร: กองศัลยกรรมและกองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ สมาคมวิทยาลัยแพทยนานาชาติแห่งประเทศไทย.
- Carr, W. and Kemmis, S. (1986) **Becoming critical: education knowledge and action research**. London: Falmer Press.
- Cohen, L. Manion, L and Morrison, K. (2000). **Research Methods in Education**. New York Routledgefalmer.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Kemmis, S.,and Mc Taggart, R. (1988). **The action research planner.**

Geelong: Deakin University Press.

Levin M., Greenwood, D. (2002). **Introduction to Action Research for Social Change.**

Thous and Oaks CA:Sage.

Stringer, E.T. (1999). **Action Research.**copyright by Sage Publi.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา

ภาคผนวก ก แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน

แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผน

ขอความกรุณากรอกแบบประเมินความพึงพอใจตามความรู้สึกของท่าน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงครั้งต่อไป

ข้อมูลเกี่ยวกับการบันทึกความก้าวหน้า ของแผน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รูปแบบการบันทึกเหมาะสม					
2. เนื้อหาการบันทึกชัดเจน ครบคลุม					
3. ความชัดเจนของคำจำกัดความในการบันทึก					
4. ความง่ายของการบันทึก					
5. ความรวดเร็วในการบันทึก					
6. ความพึงพอใจในภาพรวมการบันทึก					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	กชพร สาคะศุภฤกษ์
วัน เดือน ปี เกิด	9 พฤษภาคม 2520
ที่อยู่ปัจจุบัน	415 ตำบลแม่ต๋ำ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000
ที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลพะเยา ตำบลต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2542	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพะเยา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2542	ป.พย. ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา
พ.ศ. 2542	พย.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

