

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบริบทโรงพยาบาลนภลัย โดยกำหนดเนื้อหาที่ศึกษารอบคลุมในประเด็นต่างๆดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลนภลัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้
2. แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิด ทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิอิ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบตามแนวการจัดการความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทของโรงพยาบาลนภลัย

โรงพยาบาลนภลัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ที่ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เปิดดำเนินการโดยเริ่มจากขนาด 30 เตียง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ขยายเป็นโรงพยาบาล 60 เตียง ในปี 2531 และขนาด 90 เตียง ในปี พ.ศ. 2537 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

1.1 วิสัยทัศน์

ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมนำไปสู่บางคนทีแข็งแรง

1.2 พันธกิจ

1.2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

1.2.2 ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

1.3 ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบ โรงพยาบาลนภลัยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1.3.1 ให้การบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน เป็นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ บริการด้านการควบคุมและป้องกันโรค บริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ บริการด้านระบบรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อ

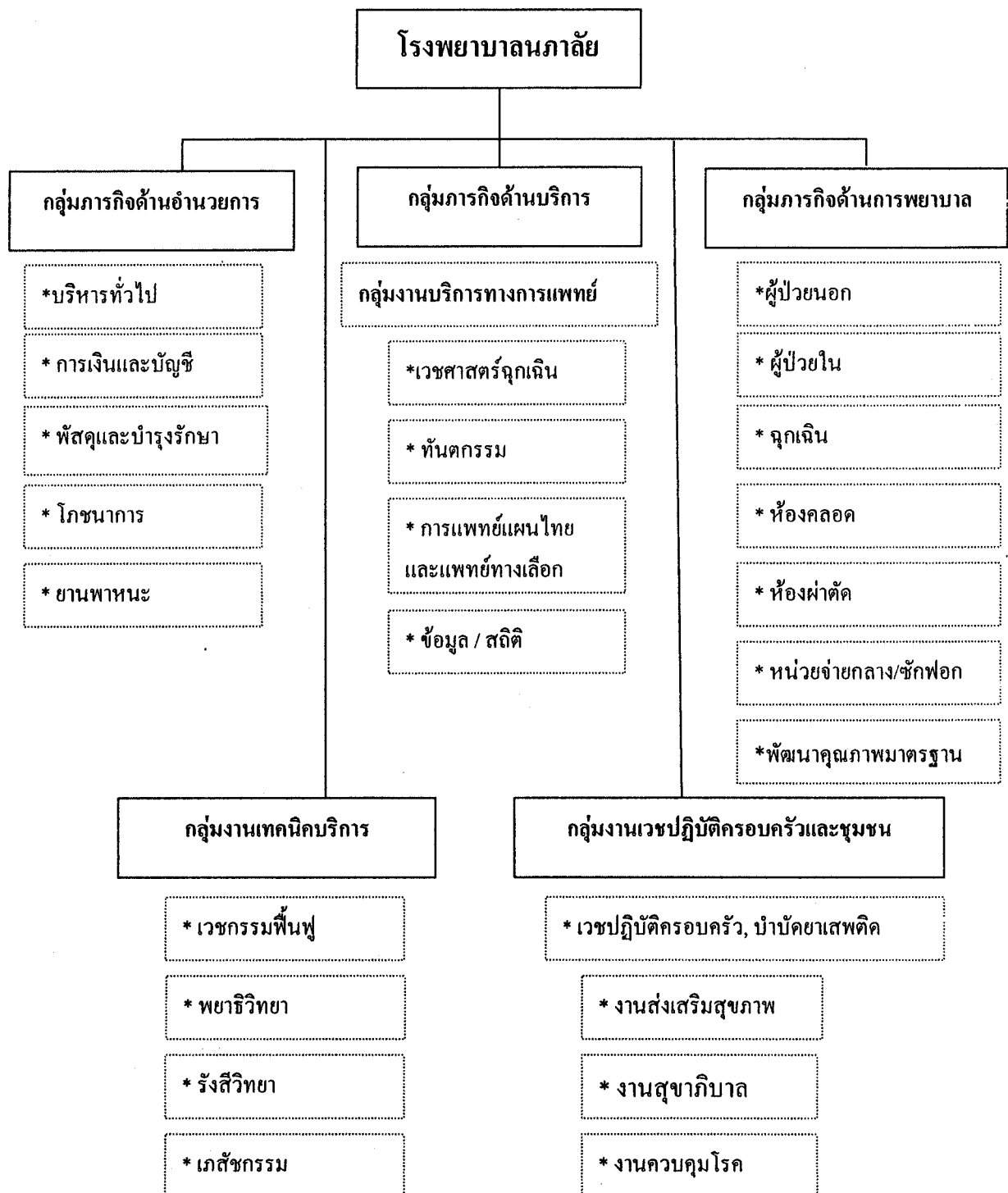
1.3.2 ด้านวิชาการ โดยให้การฝึกอบรมและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการศึกษาค้นคว้าวิจัย ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุขแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3.3 ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

นอกจากนี้ยังมีหน้าที่อื่นๆ อาทิ การได้รับมอบหมายจากหน่วยงานระดับจังหวัดหรือกระทรวงสาธารณสุข หน้าที่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

1.4 โครงสร้างการจัดองค์กร

โรงพยาบาลนภลัยมีสายการบังคับบัญชาที่ขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และมีการจัดโครงสร้างองค์กรภายในโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุน ให้มีการบริหารงานที่ดี ไม่ซับซ้อน จึงมีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบแนวนราบ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด แบ่งเป็น 3 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ ด้านอำนวยการ ด้านบริการ ด้านการพยาบาล และ 2 กลุ่มงาน ได้แก่ งานเทคนิคบริการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการจัดองค์กรภายในโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

จากพันธกิจและขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนภลัย จะเห็นได้ว่าทางโรงพยาบาลนภลัยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ มีการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองการบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนด ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการที่ดี มีคุณภาพ โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นการให้บุคลากรในโรงพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และ เปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลให้เป็นความรู้ที่เปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียน เป็นการนำความรู้ในคนออกมา และรวบรวมความรู้ ที่เปิดเผยเข้าด้วยกัน (explicit knowledge to explicit knowledge) ได้เป็นความรู้ใหม่ (new knowledge) ที่มีความลึกซึ้งยิ่งขึ้นสามารถนำไปเผยแพร่ และนำลงสู่การปฏิบัติ และความรู้ที่ได้รับเข้านั้นจะย้อนกลับเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล และถูกถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กร เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรให้เป็นเลิศ วสันต์ ลาจันทร์ (2548: บทคัดย่อ) กล่าวว่า การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ประสานสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและเข้าใจหลักการจัดการความรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้การจัดการความรู้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับ ภาควิมิ รัตนวิวัฒน์พงศ์ (2547: บทคัดย่อ) ที่กล่าวว่า ผลการนำคลังความรู้มาใช้ทำให้ผู้ควบคุมระบบสามารถตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้รวดเร็วขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 40 และผู้ร่วมงานในส่วนต่างๆ สามารถถ่ายทอด แบ่งปันความรู้ที่มีอยู่ให้เข้าใจกันได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง

การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ จนสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนาระบบคุณภาพบริการขององค์กร นั้น สิ่งสำคัญคือ การพัฒนาคุณภาพบริการนั้นควรมีความสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการขององค์กร ซึ่งจากการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรงพยาบาลนภลัยมีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลนภลัยจึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และยังทำให้ช่วยลดความซับซ้อนในงาน เพิ่มความสุขในการปฏิบัติงาน (วิจารณ์ พานิช 2549)

2. แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 1) เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมีเลือดออกในโพรงกระโหลกศีรษะ อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท (นิจศรี ชาญณรงค์ 2547: 59) ซึ่งอาจเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงนานเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 1) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยตามมาโดยทำให้เกิดความบกพร่อง (impairment) ในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ (disability) ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ มีความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) ซึ่งเป็นความเสียเปรียบของบุคคล อันมีผลจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ 2547: 59)

การจัดการการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยทีมผู้ดูแลที่ทำงานในลักษณะร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ จึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่จะต้องช่วยกันค้นหาวิธีการจัดการการดูแลที่ดีที่สุดจากแหล่งความรู้ต่างๆ ประสพการณ์ รวมทั้งการค้นคว้าหาความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนของการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คือ การประเมินสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหา การเลือกวิธีการจัดการที่ดีที่สุด การติดตามประเมินผล และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความเหมาะสม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติซึ่งถือว่ามีผลสำคัญ (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ 2550: 21) อย่างไรก็ตาม การจัดการดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญทั้งในด้านการป้องกัน การส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการดูแลและพึ่งพาตนเองและช่วยหรือประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตลอดจนเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาและใช้ศักยภาพในการดูแลและพึ่งพาตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในทุกด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล 2550: 20)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย จะต้องมีการสร้างของการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเชื่อมโยงนโยบายและแหล่งประ โยชน์ในชุมชน เพื่อให้บริการที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและเป็นรูปแบบของการทำงานร่วมกันทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย ผู้ป่วยและครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล 2550: 20) เน้นการพัฒนาศักยภาพการดำรงชีวิตของบุคคลที่เจ็บป่วย เป้าหมายของการดูแลจะผสมผสานระหว่างการปรับตัวด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิต อารมณ์ของผู้ป่วยและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ตามปกติ (อรรณณ เกตุแก้ว 2548: 33) และเป็นการจัดการดูแลที่ต่อเนื่องโดยมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพและ

การส่งต่อผู้ป่วย ช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีที่ปรึกษาโดยทีมสุขภาพทำให้มีการตัดสินใจ ที่ดี และสะดวก (ประครอง อินทรสมบัติ 2550: 57) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุคมรัตน์ ชัดระมาน (2549) พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบการจัดการทางพยาบาลรายกรณี ที่บูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วย พบว่าสามารถลดระยะเวลาวันนอน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นลักษณะการจัดการดูแลตามลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความพิการที่ยังคงหลงเหลืออยู่ และการป้องกัน การฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังนี้

2.1 การจัดการด้านร่างกาย ประกอบด้วย

2.1.1 การจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการเคี้ยวการกลืน เนื่องจากกล้ามเนื้อปากอ่อนแรงหรือผู้ป่วยไม่รู้สีกินตัวที่สูญเสียการกลืน (สุดศิริ หิรัญขุนหะ 2541: 17) ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน อาการกลืนลำบากเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย โดยเฉพาะหลังเกิดโรคใหม่ๆและเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการสำลักและปอดอักเสบ (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 69; Phipps 1995 อ้างใน ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 10) และการนอนนานๆทำให้มีความอยากอาหารลดลง การรับรสเปลี่ยนไป อัตราการดูดซึมสารอาหารลดลง ทำให้มีโอกาสดูดซึมสารอาหาร การจัดการโดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อม เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วย (ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 9; สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก 2540: บทคัดย่อ)

2.1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ ปัญหาการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ เป็นปัญหาที่สำคัญมักพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการเสียชีวิตสูง ในรายที่รอดชีวิตก็มักต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 199) ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การกลืนอุจจาระไม่ได้ ท้องผูก ซึ่งอาจเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 69) ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างทำให้ความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะได้เอง (Hickey 1986 อ้างใน ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 10) กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2547: 192) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่กลืนปัสสาวะไม่ได้มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่กลืนปัสสาวะได้จากปัญหาต่างๆทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ วิธีการสนองความต้องการดังกล่าวขึ้นกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่ถ่าย

ปัสสาวะไม่ออกอาจได้รับการสวนสายคาปัสสาวะในระยะแรก และมีแผนการฝึกการขับถ่าย อุจจาระ การเตรียมพร้อมของ ผู้ดูแลในการดูแลด้านการขับถ่าย ทำให้มีการป้องกันท้องผูกในผู้ป่วย ได้ (ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 9) และการจัดการดูแลเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารที่มี เส้นใยเพียงพอร่วมกับการให้โปรแกรมการขับถ่าย สามารถช่วยลดปัญหาการขับถ่ายไม่ปกติได้ (เอี่ยมพร พันธสนธิ 2547)

2.1.3 การคงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้องกันการเกิดปัญหาทางผิวหนังและ คงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิที่ปกติ ผู้ป่วยที่สูญเสียการควบคุมร่างกายด้วยตนเองทำให้ไม่สามารถดูแล ตนเองในการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การทำความสะอาด ร่างกาย การขับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย (สุดศิริ หิรัญขุนหะ 2541: 17) และจากการนอนนานทำ ให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับ และมีการติดเชื้อที่แผล (นวพร ชัชวาลพาณิชย์ 2547: 89) ซึ่งการที่ ผู้ป่วยเคลื่อนไหวด้วยตัวเองไม่ได้มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 42 (รักษนันท์ ขวัญเมือง 2544 อ้างถึงใน ช่อผกา สุทธิพงษ์ 2549: 57) ทำให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีแผล กดทับ (Brem & Lyder , 2004) และภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการเกิดแผลกดทับและระดับความรุนแรง ของแผลกดทับเท่ากับ 2.157 เท่าของผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (ช่อผกา สุทธิพงษ์ 2549: 64) ภาวะ ทุพโภชนาการมีผลกระทบโดยตรงต่อความสมบูรณ์ของผิวหนัง (Roy & Andrew 1999) มีผลทำให้ เกิดแผลกดทับสูงขึ้นเป็น 4 เท่า ของผู้ที่มีภาวะ โภชนาการปกติ และการนอนนานๆทำให้มีสาร คัดหลังในทางเดินหายใจตอนล่างคั่งค้างมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจเกิด ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ตามมาได้

2.1.4 การคงไว้ซึ่งการพักผ่อนที่เพียงพอ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย แบบแผนการพักผ่อนที่เปลี่ยนแปลงอาจ เป็นผลเนื่องจากความเจ็บปวด ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการปวดไหล่จาก ข้อไหล่หลุด (ปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์ 2547: 129) อาการปวดกล้ามเนื้อ จากความบกพร่องของ ระบบประสาทสั่งการ (วิษณุ กัมทรทิพย์ 2547: 101)

2.1.5 การพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวและกระทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วย ที่เกิดการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกายอาจเป็นการสูญเสียบางส่วน เช่น แขนและขาซีกหนึ่งซีกใด อ่อนแรง หรือการสูญเสียการเคลื่อนไหวแขนและขาทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลเพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกาย ต้องการให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกการคงทนและความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ (สุดศิริ หิรัญขุนหะ 2541: 18) ป้องกันการเกิดข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ เป็นการส่งเสริม การทำงานของร่างกายให้กลับสู่สภาพเช่นเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพราะปัญหาจากการ นอนนานมีผลกระทบต่อระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system) ทำให้มีอาการ

กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลงจากการไม่ได้ใช้งาน ข้อต่อยึดติด ภาวะกระดูกพรุน (นวพร ชัชวาล พาณิชย์ 2547: 77)

2.1.6 การพัฒนาการสื่อสาร ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้ายจะมีปัญหาด้านการพูดและสื่อภาษามากกว่าซีกขวา เนื่องจากสมองซีกซ้ายทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิด การอ่าน ความจำ (นฤมล อนุมาศ 2539: 65) ปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อยได้แก่ การใช้ภาษา การพูด เช่น พูดไม่ชัด และมีความลำบากในการตั้งใจพูด ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 189) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ซึมเศร้าได้ (Parikh 1990) จากการศึกษาของ นฤมล อนุมาศ (2539) พบว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นกลับคืนสภาพปกติได้เร็วที่สุด คือ 1 สัปดาห์แรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นในระยะนี้ทีมสุขภาพ และผู้ดูแลครอบครัว เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือซึ่งจะช่วยในการฟื้นฟูสภาพได้ดียิ่งขึ้น โดยควรมีความเข้าใจถึงสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย

2.1.7 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการพึ่งตนเอง รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียสมรรถภาพหลายอย่าง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนวิธีการช่วยเหลือตนเองและใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นเพื่อชดเชยความสามารถที่บกพร่องไป รวมทั้งการคัดแปลงสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุด (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 247) สามารถทำกิจกรรมนั้นได้อย่างปลอดภัย

2.2 การจัดการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และมีอาการซึมเศร้าสูง (Logsdon, Usui, Cronin & Miracle 1998 ; Ellis - Hill & Horn 2000 อ้างใน ช่อพกา สุทธิพงษ์ 2549: 57) ร้อยละ 11 ถึง 68 ใน 1 ปีแรกภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย กลับบ้าน ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุดโดยพบ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นปัญหาสำหรับผู้อื่น มีความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพตนเอง ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามได้ โดยเฉพาะการสูญเสียความเชื่อมั่น การมีคุณค่าในตนเอง (Feibel & Springer 1982) สูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์รู้สึกไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง (ทศพร คำผลศิริ 2548) และการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีได้รับการดูแลตามความต้องการหรือการพัฒนาความสามารถไม่ได้ก้าวหน้า ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าตนเองเป็นคนน่าเบื่อ ผู้ป่วยจึง

ต้องการบุคคลซึ่งให้ความเป็นมิตร เข้าใจถึงความรู้สึก ช่วยเหลือ และดูแลอย่างใกล้ชิด (Grant 1996; Wood 1991 อ้างใน สุดศิริ หิรัญขุนทด 2541: 20) ภาวะซึมเศร้ายังมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นอย่างมากและมักมีผลกระทบต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (กึ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 226) และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสืบเนื่องมาจากการสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์ 2544: 285) และบรอนสไตน์ (Bronstein 1991 อ้างใน สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ 2543: 15) รายงานว่ามี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายและก้าวร้าว ขาดความอดทน ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจถึงภาวะอารมณ์และจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น (สุดศิริ หิรัญขุนทด 2541: 22) ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคม

2.3 การจัดการด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องของการขาดรายได้ กำลังการซื้อลดลง ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ในครอบครัว (ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 10) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีผลกระทบต่อรายได้ของผู้ดูแล พร้อมทั้งผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วย

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความครอบคลุมและต่อเนื่อง และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการ/ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดการดูแลต้องมีการร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายช่วยกันค้นหาวิธีการจัดการการดูแลที่ดีที่สุดจากแหล่งความรู้ต่างๆ ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน เพื่อการค้นคว้าหาความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในทุกขั้นตอน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกระบวนการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยที่กระบวนการจัดการความรู้ จะเน้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์โดยตรงซึ่งจะเป็นทั้งประสบการณ์ที่ล้มเหลวและประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะสามารถตอบสนองความต้องการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง และเหมาะสมกับการนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

3. แนวคิด ทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและ ทาคิชิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิด ทฤษฎีการจัดการความรู้

3.1.1 ความหมายและความสำคัญของความรู้ ก่อนที่จะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ขอให้ทำความเข้าใจกับ คำว่า "ความรู้" ความรู้ คือ สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้จนเกิดเป็นความเข้าใจ และนำไปใช้ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่จำกัดเวลา และการนำความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวคน ไปใช้งานก่อให้เกิดประโยชน์ เข้าใจมากยิ่งขึ้น เรียกว่า "ปัญญา" (Hideo Yamazaki อ้างใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 13-14; วรภัทร ภูเจริญ 2548: 139) การมีข้อมูลเพียงอย่างเดียวจึงไม่ถือว่าเป็นความรู้ สิ่งสำคัญต้องสามารถนำข้อมูลมาสังเคราะห์ พัฒนา วิจัย และนำมาประยุกต์ใช้โดยการแปลข้อมูลได้เป็นความรู้ (บุญดี บุญญาภิกิจ 2548: 15 และ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ 2545) การพัฒนาความรู้ ต้องมาจากการบวนการเรียนรู้ทั้งจากการศึกษาและประสบการณ์อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 1) การแสวงหาความรู้ 2) การแปลความหมาย ทำความเข้าใจกับความรู้ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ที่มี (บุญดี บุญญาภิกิจ 2548: 15) โดยมีความเกี่ยวข้องกับการกระทำและผลที่ตามมาเป็นประสบการณ์ที่ต่อเนื่อง การจัดกระทำเปลี่ยนแปลงข้อมูลเป็นความรู้ นั้นกระทำได้โดยกลุ่มคนบางคนหรือทั้งหน่วยงาน (เมโด และคณะ 2000 ; Peter Drucker 2004: 1 อ้างถึงใน บุญทิพย์ สิริรังศรี และ พิเชฐ บัญญัติ 2549: 13-6) และนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล (Peter Senge 2005 อ้างในบุญทิพย์ สิริรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ 2549: 13-7) โดยเมื่อนำความรู้ไปใช้จะยิ่งทำให้ความรู้ที่เรานั้นเจริญงอกงามขึ้น (วิจารณ์ พานิช 2547)

ความรู้ อาจไม่ได้อยู่ในรูปแบบของเอกสารเพียงอย่างเดียวแต่อาจอยู่ในรูปของการทำงานประจำจนเกิดเป็นทักษะ กระบวนการ วิธีการปฏิบัติ เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ และความเชื่อใน องค์กรณ์นั้นๆ รวมถึงพรสวรรค์ซึ่งถือเป็นความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (Dave Snowden และ Thomas Davenport และ Laurence Prusak อ้างใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 18)

ความรู้ ตามแนวคิดของไมเคิล โพลันย (Michael Polanyi) และอิคุจิโร โนนากะ (Ikujiro Nonaka) จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ Tacit และ Explicit Knowledge โดยให้คำจำกัดความของความรู้ทั้ง 2 ประเภท ดังนี้ (อ้างถึงใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 16)

1) **ความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge)** เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวของบุคคล มีลักษณะเป็นนามธรรม เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ พรสวรรค์ ความรู้ชนิดนี้พัฒนาและแบ่งปันกันได้ แต่ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดออกมาได้ทั้งหมด จึงเป็นความรู้ที่ก่อให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขันขององค์กร

2) **ความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge)** เป็นความรู้ที่เปิดเผย เป็นเหตุเป็นผลมีลักษณะเป็นรูปธรรม สามารถถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่างๆ ได้ ทำให้คนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เมื่อพิจารณาความรู้ทั้ง 2 ประเภท พบว่าความรู้ในองค์กรส่วนใหญ่เป็นความรู้ประเภท Tacit มากกว่า ความรู้ Explicit เปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างความรู้ ประเภท Tacit : Explicit เป็น 80: 20 (บุญดี บุญญากิจ และคณะ 2548: 16) ถ้าเปรียบเทียบกับภูเขาน้ำแข็ง Explicit เปรียบเสมือนส่วนของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ขึ้นพ้นน้ำ ซึ่งน้อยมากประมาณร้อยละ 20 ส่วน Tacit เปรียบเสมือนส่วนของภูเขาที่อยู่ใต้น้ำ ซึ่งมากถึงร้อยละ 80 และความรู้ทั้ง 2 ประเภท สามารถเปลี่ยนสถานะระหว่างกันได้ตลอดเวลา ขึ้นกับสถานการณ์ คือ explicit knowledge เมื่อบุคคลนำไปปฏิบัติจนเกิดความเคยชินก็จะกลายเป็น tacit knowledge และเมื่อมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์บุคคลก็จะถ่ายทอด tacit knowledge ออกมากลายเป็น explicit knowledge ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า Knowledge Spiral หรือ SECI Model ซึ่งคิดโดย Ikujiro Nonaka และ Takeuchi

ดังนั้น การสร้างความรู้จึงต้องทำให้เหมาะสมกับองค์กรและประเภทของความรู้ และต้องทำความเข้าใจว่าความรู้ชนิดใดเป็นความรู้ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงานขององค์กร และจะนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้อย่างไร (บุญดี บุญญากิจ 2548: 20)

สรุปได้ว่า ความรู้ คือ สิ่งที่เกิดจากการนำข้อมูล สารสนเทศ มาสังเคราะห์ วิเคราะห์ ด้วยกระบวนการทางความคิด จนเกิดเป็นความรู้ ที่สามารถนำไปใช้ได้ทุกสถานการณ์ และการนำไปใช้จนทำให้เกิดความชำนาญ เกิดเป็นปัญญา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่มีหมดหรือเสื่อม ซึ่งความรู้นั้นมีทั้งที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) และ ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) ซึ่งความรู้ทั้ง 2 ประเภทนี้ สามารถถูกเปลี่ยนสถานะเป็นซึ่งกันและกันได้ และเราสามารถมีการพัฒนาความรู้เพื่อยกระดับความรู้ได้อยู่ตลอดเวลา

3.1.2 แนวคิดและความสำคัญของการจัดการความรู้ การจัดการความรู้เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการประมวลข้อมูล สารสนเทศ ความคิด การกระทำ ตลอดจนประสบการณ์ของบุคคลเพื่อสร้างเป็นความรู้ นวัตกรรมและจัดเก็บในลักษณะของข้อมูลที่เข้าถึงได้โดยอาศัย

ช่องทางต่างๆ ที่องค์กรจัดเตรียมไว้เพื่อนำความรู้ที่มีอยู่ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งก่อให้เกิดการแบ่งปันและถ่ายโอนความรู้และความรู้จะแพร่กระจาย ไหลเวียนทั่วองค์กรเป็นไป การช่วยเพิ่มความสามารถในการพัฒนาผลผลิตในองค์กร (พรธิดา วิเชียรปัญญา 2547) ขอบเขตของการจัดการความรู้ครอบคลุมกระบวนการจัดหา การรวบรวม คัดสรร และการสร้างความรู้ (Knowledge construction หรือ Knowledge creation) จากประสบการณ์เดิมหรือประสบการณ์ใหม่ และเก็บไว้เป็นคลังหรือชุมชนความรู้ที่มีการหมุนไปใช้ทั้งในระดับบุคคล ระดับองค์กรและสังคม ความรู้นั้นอาจเป็นความรู้ใหม่หรือแบบต่อยอดความรู้เดิม โดยมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความรู้ ทั้งในลักษณะเผชิญหน้าในสถานการณ์จริงหรืออาจมีการใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย (บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ 2549 : 13-9 ; เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ 2545 , ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ 2548 : 164 – 165) โดยมีระบบการบันทึกเพื่อ การจัดเก็บความรู้ และมีการเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี (best practice) (บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ 2549: 13-9)

การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ (Process)ต่อเนื่องที่ดำเนินการร่วมกัน เน้นการเรียนรู้แบบปฏิบัติ เพราะการปฏิบัติคนเราจะมีประสบการณ์ไม่เหมือนกันเมื่อนำมาแลกเปลี่ยนกันมากๆทำให้ยกระดับความรู้ ความเข้าใจขึ้นไปอีก ซึ่งจะเห็นว่า การจัดการความรู้ จะเน้นการเรียนรู้จากทักษะการปฏิบัติงาน ความรู้ที่เป็นความรู้ในคน ที่เรียกว่า tacit knowledge ถึงร้อยละ 80 - 90 และความรู้จากเอกสาร ตำรา ที่เรียกว่า explicit knowledge เพียงร้อยละ 10 - 20 ทำให้กลุ่มคนที่ดำเนินการจัดการความรู้ร่วมกันมีชุดความรู้ของตนเองที่ร่วมกันสร้างขึ้นเองสำหรับใช้งาน คนเหล่านั้นจะสร้างความรู้ขึ้นใช้เองอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมาย คือ พัฒนางาน พัฒนาคน (วิจารณ์ พานิช 2548: 5) ซึ่ง อาภรณ์ ภู่วิทยาพันธุ์ (2549) กล่าวว่าคนที่มีการเรียนรู้ตลอดเวลาทำให้มีโลกทัศน์และวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบการจัดการความรู้ยังช่วยเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจ ถึงร้อยละ 80 สร้างการยอมรับ เกิดความยืดหยุ่น สร้างนวัตกรรม เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล พัฒนาคุณภาพ ลดการทำงานซ้ำซ้อน มีการกระจายอำนาจ (บุญดี บุญญาภิจ และคณะ 2548: 9) ทำให้ได้การร่วมมือในการปฏิบัติงาน สร้างและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองและองค์กร เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สร้างแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพิ่มศักยภาพในการเพิ่มผลผลิต ช่วยทำให้องค์กรอยู่รอด สามารถเผชิญหน้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ Yogesh Malhotra อ้างใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาร 2548 : 43)

การนำระบบจัดการความรู้มาใช้ ต้องสอดคล้องกับเป้าหมายรวมขององค์กร โดยที่การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือนำสติปัญญาขององค์กรมาเพิ่มพลัง (Synergy) นำไปสู่การ

พัฒนาตนเองและองค์กรได้อย่างยั่งยืน (นกดล สุขสำราญ 2546) การจัดการความรู้ที่มีลักษณะลงทุนน้อย แต่ได้ผลกระทบมาก ในทางตรงกันข้ามหากการจัดการความรู้ไม่ดีจะไม่ได้ผลไม่คุ้มค่าการลงทุน ในการจัดการความรู้ไม่มีสิ่งใดหรือหลักการใดสำคัญยิ่งกว่าจินตนาการ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม 2548) ถ้ามองในภาพเชิงยุทธศาสตร์แล้ว การจัดการความรู้มีความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ตามสถานการณ์และข้อจำกัดของแต่ละองค์กร ส่งผลให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ การจัดการความรู้ที่ดีต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้อง (the right knowledge) ในสถานที่ถูกต้อง (in the right place) ณ เวลาที่ถูกต้อง (at the right time) (เพ็ญจันทร์ แสนประสาร, 2548 : 43)

กล่าวได้ว่า การจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่เป็นระบบ ซึ่งเกี่ยวกับการประมวลข้อมูล สารสนเทศต่างๆภายในองค์กร ตลอดจนประสบการณ์ของบุคคลเพื่อสร้างเป็นความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ๆ เป็นกระบวนการรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) ซึ่งมาจากประสบการณ์การทำงาน จากพฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลในองค์กร โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้โดยปฏิสัมพันธ์กันอย่างสร้างสรรค์ จนได้เป็นความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) และสามารถนำไปทดลองปฏิบัติถ้าได้ผลดีจึงขยายการทดลองสู่การนำไปปฏิบัติทั้งองค์กรจนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร และเป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดทั้งด้านการพัฒนางาน พัฒนาคน และพัฒนาฐานความรู้ และมีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ เพื่อสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงและการนำไปใช้ ซึ่งการจัดการความรู้ที่ดีต้องมี รูปแบบที่เหมาะสม

3.2 รูปแบบการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิชิ

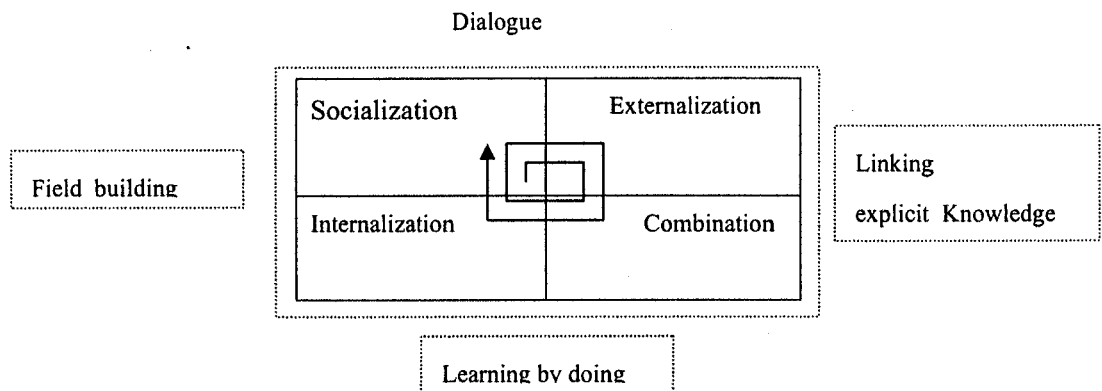
รูปแบบของการจัดการความรู้ มีหลายรูปแบบ อาทิ รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิชิ รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของอุเนฟวิน การจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม และการจัดการความรู้ตามแนวทางของ Chris Collision และ Geeff Parell

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิชิ โดยใช้กลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงมาร่วมกันพูดคุย เล่าเรื่อง (story telling) เกี่ยวกับประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จ ที่สะสม ผังลึกละเอียดในแต่ละบุคคลมานานที่เรียกว่า tacit knowlegde ออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย explicit knowledge ได้เป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นความรู้ใหม่ และนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น วนเวียน

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปเรื่อยๆ เป็นเกลียวไม่มีจบสิ้น ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการ
ความรู้ของ โนนากะและทาเคอชิ ตามกรอบแนวคิดของ โนนากะและทาเคอชิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาเคอชิ

โนนากะและทาเคอชิ (Nonaka & Takeuchi 2004) กล่าวว่า การจัดการความรู้เป็น
รูปแบบของการสร้างองค์ความรู้ด้วยการขยายผลจากความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคลและความรู้ที่
เปิดเผย (Knowledge Conversion Process Model) ซึ่งมักเรียกกันว่าวงจร SECI (Socialization
Externalization Combination Internalization) และเกลียว SECI เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการ
ยกระดับความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ ดังภาพ 2.2



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการสร้างความรู้ตามแนวคิดของ Nonaka & Takeuchi

ที่มา : Nonaka & Takeuchi (2004) *Hitotsubashi on Knowledge Management* : 66

โนนากะและทาเคอชิ อธิบายว่า การจัดการความรู้ เริ่มจาก Socialization เป็นการจ
ให้คนมาปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบต่างๆ และมีการสนทนา (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้และ
ประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit
knowledge to tacit knowledge) ด้วยบรรยากาศเชิงบวก ทุกคนมีความชื่นชมยินดี เห็นคุณค่า
เคารพความคิดซึ่งกันและกัน มีความเป็นอิสระ ไม่เครียด ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในขณะการ
สนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ จะต้องมีการบันทึกไว้ให้ดีเนื่องจากความรู้ที่ฝังลึกของตัวบุคคลเป็นสิ่งที่
ระเหยง่ายเมื่อผู้พูดพูดออกมาแล้วเมื่อบรรยากาศช่วงนั้นผ่านไปความรู้ที่ได้พูดออกมาก็จะหายไป
(วรภัทร์ ภูเจริญ 2548 : 147 - 150) จากนั้นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล ความรู้ที่พูดออกมาก็จะถูก
เปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยเป็นภาษาพูดหรือภาษา
เขียน เป็นการเปลี่ยนความรู้ในคนออกมาเป็นความรู้ในกระดาษ หรือความรู้ที่เข้ารหัส (codified
knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ง่ายโดยผ่านเครื่องมือด้านเทคโนโลยี

สารสนเทศ และการสื่อสารต่างๆ เช่น เทปเสียง อินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ที่จะเป็นผู้ถอดรหัสความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลให้เปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผยได้นั้นต้องมีความรู้ในเรื่องที่สนทนานั้นๆ มีไหวพริบที่จะรวบรวมและจัดหมวดหมู่ความรู้ไว้ให้ครบ ซึ่งถ้าผู้ถอดรหัสความรู้ไม่สามารถที่จะถอดรหัสความรู้จากการสนทนาออกมาได้ก็ถือว่าไม่เกิดความรู้ใหม่ เรียกกระบวนการนี้ว่า Externalization จากนั้นจะมีการรวบรวมความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และความรู้ที่เปิดเผยที่ได้จากแหล่งเอกสารวิชาการเข้าด้วยกัน (explicit knowledge to explicit knowledge) ปรึกษาผู้มีความรู้ในเรื่องนั้นๆ พร้อมทั้งเสนอให้ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญช่วยตรวจสอบได้เป็นความรู้ที่เปิดเผยและลึกซึ้งยิ่งขึ้น เกิดเป็นความรู้ใหม่ (new knowledge) อาจจัดทำเป็นเอกสาร / คู่มือการทำงาน ในรูปแบบของเอกสารหรือบันทึกเสียง วีดีโอ ฯลฯ ที่สามารถนำไปเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ เรียกว่า Combination และความรู้ นวัตกรรมใหม่ที่ได้อาจถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กรสู่ผู้ปฏิบัติ ความรู้นั้นจะถูกจารึกกลายเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล (explicit knowledge to tacit knowledge) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่า Internalization

ความรู้ใหม่ที่ถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กร จะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการทำงานในองค์กรที่มีลักษณะของการเรียนรู้ที่เกิดจากการทำงาน (learning by doing) มีการจัดทำช่องทางการสื่อสารเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างกว้างขวาง ผู้ที่มีความรู้สามารถร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นการทำงานในลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่นี้จะเป็นข้อมูลใหม่เพิ่มเติมเข้าไปในกระบวนการจัดการความรู้ และยกระดับเกลียวความรู้ (knowledge spiral) ขึ้นไปอีก ทำให้วงจร SECI ดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด โดยความร่วมมือของคนในองค์กร

ปัจจุบันพบว่ามีหลายสถาบันได้มีการนำหลักการจัดการความรู้ไปสู่การปฏิบัติ โดยมีการสร้างเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษารายละเอียดได้จาก www.gotoknow.org/plane/fammedbuddhachin ; www.gotoknow.org/blog/dmthatpanom ฯลฯ เกิดขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีผู้ประสานงานทำหน้าที่คอยกระตุ้นสมาชิกให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และข้ามโรงพยาบาลข้ามจังหวัด เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นความรู้ในทางปฏิบัติไม่ใช่จากทางทฤษฎี จากนั้นสมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายก็นำกระบวนการจัดการความรู้ที่ได้ไปใช้จริงในแต่ละหน่วยงานของตน รวมทั้งนำไปสู่ชาวบ้านในชุมชน มีการจัดให้ชมรมผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละตำบลมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ผลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและกระตือรือร้นที่อยากจะเรียนรู้วิธีการดูแลตัวเองและวิธีการควบคุมน้ำตาลจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน มีการให้ความสนใจในการดูแล

สุขภาพมากขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี ระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือเกือบปกติ และผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นฝ่ายผู้แบ่งปันความรู้ให้แก่กลุ่มผู้ป่วย เบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่วนผู้ปฏิบัติงานนอกจากจะได้เรียนรู้จากผู้ร่วมงานด้วยกันแล้วยังได้เรียนรู้จากผู้ป่วยด้วย หน่วยงานที่มีการนำกระบวนการจัดความรู้ไปใช้ได้ผลอย่างชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลบ้านตาก โรงพยาบาลเทพารินทร์ ฯลฯ (วรรณ เลิศวิจิตรจรัส และ อรุณ ชูเกาะทวด 2549: 66 ;วิจารณ์ พานิช 2548: 170)

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนมีการนำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนาองค์กรและเครือข่าย จนประสบความสำเร็จ อาทิ

3.2.1 กรมสุขภาพจิต ได้นำการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับ พัฒนาประสิทธิภาพงาน และพัฒนาคุณภาพองค์กร ทั้งภายในองค์กรและขยายผลสร้างเครือข่ายมาพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน เพื่อช่วยให้คนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีชีวิตการเป็นอยู่ที่เป็นสุข มีประเด็นที่นำมาจัดกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ วิธีการลดความวิตกกังวลของญาติ กลยุทธ์ในการเข้าถึงเครือข่าย เทคนิคการสร้างเครือข่าย เทคนิคการเข้าถึงครอบครัวและชุมชน เทคนิคการสร้างเครือข่ายแบบใยแมงมุม และการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน โดยให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเล่าเรื่องที่มีความสำเร็จ (success story) จนทำให้คนในชุมชนสามารถนำประสบการณ์ความสำเร็จที่ได้จากการเรียนรู้ไปปรับใช้กับชีวิตของตนเองได้

3.2.2 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในหน่วยงานและพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ จนปัจจุบันได้มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อาทิ มี Clinical Practice Guideline เกี่ยวกับการ ผ่าตัดคลอด ของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา แบบประเมิน competency สำหรับบุคลากรสายสนับสนุนของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และ CoP ของฝ่ายการบริการพยาบาล เช่น กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มการวางแผนจำหน่าย กลุ่ม PCT

3.2.3 สถาบันบาราศนราดรุณ ได้นำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน พัฒนางค์กรของสถาบัน โดยนำมาเสริมในด้านการสร้างความยั่งยืนของการพัฒนาความรู้ สอดประสานไปกับงานพัฒนาคุณภาพ ไม่ทำให้เกิดความเครียดแก่บุคลากร บุคลากรในหน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การทำงาน และนำสู่การปฏิบัติ จนทำให้ได้ความรู้ นวัตกรรมขึ้นในหน่วยงาน (อัครา เขาวะณิช, สถาบันบาราศนราดรุณ อ่างใน วรรณ เลิศวิจิตรจรัส และ อรุณ ชูเกาะทวด 2549: 125) ได้แก่

1) ห้องผ่าตัด ใช้กิจกรรม Morning talk เป็นการทบทวนความผิดพลาดของการปฏิบัติในแต่ละวันช่วงเช้าก่อนปฏิบัติงาน แล้วทำกิจกรรม After Action Review = AAR) ทบทวนการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน ใช้สูตร C3 THER ทบทวนเกี่ยวกับผู้ให้บริการทุกราย และรวมกรณีมีปัญหาระหว่างหน่วยงานอื่นด้วย จนได้เป็นคลังความรู้ของทีมงานห้องผ่าตัดที่สามารถเป็น best practice แก่องค์กรอื่น โดยมีการเผยแพร่ทางระบบอินเทอร์เน็ต

2) ทีมเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษา พัฒนาต่อยอดการให้คำปรึกษาจนได้เป็น คู่มือการให้คำปรึกษาที่สมบูรณ์

3) หน่วยจุลชีววิทยากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ทุกระดับเกิดการ เรียนรู้ร่วมกัน จนเกิดนวัตกรรมในหน่วยงาน ได้แก่ ภาชนะใส่สิ่งตรวจที่ป้องกันการสับเปลี่ยนสิ่ง ตรวจ ผู้สำหรับข้อสมมติพัฒนาดูไธระเหยของสารเคมีออกนอกห้อง ตู้เป่าฝุ่นสไลด์ให้แห้งและ เป่าฝุ่นผงออกนอกห้อง เครื่องเกลี่ยเชื้อให้กระจายทั่วภาคว

3.2.4 กรมราชทัณฑ์ ให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ มุ่งมั่นให้เกิดชุมชน นักปฏิบัติในหน่วยงาน โดยได้มีการนำประเด็น การจำแนกลักษณะผู้ต้องขัง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างผู้คุมเก่าและผู้คุมใหม่ จนได้พัฒนาเป็นคู่มือฉบับนักปฏิบัติเพื่อใช้ในการฝึกอบรม ผู้คุมรุ่นต่อไป

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทของ โรงพยาบาล เป็นรูปแบบที่มีแนวทางการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้ บริการในโรงพยาบาลนภลัยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและจัดการดูแล ต่อเนื่องถึงชุมชน ซึ่งในการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ได้ใช้การจัดการความรู้ของโนนาคะและทาคิชิ ซึ่งมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ที่เรียกว่า "SECI" ดังที่ได้ กล่าวข้างต้นไปแล้ว ซึ่งจากการศึกษาจากหน่วยงานต่างๆที่มีการนำกระบวนการจัดการความรู้ไป เป็นเครื่องมือในการพัฒนางานจะใช้ 4 ขั้นตอน คือ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์โดยตรง ในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ในแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมสนทนาจะได้รับความรู้ที่ไม่เคยรู้จากบุคคล ที่ร่วมสนทนาจนเกิดเป็นความรู้ใหม่ มีการรวบรวมความรู้ใหม่และมีการนำความรู้ใหม่นั้นไปสู่ การปฏิบัติงานเกิดเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลต่อไป และได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมในการ นำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลนภลัย

4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบตามแนวการจัดการความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 ความหมายและองค์ประกอบของรูปแบบ

รูปแบบ (Model) หมายถึง ตัวแบบแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นกรอบความคิดประกอบด้วยแผน โครงสร้างและแนวทางปฏิบัติงานนั้น ๆ (ปริญญา แสงรัตน 2544: 33) รูปแบบยังแสดงถึงโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา (พุลสุข หิงคานนท์ 2540: 50) และมีลักษณะเป็นแบบจำลองหรือตัวอย่างของความเป็นจริงที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานของความเป็นเลิศ (เริงศักดิ์ กลั่นทปฺระ 2540 : 55) โดยรูปแบบนั้นได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากความคิดหรือทฤษฎีที่ต้องการศึกษา มีองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ คือ จุดประสงค์ ตัวแปร และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (พิชญ พงศรี 2542) เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง มีความกระชับและถูกต้อง ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ทุกแง่มุม เพราะการกระทำเช่นนั้นจะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนยุ่งยากเกินไปในการทำความเข้าใจ และทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นด้อยลงไป

สำหรับการที่จะระบุรูปแบบหนึ่งๆจะต้องประกอบด้วยรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้นควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดที่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นกับปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่ารูปแบบที่ต้องการจะอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆอย่างไร (Bardo and Hartman, 1982 อ้างใน กรรณิกา เจิมเทียนชัย 2539) การสร้างรูปแบบขึ้นอยู่กับลักษณะของการสร้างซึ่งมีอยู่หลายอย่าง คือ การสร้างแบบบรรยาย การสร้างในรูปของสูตร การสร้างจากทฤษฎี การสร้างโดยการทดลองนำข้อมูลที่ได้มาเป็นรูปแบบ ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพของกิจกรรมทั้งหมดอย่างเป็นระบบ ไม่เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้นแต่จะมีการแสดงให้เห็นส่วนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ในรูปแบบจะแสดงให้เห็นทางเลือกและแนวทางในการดำเนินงาน จึงเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานสำหรับใช้ประกอบการวิเคราะห์ ตัดสินเพื่อการปฏิบัติงานในเรื่องนั้นๆขึ้นกับวัตถุประสงค์หรือการนำไปใช้ (ปริญญา แสงรัตน 2544: 34) โดยการสร้างรูปแบบนั้นเกิดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิดความเข้าใจ ตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น วาดภาพ ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำเสนอเรื่องราวหรือประเด็นต่างๆได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ (เขาวดี ราชันกุล 2542: 27)

4.2 การสร้างหรือการพัฒนาแบบ

การสร้างรูปแบบแบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ คือ ระบุความต้องการ เป้าหมาย และข้อจำกัดต่างๆ ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ศึกษาวิเคราะห์วัตถุประสงค์ สร้างแนววิธีต่างๆ ในการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ สร้างเกณฑ์ต่างๆ ที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ประเมินและทบทวนแนววิธีและข้อมูลต่างๆ ใช้ข้อมูลและประสบการณ์เพื่อปรับปรุงขั้นตอนต่างๆ

แนวการสร้างรูปแบบ ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องเพียงใด เพราะถ้าจุดมุ่งหมายของโครงการนั้นๆ ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ปฏิบัติจะทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านทรัพยากรและเวลา และไม่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้นได้ (ปริญญา แสงรัตน 2544: 34)

รูปแบบควรมีความชัดเจนและเหมาะสมกับวิธีการทดสอบ รูปแบบที่ดีควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าที่จะเน้นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบรวมๆ ควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่จะศึกษาได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างแนวความคิดใหม่ และรูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นกับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ (พลสุข หิงคานนท์ 2540: 53) การกำหนดรูปแบบที่เป็นระบบและมีหลักการที่สมเหตุสมผล จะทำให้การวางแผนการทำงานต่างๆ ให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น รูปแบบจะมีความเหมาะสมกับช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อเวลาเปลี่ยนไปรูปแบบที่สร้างขึ้นอาจจะไม่มีความเหมาะสมที่จะใช้ แต่ก็สามารถที่จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบที่เหมาะสมต่อไป (สมพงษ์ เกษมสิน 2527 อ้างใน ถูถวิล ชูชื่น 2541)

4.3 เทคนิคในการพัฒนาแบบ

การพัฒนาแบบมีการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลมากมาย ได้แก่ 1) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่มีอยู่แล้วหรือสร้างแบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็น 2) การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi) เพื่อช่วยคาดคะเนสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และ 3) การใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมสนทนา ปรัชญาหารือและวางแผนร่วมกัน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้การจัดการความรู้ของ โอนาคะและทาคิชิ ซึ่งใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม ซึ่งการจัดการความรู้เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้จากที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคลจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และมีการแลกเปลี่ยนจนกลายเป็นความรู้แบบเปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะมีความสนใจประสบการณ์

และความชำนาญ ในเรื่องที่ศึกษาโดยตรง (Holloway, 1996)จึงทำให้การสนทนากลุ่มมีความตรงทางด้านเนื้อหาสอดคล้องกับความเป็นจริง และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภลัยที่จะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริง เทคนิคกระบวนการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรง เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจัดเป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมแบบหนึ่ง เป็นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนภลัย ทั้งในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้น ไปใช้ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการปฏิบัติและส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล จนถึงขั้นการบำรุงรักษาในระยะยาว (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง อ้างถึงใน รณชัย ตั้งมั่น-อนันตกุล 2541: 29) โดยทุกคนมีการแลกเปลี่ยนความรู้ แบ่งปันความรู้และร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยเน้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาเรียนรู้ร่วมกันมีการวางแผนและการพัฒนาร่วมกัน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนารูปแบบ (ประเวศ วะสี 2540: 45) ผู้เข้าร่วมสนทนามีอิสระด้านความคิด และเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม และเต็มใจที่เข้าร่วมไม่ใช้การขู่บังคับ (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ อ้างถึงใน ขงยุทธ ธนิกุล 2545 : 30) โดยผู้วิจัยมีการวางแผนเกี่ยวกับประเด็นสนทนาไว้ก่อน และใช้หลักการสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) และสังเกต และมีผู้ช่วยคอยเป็นผู้บันทึกการสนทนา (note - taker)

4.3.1 เทคนิคการทำสนทนากลุ่ม (Discussions) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสนทนากลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรวบรวม ข้อมูล เนื่องจากการสนทนากลุ่มนั้นเป็นกลวิธีที่เหมาะสมในการประเมินความต้องการ หรือพัฒนารูปแบบรวมทั้งการสร้างความรู้ใหม่ๆ โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ซึ่งหัวใจสำคัญคือการให้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงมามีส่วนร่วมในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน โดยผู้ร่วมสนทนาจะมีการสนทนาและมีการแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ ๆ โดยผู้ร่วมสนทนาจะมีการสนทนาและมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคลจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และมีการแลกเปลี่ยนจนกลายเป็นความรู้แบบเปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยผู้ร่วมสนทนาจะมีความเหมือนกันในเรื่องของประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญและความสนใจในเรื่องที่ศึกษาโดยตรง (Holloway and Wheller, 1996) และเป็นวิธีที่

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วนสนทนาได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและประสบการณ์ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา มีความอิสระไม่มีผิดไม่มีถูก บรรยากาศเป็นกันเองไม่มีการข่มขู่ เป็นการตรวจสอบหลายๆ มุมมองในกลุ่มที่สนใจร่วมกัน (Nyamathi, 1990) จึงทำให้การสนทนา กลุ่มมีความตรงกันทางด้านเนื้อหา สอดคล้องกับความเป็นจริง ใช้ระยะเวลาสั้น ค่าใช้จ่ายน้อย และมีประสิทธิภาพในการใช้สูง (เบญจา ยอดคำเนิน - แอ๊ด ดิกซ์ & ภาณี วงษ์เอก 2534) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาเอง (Moderator) สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่ม รู้ถึงปฏิกิริยาโต้ตอบของกลุ่มซึ่งมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นถึงความสนใจกลุ่มเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่เร่งรัดคำตอบ แต่พยายามสร้างบรรยากาศตลอด การสนทนาให้ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกว่าไม่เกิดภาวะเครียด หงุดหงิด หรือมีปฏิกิริยารุนแรงต่อกลุ่มด้วยการแสดงความจริงใจ ใส่ใจต่อคำพูดและคำตอบ กระตุ้นทุกคนขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้จดบันทึกการสนทนา (note-taker) และมีการบันทึกเทปไว้เพื่อวิเคราะห์รายละเอียด

4.3.2 หลักเกณฑ์ของการจัดการสนทนากลุ่ม การสนทนาจะดำเนินไปด้วย

ความสำเร็จได้สาระความคิดรวบยอดจากกลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนา เพราะการพูดคุยและการแสดงความคิดเห็นนั้นได้จากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง และผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง โดยผู้วิจัยต้องมีการวางแผนในการดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อให้การสนทนากลุ่มสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญ คือ

1) กำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา โดยอาจกำหนดจากสภาพปัญหาหรือเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจจากแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ

2) กำหนดตัวแปร หรือตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา เพื่อมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา

3) มีการร่างคำถามโดยเรียบเรียงและจัดลำดับเป็นข้อย่อยๆ หรือผูกเป็นเรื่องราวเพื่อนำการสนทนาให้เป็นขั้นตอนและจัดลำดับความคิดเป็นหมวดๆ หรือหัวข้อใหญ่

4) เลือกสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนา ต้องเป็นบุคคลที่ให้คำตอบในการศึกษาครั้งนี้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้สอดคล้องกับงานวิจัย และจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแต่ละครั้งควรมีประมาณ 6-12 คน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2542 : เบญจา ยอดคำเนิน-แอ๊ด ดิกซ์ & ภาณี วงษ์เอก 2534) และสามารถดำเนินการสนทนากลุ่มได้ในช่วงกลุ่มคนตั้งแต่ 4 – 12 คน (Krueger, R.A., 1994) ใช้เวลาประมาณ ½ - 1 ชม./กลุ่ม/ครั้ง (นิศา ชูโต 1994) หรือใช้เวลา 2 – 2½ ชม./กลุ่ม/ครั้ง

5) เลือกสถานที่การประชุมที่เหมาะสม ลักษณะการนั่งสนทนาเป็นแบบวงกลมและแบบโต๊ะสี่เหลี่ยม โดยมีการบันทึกเทปขณะสนทนากลุ่ม

6) การจัดบุคลากรในการสนทนากลุ่ม ในการจัดสนทนากลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย

(1) ผู้ดำเนินการสนทนาหรือพิธีกร (Moderator) จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องของกระบวนการกลุ่ม แต่อาจจะไม่เชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาก็ได้ผู้ดำเนินการสนทนาจะเป็นผู้ถามคำถาม เป็นผู้นำคอยกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้มีการแสดงความคิดเห็น และไม่ควรรให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งแสดงความคิดเห็นแต่เพียงคนเดียว และเปิดโอกาสให้ผู้ไม่เห็นด้วยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น และกำกับกระบวนการกลุ่ม

โดยการทำสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเอง ในขั้นตอนการใช้การสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ เป็นการส่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญภายในโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญนอกโรงพยาบาล จำนวน 15 ท่าน โดยไม่มีการสนทนากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้เชี่ยวชาญโดยการเสนอข้อเสนอนะ และผู้วิจัยนำข้อเสนอนะที่ได้รับมาวิเคราะห์และนำมาปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

(2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note-taker) เป็นผู้จดบันทึกทุกคำพูดหรือประเด็นสำคัญในการสนทนาตลอดจนกิริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยเหลือในการทำหน้าที่เป็นผู้บันทึกโดยมีการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการสนทนากลุ่มการเทคนิคการบันทึก

(3) ผู้ที่คอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

7) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เทปบันทึกเสียง สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา

4.3.3 การดำเนินการสนทนากลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ต้องร่วมกันทำโดยมีการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่มีความรู้และประสบการณ์ เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พิจารณา ค้นหาทางเลือก/ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมเพื่อนำไปพัฒนางาน และเพื่อเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการความรู้ คือ การที่กลุ่มคนที่ดำเนินการจัดการความรู้ร่วมกันมีชุดความรู้/นวัตกรรมของตนเองที่ร่วมกันสร้างขึ้นสำหรับใช้งานของตน คนเหล่านั้นจะสร้างความรู้ขึ้นใช้เองตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้วิจัยมีการใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนา

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของโรงพยาบาลนภลัย และรูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการสนทนา โดยดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator)

แนะนำชื่อ นามสกุล ของตนเอง ผู้จัดบันทึก

2) ผู้วิจัยแจ้งเกี่ยวกับประเด็นการสนทนาในแต่ละครั้ง (knowledge vision)

3) ให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคาดหวังก่อนการสนทนาแต่ละครั้ง

(Before Action Review: BAR)

4) ทำกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของผู้ร่วมสนทนาสร้างความเป็นกันเองให้เกิดความคุ้นเคยต่อกัน ผ่อนคลายและทำให้เกิดการเปิดใจในการสนทนา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การพูดคุย ทักทายกันระหว่างผู้ร่วมสนทนา และผู้ร่วมสนทนากับผู้วิจัย

5) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการสนทนากลุ่ม

6) บอกข้อตกลงของการสนทนากลุ่ม ว่าเป็นการสนทนากลุ่มที่จะพูดคุยกันในสิ่งที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงของตนเองไม่คำนึงถึงความถูกต้อง ผิดเพื่อการสร้างสรรค์ พูดอย่างจริงใจ ฟังอย่างตั้งใจ และถามด้วยความซาบซึ้งเพื่อความเข้าใจ มีการเคารพความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ทุกคนเป็นคนสำคัญ

7) เริ่มการสนทนากลุ่ม โดยยึดรูปแบบการสนทนากลุ่มโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเล่าประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาของแต่ละคน และเปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่ม มีความยืดหยุ่นแล้วแต่สถานการณ์กลุ่ม มีการซักถามอย่างมีนัย โดยผู้วิจัยจะมีประเด็นการสนทนาไว้เป็นกรอบ ผู้วิจัยคอยควบคุมกระบวนการกลุ่มไม่ให้หยุดนิ่ง และไม่ซักถามใครคนใดคนหนึ่งมากเกินไป ยกเว้นต้องการคำตอบต่อเนื่อง จึงจะซักถามรายละเอียด โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกการสนทนา และเนื่องจากความรู้ที่ฝังลึกมีลักษณะพิเศษ คือ พูดออกมาได้ไม่หมด ยิ่งเขียนยิ่งออกมาได้น้อยจึงต้องมีการบันทึกว่าใครพูดอะไร และบันทึกสิ่งที่เป็นช่องทางสำหรับการสอบถามย้อนกลับได้ภายหลัง เพื่อการขอข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม

8) สรุปตามประเด็นเป็นระยะๆ โดยยึดจากคำตอบข้อบอกล่าวของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นสำคัญ

9) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามในสิ่งที่ต้องการ/ข้อสงสัย เพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สนทนามาทั้งหมด

10) สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้

(After Action Review : AAR) โดยให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการสนทนา ได้แก่ สิ่งที่ได้จากการสนทนา สิ่งที่ต้องการปรับปรุงในครั้งต่อไป

11) นัดประชุมครั้งต่อไปและกล่าวขอบคุณ

4.4 การประเมินรูปแบบ

การประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติใดๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัตินั้นๆ รวมถึงพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัตินั้นไปใช้ โดยทั่วไปมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี เช่น CIPP Model (Stufflebeam, D., 2003) AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration, 2001) เป็นต้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration, 2001) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นโดยกลุ่มแพทย์จากประเทศยุโรปและอเมริกาเหนือ และได้รับการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นในการนำไปใช้แล้ว (Boluyt, Lincke, & Offringa, 2005:1379) สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ โดยเครื่องมือนี้ประกอบด้วยกรอบหรือแนวทางการประเมินที่จำแนกออกได้เป็น 6 มิติ 23 ข้อ (ศากุล ช่างไม้ 2549) ดังนี้

4.4.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ และกลุ่มประชากรซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการใช้

4.4.2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุถึงกลุ่มบุคลากรที่ร่วมพัฒนา มุมมองและความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้ใช้แนวปฏิบัติและต้องมีการทดลองใช้ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติมาก่อน

4.4.3 มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigor of Development) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุวิธีการสืบค้นและมีการเขียนอธิบายเกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์อธิบายวิธีการสร้างและสรุปเป็นข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้การเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างข้อเสนอแนะและหลักฐานที่ใช้ และแนวทางที่ได้ต้องได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

4.4.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and Presentation) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้

4.4.5 มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Applicability) โดยประเมินจาก แนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พิจารณาถึงความคุ้มทุน-คุ้มค่าในการใช้ และต้องมีเกณฑ์ผลลัพธ์จากการนำไปใช้

4.4.6 มิติด้านอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ (Editorial Independence) ประเมินจากการระบุถึงข้อเสนอแนะและการยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้งอันอาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนารูปแบบโดยการจัดการความรู้ เป็นวิธีที่ตัวอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้มีการพัฒนาองค์กร โดยการพัฒนารูปแบบต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้มีความเป็นปัจจุบันทันต่อการเปลี่ยนแปลง และตรงตามความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และแต่ละที่สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละที่ (สมหวัง พิทักษ์ดิลก 2542: 22) ฉะนั้นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ด้วยการจัดการความรู้จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภาลัย

จากการศึกษา พบว่า มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหลายท่าน อาทิ วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร มีวิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นระยะเวลา 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่ครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และรูปแบบการบริหารความเสี่ยงรายรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร คือผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

ศุคศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ เดือนพฤศจิกายน 2538 ถึงธันวาคม 2540 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต

แบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม ถ่ายภาพ และใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้ของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล 5) ผลลัพธ์การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์จากการปฏิบัติ จะทำให้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความตรงกับความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนางานให้มีระบบคุณภาพที่ดี เป็นที่พึงพอใจแก่บุคลากรมีบรรยากาศการทำงานที่ดี นำสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการจัดการดูแลที่มีคุณภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี