

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลนภักดิ์ โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ประการ คือ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ 2) ประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือการวิจัย

แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 กลุ่มประชากร มีกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วงเดือน 1 กันยายน 2550 ถึง 7 กันยายน 2550 ในสถานะผู้ป่วยใน ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนพักรักษาตัวที่ตึกสามัญ ตึกพิเศษอายุรกรรม และตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภักดิ์

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานสุขภาพจิต งานโภชนาการ งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่

1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วงวันที่ 1 กันยายน 2550 – 30 กันยายน 2550 ในสถานะผู้ป่วยใน ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนพักรักษาตัวที่ตึกสามัญ ตึกพิเศษอายุรกรรม และตึกผู้ป่วยเรื้อรัง ในช่วงนี้มีผู้ดูแลที่

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 8 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้ดูแลโดยใช้หลักการสนทนากลุ่มและหลักการจัดการความรู้เป็นกรอบแนวคิดในการคัดเลือก คือ จำนวนอยู่ในช่วง 6 – 12 คน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดี (Best Practice) ได้จำนวน 6 คน ซึ่งแต่ละคนจะมีความรู้ ประสบการณ์ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) ที่เป็น Best Practice ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีความแตกต่างกันในด้านประสบการณ์ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลมีลักษณะการเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างกัน

2) ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภักดี ผู้วิจัยคัดเลือกมาจากกลุ่มประชากรโดยใช้หลักการสนทนากลุ่มและหลักการของการจัดการความรู้มาเป็นกรอบแนวคิดในการคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนอยู่ในช่วง 6-12 คน และเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนจากวิชาชีพ ละ 1 คน โดยกำหนดว่าทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำคัญเทียบเท่ากัน โดยการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีที่มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 8 งาน (ยกเว้น กลุ่มงานการพยาบาลมีหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ 4 หน่วยงาน จึง คัดเลือกมาหน่วยงานละ 1 คน และงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบเป็น 2 โชน จึง คัดเลือกมาโชนละ 1 คน) ได้จำนวนผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 12 คน และเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยยังมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีการระบุคุณสมบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละวิชาชีพ ดังนี้

- | | |
|---|------|
| 1. พยาบาล (ตัวแทนจากหอผู้ป่วยละ1คน) | 4 คน |
| 2. นักกายภาพบำบัด | 1 คน |
| 3. เจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก | 1 คน |
| 4. เจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (โชนละ 1 คน) | 2 คน |
| 5. เจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิต | 1 คน |
| 6. เกษัชกร | 1 คน |

คุณสมบัติของกลุ่มวิชาชีพ 1-6

- (1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่ำกว่า 5 ปี
- (2) ปัจจุบันยังปฏิบัติอยู่ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองมาใช้บริการ

- (3) เป็นผู้ที่สมัครใจ

7. แพทย์ 1 คน

คุณสมบัติ

- (1) มีความชำนาญด้านอายุรกรรมไม่ต่ำกว่า 5 ปี
- (2) เป็นผู้ที่สมัครใจ

8. งานโภชนาการ 1 คน

คุณสมบัติ

- (1) เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรโภชนาการ
- (2) เป็นผู้ที่สมัครใจ

1.2 เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิด โนนากะและทาคิวชิ
ขั้น Socialization - Externalization - Combination - Internalization ได้แก่

1.2.1 *ตัวผู้วิจัย* เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเพราะจะเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) ในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเก็บรายละเอียดต่างๆของข้อมูลทั้งหมด

1.2.2 *ประเด็นการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนารูปแบบ* ที่สร้างขึ้นตามเอกสารทางวิชาการ การทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเด็นการสนทนาสามารถมีการปรับประเด็นให้เหมาะสมกับผู้ร่วมกลุ่มสนทนา โดยผู้วิจัยได้จัดทำประเด็นการสนทนาไว้ 2 ชุด ได้แก่ ประเด็นสนทนากลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเด็นสนทนาสำหรับกลุ่มผู้ดูแล โดยประเด็นสนทนามีเหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมสรุปประเด็นการสนทนา (ภาคผนวก ง)

1.2.3 *แบบบันทึก* ข้อมูลการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ครั้งที่ของการสนทนา วัน เดือน ปี ที่สนทนากลุ่มผู้สนทนา สถานที่ ผู้เข้าร่วมสนทนา ความคาดหวังก่อนการสนทนา (BAR) ประเด็นการสนทนากลุ่ม ความรู้ที่ได้จากการสนทนา เหตุการณ์ขณะสนทนา สรุปประเด็นการสนทนา (AAR) การนัดสนทนาครั้งต่อไป

1.2.4 *ผู้บันทึก (Note-taker)* เป็นผู้บันทึกรายละเอียด ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เหตุการณ์ต่างๆในขณะสนทนา

1.2.5 *เทป* สำหรับบันทึกการสนทนา

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง กลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 ท่าน โดยเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ 12 ท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลนภากาศ และผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก 1 ท่าน รวม 3 ท่าน

2.1.1 เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ เป็นแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นต่อรูปแบบว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้เพียงใด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยนำเครื่องมือ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Instrument) (2001) มาเป็นแนวทาง เนื่องจาก เครื่องมือ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการการพัฒนา ประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ โดยมีความครอบคลุมถึง 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้านความแม่นยำของการพัฒนา ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ ด้านอิสระในการเขียน ด้านการประยุกต์ใช้/การนำไปใช้ โดยแบบประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อคำถาม 15 ข้อ และครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ดังนี้

มิติ 1 ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	จำนวน	3 ข้อ
มิติ 2 ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	จำนวน	2 ข้อ
มิติ 3 ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนา	จำนวน	3 ข้อ
มิติ 4 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ	จำนวน	2 ข้อ
มิติ 5 ความอิสระในการเขียน	จำนวน	2 ข้อ
มิติ 6 ด้านการประยุกต์ใช้/การนำไปใช้	จำนวน	3 ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale)

ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน เลือกตอบได้ 4 ระดับ และมีข้อเสนอแนะเป็นลักษณะปลายเปิด

คำตอบแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	หมายถึง	เห็นด้วย
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบตรงกับ
เกณฑ์ในข้อนี้มากที่สุด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบไม่
ตรงกับเกณฑ์ในข้อนี้

เห็นด้วย /ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์
ในข้อนี้ เพราะข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอ หรือมีบางข้อเท่านั้นที่ตรงกับเกณฑ์ การลงความเห็น
เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย ขึ้นอยู่กับน้ำหนักว่าอยู่ในส่วนใด

ข้อเสนอแนะ หมายถึง ผู้ประเมินสามารถให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรายข้อ
ของแบบประเมินได้ โดยเขียนไว้ท้ายข้อ

การคำนวณคะแนนค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ กระทำโดยใช้ค่า
คะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด แล้วนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาความ เชื่อมั่น และ
ต้องประเมินในภาพรวม ทั้งนี้ผลการประเมิน จำแนกเป็น 4 ประการ คือ

- เห็นด้วยอย่างยิ่งในการนำไปใช้
- เห็นด้วยในการนำไปใช้แต่ต้องมีการปรับบางส่วน
- ไม่นำมาใช้
- ไม่แน่ใจ

หากค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่า
รูปแบบนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้

สูตรคำนวณ

ค่าคะแนนความเชื่อมั่น = $\frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}{\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}$

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 4 (คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกการสนทนา ประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการในการจัดการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเด็นสนทนากลุ่มผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือ มีทั้งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คือ แบบบันทึกการสนทนา ประเด็นการสนทนา และส่วนที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ AGREE มาใช้ คือ แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการหาดัชนีของความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน โดยมี rate ความเกี่ยวข้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับ concept ที่ต้องการวัดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง เกี่ยวข้องน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง เกี่ยวข้องน้อย
- 3 หมายถึง เกี่ยวข้องมาก
- 4 หมายถึง เกี่ยวข้องมากที่สุด

เกี่ยวข้องน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาน้อยที่สุด

เกี่ยวข้องน้อย หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาน้อย

เกี่ยวข้องมาก หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องมากที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

การรวบรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ

ความตรงที่ยอมรับได้ (rank 3 และ 4) กับ ความตรงที่ยอมรับไม่ได้ (rank 1 และ 2)

นำคะแนน 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI แต่ละข้อ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ rank 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

ข้อคำถามที่ดี ควรมี CVI 0.7 ขึ้นไป (Walz, Strickland and Lenz ,1991)

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และประเด็นสนทนากลุ่มผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์หาความตรงตามเนื้อหาของประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ
ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 14 ข้อ ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อ
ที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 7 ข้อ CVI เท่ากับ 0.75 จำนวน 7 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีค่า
CVI มากกว่า 0.7 ตามกำหนด (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ Walz, Strickland
and Lenz (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อคือ 0.70 ขึ้น
ไป) ในภาพรวมมีค่า CVI เท่ากับ 0.87 และความตรงตามเนื้อหาของประเด็นการสนทนากลุ่ม
ผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 19 ข้อ ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้
จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 10 ข้อ CVI เท่ากับ 0.75 จำนวน 9 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์
เนื่องจากมีค่า CVI มากกว่า 0.7 ตามกำหนด (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ
Walz, Strickland and Lenz (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละ
ข้อคือ 0.70 ขึ้นไป) ในภาพรวมมีค่า CVI เท่ากับ 0.88 จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นการสนทนาที่ได้รับ
มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยได้พิจารณา
คงไว้ 15 ข้อ และมีการปรับปรุงประเด็นสนทนาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้
คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้น นำประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการไป
ทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ตึกสามัญ โรงพยาบาลนภากาศ 1 ครั้ง และนำประเด็นการ
สนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภากาศ 1 ครั้ง แล้ว
นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้แบบสนทนาที่สมบูรณ์ รายละเอียด
ของเครื่องมือดัง ภาคผนวก ง

2.2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเหมาะสมของ
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI
เท่ากับ 1 จำนวน 7 ข้อ CVI เท่ากับ 0.75 จำนวน 8 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีค่า CVI
มากกว่า 0.7 ตามกำหนด (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ Walz, Strickland and
Lenz (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อคือ 0.70 ขึ้นไป)
และ CVI ในภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.87 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ
การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ

ให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยพิจารณาคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมคงเดิมจำนวน 15 ข้อ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 3.1 ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนภากาศ
- 3.2 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยไปยังคณะกรรมการวิจัยของสถาบัน (Ethic)
- 3.3 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาลนภากาศ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัยโดยการร่วมกับกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม โดยเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มในการจัดการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลจอมปลวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
- 3.4 สํารวจกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยใน และผู้วิจัยติดต่อด้านหมายวัน เวลา สถานที่
- 3.5 ติดต่อประสานงานกลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งร่วมกำหนดการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วัน เวลา สถานที่
- 3.6 ดำเนินการตามกระบวนการในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามกระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิในบริบทของโรงพยาบาลนภากาศ โดยวิธีการสนทนาเป็นรายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา อาจมีบางครั้งที่ผู้เข้าร่วมสนทนาบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนาได้ตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะมีการสนทนาเป็นรายบุคคล การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

3.5.1 ระยะที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดโนนากะและทาคิวชิ มีการดำเนินการตามกระบวนการ วงจร "SECI" 4 ขั้นตอน มีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำรูปแบบสู่การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติ ส่วนในกระบวนการสนทนา (dialogue) ของแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมสนทนาจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของตนเองและได้รับความรู้ที่ได้จากการสนทนาจนสามารถผนวกเป็นความรู้ใหม่ขึ้น เกิดเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลแต่ละคน ซึ่งถือว่าสามารถใช้วงจร “SECI” ได้อย่างครบวงจรใน ลักษณะของรายบุคคล ในการดำเนินการของการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) ในดำเนินการสนทนาเอง และมีผู้จดบันทึกการสนทนา (Note-taker) ซึ่งได้รับการแนะนำเกี่ยวกับหลักการบันทึกก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนาและอากัปกริยาของผู้เข้าร่วมสนทนา ตลอดจนบรรยากาศการสนทนา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นตอน *Socialization* เป็นการสนทนากลุ่ม (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์โดยตรงระหว่างบุคคล เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยมีประเด็นการสนทนาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นแนวสำหรับการจัดหมวดหมู่ความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนการสนทนากลุ่มเริ่มจากการแจ้งเกี่ยวกับประเด็นการสนทนาในแต่ละครั้ง การให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นก่อนการสนทนาแต่ละครั้ง (BAR) การทำกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของผู้ร่วมสนทนาสร้างความเป็นกันเองให้เกิดความคุ้นเคยต่อกัน ผ่อนคลายและทำให้เกิดการเปิดใจในการสนทนา ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการสนทนา บอกข้อตกลงของการสนทนา ว่าเป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่จะพูดคุยกันในสิ่งที่เป็นความรู้และประสบการณ์โดยตรงของตนเองไม่คำนึงถึงความถูกผิด พูดเพื่อการสร้างสรรค์ พูดอย่างจริงใจ ฟังอย่างตั้งใจ และถามด้วยความซาบซึ้งเพื่อความเข้าใจ โดยให้ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์ของตนเองทีละคน หากใครมีข้อสงสัยและข้อเสนอเพิ่มเติมให้เสนอหรือซักถามเมื่อผู้เล่าเรื่องพูดจบ และผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนา โดยให้ผู้ร่วมสนทนาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละคน มีการจดบันทึกข้อมูลการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ บันทึกเทปการสนทนา และเมื่อจบการสนทนาแต่ละครั้งให้ผู้ร่วมสนทนาสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการสนทนา (AAR) ได้แก่ การสนทนาครั้งนี้ได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ ยังมีสิ่งใดที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย สิ่งที่ได้จากการสนทนา สิ่งที่ต้องการปรับปรุงในครั้งต่อไป และผู้วิจัยรวบรวมประเด็นการสนทนาเป็นหมวดหมู่ทุกครั้ง กลุ่มการสนทนาจะแบ่งออกเป็นทีละกลุ่ม เวลาในการสนทนาประมาณ 60 - 90 นาที/ ครั้ง ซึ่งปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มเช่นนี้ทุกครั้ง โดยแบ่งกลุ่มสนทนาดังนี้

(1) สันทนาการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทางสมอง เน้นเล่า

เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง ทุกคนมีอิสระในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สันทนาการ 3 ครั้ง ๆ ละ 6 คน จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นที่น่าสนใจของกลุ่ม ไม่มีข้อมูลที่แตกต่างไปจากข้อเดิมที่รวบรวมไว้ให้ครอบคลุมในความอึดตัวผู้ดูแลเป็นกลุ่มเดิมตลอดการสันทนาการกลุ่มทั้ง 3 ครั้ง

ก. สันทนาการครั้งที่ 1 วันที่ 8 กันยายน 2550 เวลา 10.00 - 11.00 น. ณ. ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ก) ดำเนินการสันทนาการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตลอดการสันทนาการ โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยจดบันทึก 1 คน ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6 คน โดยที่ผู้ดูแลที่เข้าร่วมสันทนาการมีทั้งที่รู้จักกันมาก่อนและยังไม่รู้จักกัน หลังจากที่มีการแนะนำตัวและทำกลุ่มสัมพันธ์ผู้เข้าร่วมกลุ่มเริ่มมีความคุ้นเคยกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ผู้เข้าร่วมสันทนาการเล่าประสบการณ์ที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เข้าร่วมกลุ่มสันทนาการจะผลัดกันเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ละคนจนครบ 6 คน และมีการซักถามซึ่งกันและกันเมื่อพบว่ามีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกัน จากการสันทนาการครั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมสันทนาการมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองในสิ่งที่ตนทำแล้วประสบผลสำเร็จ และจากการสันทนาการทำให้ทราบว่ายังมีวิธีการให้การดูแลที่ดีที่ควรปฏิบัติเพิ่มขึ้นอีก ผู้วิจัยได้ดำเนินการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปจนได้ตามกำหนดเวลาตามข้อตกลง ในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ข) กำหนดวัน เดือน ปี เวลา สำหรับการสันทนาการครั้งต่อไป คือ วันที่ 15 กันยายน 2550 เวลา 10.00 น. ที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ข. สันทนาการครั้งที่ 2 วันที่ 15 กันยายน 2550 เวลา 10.00 - 11.30 น. ณ. ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ก) ดำเนินการสันทนาการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตลอดการสันทนาการ โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยจดบันทึก 1 คน ซึ่งเป็นคนเดียวกับการสันทนาการครั้งที่ 1 ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6 คน เป็นคนเดิมกับการสันทนาการครั้งที่ 1 และยังคงดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสถานะเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนภาลัย จากการสังเกตพบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมดมีความคุ้นเคยกันมากกว่าครั้งที่ 1 การทำกลุ่มสัมพันธ์จึงใช้การให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มทักทายซึ่งกันและกัน พุดคุยกัน เป็นการสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นกันเอง มีความรู้สึกสบาย ฟ่อนคลาย อิสระ ใช้เวลาในการให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มพุดคุยกัน ประมาณ 5 - 10 นาที ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีผู้เข้าร่วมสันทนาการ 2 คน ได้เล่าว่าได้นำสิ่งที่ได้จากการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 คือ การฝึกการพุด โดยเวลาพุดกับผู้ป่วยจะยืนอยู่

ข้างหน้าผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นปากของผู้พูดและพูดคำสั้นๆ เช่น อุ อา และมีการคุย เล่าเรื่องต่างๆ ให้ผู้ป่วยฟัง พบว่า ผู้ป่วยจะมองหน้าผู้พูด แต่ยังไม่สามารถส่งเสียงพูดได้ และการนัดทำความเข้าใจ สะอาดช่องปาก การนวดลิ้น เพดาน ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างไรไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ ข้อติด การติดเชื่อบบบทางเดินปัสสาวะ) การขับถ่าย ซึ่งการดำเนินการกลุ่มยังคงให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มผลัดกันเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ละคนจนครบ 6 คน และมีการซักถามซึ่งกันและกันเมื่อพบว่ามีลักษณะปัญหาที่คล้ายกัน ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งนี้ยังได้ประเด็นความรู้ที่ได้จากการเล่าประสบการณ์การดูแลที่เกี่ยวกับการให้อาหารและการเตรียมอาหาร การดูแลด้านจิตใจ การสื่อสาร การจัดหาอุปกรณ์ทดแทน ซึ่งผู้วิจัยจะมีการนำไปรวบรวมจัดเป็นหมวดหมู่ตามประเด็น ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปจนได้ตามกำหนดเวลาตามข้อตกลง ในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

ข) กำหนดวัน เดือน ปี เวลา สำหรับการสนทนาครั้งต่อไป
คือ วันที่ 15 กันยายน 2550 เวลา 10.00 น. ที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ค. สนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันที่ 22 กันยายน 2550 เวลา 15.00 - 16.10 น. ณ. ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ก) ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตลอดการสนทนา โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยจดบันทึก 1 คน ซึ่งเป็นคนเดิมตลอด ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6 คน เป็นคนเดิมกับการสนทนาครั้งที่ 1 และ 2 ในการสนทนาครั้งนี้มีผู้ดูแล 1 คน ที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ดูแลที่มาเข้าร่วมสนทนาต้องเดินทางจากบ้านมาเข้าร่วมสนทนา ผู้เข้าร่วมสนทนามีความคุ้นเคยกัน มีการนำของจากบ้านมาฝากผู้เข้าร่วมสนทนาคนอื่นๆ ทุกคนมีการพูดคุยกัน ผู้วิจัยยังคงให้เวลาสำหรับในการพูดคุย ทักทายของผู้เข้าร่วมสนทนา ประมาณ 5 - 10 นาที จากนั้นได้เริ่มดำเนินการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีผู้ร่วมสนทนาได้นำความรู้ที่ได้จากการสนทนาครั้งที่ 2 ไปลองปฏิบัติ คือ การดูแลเกี่ยวกับการรองปัสสาวะ โดยใช้ถุงพลาสติกเจาะรูด้านบนห่างจากขอบบนของถุงลงมา ประมาณ 2 - 3 นิ้ว แล้วใส่อวัยวะสืบพันธุ์(ผู้ป่วยชาย) ลงไปมัดปากถุงด้วยที่รัด สามารถลดการใช้ผ้าอ้อมรองปัสสาวะ (pampers) และช่วยลดการเกิดแผลกดทับได้ ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลด้านอาหาร การดูแลด้านจิตใจ การสื่อสาร ความช่วยเหลือที่ต้องการ ซึ่งในการสนทนาครั้งนี้ยังได้ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ การป้องกันข้อติด เพิ่มเติมจากการสนทนาครั้งที่ 1 และ 2

ข) ปัญหาที่พบในขณะสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ถึงเวลาให้อาหารผู้ป่วยผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนาต้องออกจากกลุ่มไปให้อาหารผู้ป่วย และกลับมาร่วมสนทนาอีกครั้ง ซึ่งมีผลต่อการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ผู้วิจัยต้องเล่าเหตุการณ์ย้อนหลังช่วงที่ผู้ดูแลผู้นั้นไม่อยู่ให้รับทราบเพื่อทำให้ผู้ดูแลผู้นั้นสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

เหตุผลที่สนทนากลุ่มที่ศึกษาผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากผู้เข้าร่วมกลุ่มส่วนหนึ่งดูแลผู้ป่วยที่ศึกษาเรื้อรัง ซึ่งเป็นคนที่ไม่มีญาติคนอื่นอยู่ด้วย ผู้ดูแลไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้ได้ตามลำพังเป็นเวลานาน การสนทนาที่ศึกษาผู้ดูแลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ ช่วยลดความวิตกกังวลในขณะสนทนา ซึ่งถ้าผู้ร่วมสนทนามีความวิตกกังวลก็จะส่งผลกระทบต่อสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(2) สนทนากลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภลัย สนทนากลุ่ม 3 ครั้ง จนกว่าจะได้เนื้อหาที่ครบถ้วนตามประเด็นสนทนา

ก. สนทนากลุ่มครั้งที่ 1 วันที่ 5 ตุลาคม 2550 เวลา 13.30 – 14.40 น. ที่ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลนภลัย ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9 คน อีก 3 คน คัดภารกิจ (แพทย์ เกษชกร เจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน) ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ซึ่ง ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งนี้ จะเป็นลักษณะของการให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดชั้นตอนในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้สึกภาคภูมิใจและประสบผลสำเร็จของงานแต่ละงาน จนครบจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนา จากนั้นผู้วิจัยได้มีการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอีก 3 คนเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเล่าเกี่ยวกับประเด็นความรู้ ประสบการณ์ที่กลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้แพทย์ เกษชกร และเจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกัน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในดำเนินการสนทนาเอง และมีผู้บันทึก (note-taker) พร้อมทั้งมีการบันทึกเทป

ข. สนทนากลุ่มครั้งที่ 2 วันที่ 19 ตุลาคม 2550 เวลา 13.30 – 15.00 น. ที่ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลนภลัย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มครบตามกำหนด 12 คน ระยะเวลาครั้งที่ 2 จะห่างจากครั้งที่ 1 ถึง 2 สัปดาห์ เนื่องจากวันที่ 12 ตุลาคม 2550 ทีมผู้เข้าสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีภารกิจไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ จึงนัดการสนทนาตรงกับวันที่ 19 ตุลาคม 2550 จากการเข้าร่วมสนทนา พบว่า เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยในได้มีการดำเนินการ

จัดช่องทางลัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดเวลาในการนัดผู้ป่วยให้มารับบริการที่ไม่ใช่ภาวะที่ถูกเงิน ในช่วงเวลา 13.00 น – 15.00 แต่เป็นเพียงการเริ่มการปฏิบัติในระยะเวลาสั้น และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการไม่มากจึงยังไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติได้ และครั้งนี้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยแต่ละงานเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง ในการสนทนาครั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมสนทนาบางท่านยังไม่ได้มีโอกาสในการเล่าประสบการณ์ในงานตนเอง แต่ได้มีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกคน

ค. สนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันที่ 26 ตุลาคม 2550 เวลา 13.30 – 14.45 น. ที่ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลนภากาศ ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 10 คน ขาดแพทย์และเภสัชกร ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 จากการเข้าร่วมสนทนาพบว่า มีเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในและงานผู้ป่วยนอก งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ได้มีการร่วมกันดำเนินการทำโครงการจัดตั้งศูนย์เยี่ยมอุปรณ์ / เครื่องมือการแพทย์ใน โรงพยาบาลนภากาศ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ต่อเนื่งที่บ้าน และมีความขัดสนด้านค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน แต่ยังคงอยู่ในช่วงการเขียนโครงการและการสนทนาครั้งนี้ยังคงใช้ประเด็นการสนทนาต่อเนื่งจากการสนทนาครั้งที่ 2 โดยให้งานที่ยังไม่ได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง จนครบและผู้ร่วมสนทนามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆที่ได้สนทนาไปแล้วเพิ่ม

2) ขั้น Externalization ในการสนทนา (dialogue) ผู้บันทึกจะบันทึกคำพูดคำบอกเล่า ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งมีการบันทึกเทป เมื่อจบการสนทนากลุ่มทุกครั้งผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการบันทึกขณะสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจัดประเด็นความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหมวดหมู่ ลงรหัสข้อมูล (coding the data) การลงรหัสข้อมูลประกอบ

รหัสที่ 1 หมายถึง จำนวนครั้งของการสนทนา

รหัสที่ 2 หมายถึง ลักษณะกลุ่มสนทนา กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น PG กลุ่มผู้ดูแล กำหนดเป็น CG

รหัสที่ 3 หมายถึง ลำดับของผู้เข้าร่วมสนทนา เช่น 1-CG-1

หมายถึง การสนทนาครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ดูแล คนที่ 1

รวบรวมเก็บประเด็นความรู้ในแต่ละครั้งที่มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมเชื่อมโยงการสนทนามารวมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าด้วยกัน และผู้วิจัย นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและนำมาปรับปรุงแก้ไขการสนทนา ในการสนทนาครั้งต่อไป

3) *ขั้น Combination* นำประเด็นความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รวบรวมเป็นหมวดหมู่ไว้ ผสมกับความรู้ที่ได้จากการทบทวน ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (explicit knowledge) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และสร้างเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำเสนอต่อกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทบทวนจนเป็นที่เข้าใจ และจัดทำเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สมบูรณ์ เกิดเป็นความรู้ใหม่ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนภากาศ ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ของโนนาคะและทาคิวชิ

4) *ขั้น Internalization* การที่ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบได้นำความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละครั้งไปปฏิบัติ รวมถึงการทบทวนความถูกต้อง จนเป็นที่เข้าใจ และเกิดความชำนาญ จนกลายเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล

3.5.2 ระยะเวลาที่ 2 การประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้

1) หลังจากได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลแล้วนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 คน เพื่อแสดงความเห็นต่อรูปแบบ ใน 6 มิติ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 คน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนภากาศ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลนภากาศ และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายนอก โรงพยาบาล 1 คน โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ไปพบผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเองพร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลักเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมต่อการนำรูปแบบไปใช้ โดยชี้แจงเป็นรายบุคคล

2) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 15 คน มา รวบรวม และวิเคราะห์ตามการวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์เสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัย (ภาคผนวก ก)

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงเกี่ยวกับการ สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ว่าเป็นการศึกษาของผู้วิจัย และขอความร่วมมือและให้การยินยอมในการ วิจัยและการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอ อนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้ง

4.3 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลทุก อย่างที่ได้ ถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวมไม่ เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

4.4 ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการเข้า ร่วมการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมสนทนามีสิทธิปฏิเสธการเล่าประสบการณ์ของตนเอง จากการเก็บข้อมูลพบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 2 กลุ่มทุกคนให้การยินยอมและ เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในลักษณะกลุ่มและรายบุคคล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึก และข้อเสนอแนะจากแบบประเมินรูป แบบของผู้เชี่ยวชาญ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ ค่าคะแนนผลการประเมิน จากแบบประเมินความเหมาะสมในการนำ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประมวลสรุปเนื้อหา ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

6. การพัฒนารูปแบบ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาพัฒนาให้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลนภลัย โดย

6.1 สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.2 นำรูปแบบที่สร้างไว้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งมีคำอธิบายรูปแบบและแนวทางปฏิบัติประกอบด้วย

6.3 นำรูปแบบที่ผ่านการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญและข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา มีการปรับแก้ไขจนได้เป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย