

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่สร้างขึ้น โดยได้ทำการศึกษากลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม “SECI model” ของโนนากะและทาคิชิ 2) การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในการนำไปใช้ วิธีดำเนินการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม SECI model ของโนนากะและทาคิชิ

1.1.1 ประชากรที่ได้รับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้บริการที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร ในระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2550

1.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ “SECI model” แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรที่กำหนด ประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้ให้บริการได้แก่เจ้าหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพของแผนกกุมารเวชของสถาบันบำราศนราดูร เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาระงาน และเป็นตัวแทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทีมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ประกอบด้วย

(1) แพทย์กุมารเวชดำรงตำแหน่งหัวหน้าทีมนำทางคลินิกแผนกกุมารเวช ซึ่งให้ความร่วมมือในกิจกรรมคุณภาพ จำนวน 1 คน

(2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างน้อย

5 ปี เป็นตัวแทนของแผนกผู้ป่วยในกุมารเวช 4 คน ตัวแทนของแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวช 3 คน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจำนวน 7 คน

(3) พยาบาลให้คำปรึกษาที่รับผิดชอบแผนกเด็ก จำนวน 1 คน

(4) นักสังคมสงเคราะห์ที่รับผิดชอบแผนกกุมารเวช จำนวน 1 คน

(5) นักจิตวิทยาที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 1 คน

(6) นักโภชนาการที่รับผิดชอบแผนกกุมารเวช และให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 1 คน

(7) เกสซกรที่รับผิดชอบในการดูแลเรื่องการให้ยาด้านไวรัสผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 คนและเกสซกรที่รับผิดชอบให้บริการยาผู้ป่วยใน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 1 คน

(8) เทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบแผนก ภูมิคุ้มกันวิทยา ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 1 คน

2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย บิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้ดูแลในศูนย์สงเคราะห์ต่างๆ จำนวน 20 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง เลือกผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ สามารถดูแลเด็กให้มี สุขภาพดี และยินดีให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3) กลุ่มผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ อายุ 5-14 ปี จำนวน 16 คนใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีร่างกายแข็งแรงเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการ สนทนา ที่มารับบริการระหว่างเดือนมิถุนายน 2550 - เดือนกรกฎาคม 2550

1.2 ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค เอดส์ที่พัฒนาขึ้น

1.2.1 ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ของ สถาบันบำราศนราดูร ผู้มีความรู้ทางวิชาการการพยาบาลเด็กนอกสถาบันบำราศนราดูร

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ในสถาบันบำราศ นราดูร จำนวน 14 คนและผู้มีความรู้ทางวิชาการการพยาบาลเด็กนอกสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 1 คน การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิมีหลักเกณฑ์

1) เป็นผู้มีความรู้ทางวิชาการ คุณวุฒิมากกว่าปริญญาโทจำนวน 1 คน

2) เป็นผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ในเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 2 คน

3) เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งเป็นทีมผู้บริหารจำนวน 2 คน

4) เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ฉบับ ได้แก่

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

1) ตัวผู้วิจัยเป็นหลักสำคัญในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นFacilitator ในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งของการสนทนาและเป็นตัวกลางเชื่อมโยงในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละครั้ง แต่ละกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรายละเอียดต่างๆของข้อมูลทั้งหมด

2) ผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ช่วยบันทึกและสังเกตการณ์ร่วมกับผู้วิจัยเพื่อเก็บประเด็นต่างๆได้ครบถ้วนและถูกต้องมากที่สุด

3) ประเด็นคำถามแนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเองโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แบบต่อเนื่องครบวงจรร่วมกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แล้วนำมาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการตรวจสอบเบื้องต้น ต่อจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคำถามโดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ตัวอย่างประเด็นคำถามที่ถามผู้ให้บริการ (ภาคผนวก ค)

ตอนที่ 1 ประเด็นการสนทนากลุ่มของทีมนิสิต

หลักการและเหตุผล	ประเด็นคำถาม / คำถามย่อย
การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครบวงจรต้องจัดการดูแลครอบคลุม 1. การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา ความเจ็บป่วยทางกาย การวางแผนจำหน่าย การจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การบำบัด โดยวิธี การดำเนินโภชนาการ ยาด้านไวรัส การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	1. การจัดการดูแลผู้ป่วยทางด้านงานบริการในแต่ละงานควรมีลักษณะอย่างไร 1.1 การจัดการบริการผู้ป่วยเด็กเอดส์ในงานต่อไปนี้ - ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน- เภสัชกร - หน่วยให้คำปรึกษา - โภชนาการ - พยาธิวิทยา - สังคมสงเคราะห์ - 1.2 การจัดการเรื่องการส่งเสริมความรู้ต่างๆ ให้กับผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติ 1.3 การดูแลในเรื่องการรับประทานยา 1.4 การแนะนำผู้ดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กและพัฒนาการเด็ก

4) แบบบันทึกข้อมูลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสนทนากลุ่มตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเทคนิคการบันทึกการจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้บันทึกรายละเอียดข้อมูลต่างๆในการสนทนากลุ่ม โดยใช้เทปบันทึกเสียง เป็นเครื่องมือช่วยในการทำงานเพื่อการบันทึกที่สมบูรณ์

2.1.2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการการพัฒนา ประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ โดยมีความครอบคลุมถึง 6 มิติ 15 ข้อคำถาม

2.2 การสร้างเครื่องมือ

2.2.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

2.2.2 สร้างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1) ประเด็นคำถามในขั้นตอนการทำการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่างแนวคำถามในการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเองโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แบบครอบคลุมต่อเนื่องครบวงจร (พิบูล นันทชัยพันธ์ 2550) ร่วมกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แล้วนำมาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการตรวจสอบเบื้องต้น ต่อจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคำถามโดยใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างจำแนกเป็น

(1) ประเด็นคำถามในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ให้บริการ ข้อ
คำถามใหญ่จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามย่อย 13 ข้อ

(2) ประเด็นคำถามในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ให้บริการ (ผู้ดูแล)
ข้อคำถามใหญ่จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามย่อย 18 ข้อ

(3) ประเด็นคำถามในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ให้บริการ (ผู้ป่วยเด็ก) ข้อคำถามใหญ่จำนวน 2 ข้อ ข้อคำถามย่อย 12 ข้อ รายละเอียดของเครื่องมือดัง ภาคผนวก ค

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จาก แนวทางการประเมินแนวปฏิบัติของ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Collaboration 2001) มีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม 6 มิติ ได้แก่ (ภาคผนวก ค)

มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย	จำนวน 3 ข้อ
มิติด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	จำนวน 2 ข้อ
มิติด้านความมั่นคงของรูปแบบการพัฒนา	จำนวน 3 ข้อ
มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	จำนวน 2 ข้อ
มิติด้านอิสระในการเขียน	จำนวน 2 ข้อ
มิติด้านการประยุกต์ใช้/การนำไปใช้	จำนวน 3 ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน ในลักษณะประเมินค่า 4 ระดับ และมีข้อเสนอแนะเป็นลักษณะปลายเปิด คำตอบแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้นมากที่สุด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบไม่ตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้น

เห็นด้วย / ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้น เพราะข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอ หรือมีบางข้อเท่านั้นที่ตรงกับเกณฑ์ การลงความเห็นว่าเป็นเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ขึ้นอยู่กับน้ำหนักว่าอยู่ในส่วนใด

ข้อเสนอแนะ หมายถึง ผู้ประเมินสามารถให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรายข้อของแบบประเมินได้ โดยเขียนไว้ท้ายข้อ

การคำนวณคะแนน ค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ กระทำโดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด แล้วนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาค่าคะแนนความเชื่อมั่น และประเมินในภาพรวม ค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิตินั้นมากกว่าร้อยละ 70 (สากล ช่วงปี 2549) สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ ผลการประเมิน จำแนกเป็น 4 ประการ คือ

- เห็นด้วยอย่างยิ่งในการนำไปใช้
- เห็นด้วยในการนำไปใช้แต่ต้องมีการปรับปรุงส่วน
- ไม่แนะนำให้ใช้
- ไม่แน่ใจ

สูตรคำนวณ ค่าคะแนนความเชื่อมั่น

$$= \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}{\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}} \times 100$$

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 4(คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1(คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

ได้แก่ แพทย์กุมารเวชที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 1 คน

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลกุมารเวชมหาวิทยาลัยมหิดล 1 คน

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 1 คน

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลกุมารเวชวิทยาลัยพยาบาลนนทบุรี 1 คน

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลกุมารเวชวิทยาลัยพยาบาลชัยนาท 1 คน

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกและแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและมีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) ได้แก่

ผู้ทรงคุณวุฒิทางการรักษา 1 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านวิจัยและเนื้อหาการพยาบาลเด็ก 4 คน

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของประเด็นสนทนา ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมและความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4, โดยแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องน้อยกว่ากับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นมีความสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

นำผลการพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตร (Walz Strickland and Lenz 1991: 2) ให้ผู้เชี่ยวชาญ rate ความเกี่ยวข้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับ Concept ที่ต้องการวัดจาก 1 เกี่ยวข้องน้อยที่สุด จนถึง 4 เกี่ยวข้องมากที่สุด ในแต่ละข้อรวบรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ความตรง ขอมรับได้ (rank 3 และ 4)

2. ความตรง ขอมรับไม่ได้ (rank 1 และ 2)

นำคะแนน 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI (Content Validity Index) (Walz Strickland & Lenz 1991:2) แต่ละข้อ

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

การพิจารณาข้อคำถามต้องดูรายข้อ ข้อคำถามที่ดีควรมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ $CVI = 0.7$ ขึ้นไปจึงจะยอมรับได้

2.3.1 เครื่องมือฉบับที่ 1 ประเด็นคำถามในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแล

ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในประเด็นการสนทนาในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 39 ข้อ CVI เท่ากับ 0.80 จำนวน 7 ข้อ โดยมีค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.97 รายละเอียดวิธีคิดดังแสดงในภาคผนวก ค (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ วอลซ์ สตริกแลนด์และเลนซ์ (Walz Strickland and Lenz 1991: 2) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อ คือ 0.70 ขึ้นไป) จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นสนทนาที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยได้พิจารณาเพิ่มประเด็นคำถามย่อยในหัวข้อการดูแลทางด้านสังคมอีก 1 ประเด็น ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนขึ้นไม่กระทบต่อโครงสร้างของแบบสนทนา สำหรับข้ออื่น ที่ได้ระดับความคิดเห็นในระดับ 0.80 ขึ้นไป ยังคงไว้เนื่องจากมีความเหมาะสมกับโครงสร้างของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงประเด็นสนทนาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้น นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 7 คน ซึ่งได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่ต้องการ รายละเอียดของเครื่องมือดัง ภาคผนวก ค

2.3.2 เครื่องมือฉบับที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล

ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 13 ข้อ CVI เท่ากับ 0.80 จำนวน 2 ข้อ CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.97 (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ Walz Strickland and Lenz (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อคือ 0.70 ขึ้นไป) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยพิจารณาคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมเดิมจำนวน 15 ข้อ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและพัฒนา

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเป็นการดำเนินการใน 3 ขั้นตอน การวางแผนการทำงาน การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิชิ มีการดำเนินการตามกระบวนการ วงจร “SECI” 4 ขั้นตอน รวบรวมความรู้ วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ โดยมีกำหนดการ/ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยดังนี้

กิจกรรม	ระยะเวลา	จำนวน/คน
สนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการครั้งที่ 1	มิถุนายน 2550	8
สนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการทีมเดิมครั้งที่ 2	ห่างจากครั้งที่ 1 2 สัปดาห์	8
สนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการทีมเดิมครั้งที่ 3	ห่างจากครั้งที่ 1 2 สัปดาห์	8
สนทนากลุ่มทีมผู้ดูแลเด็กครั้งที่ 1	กรกฎาคม 2550	8
สนทนากลุ่มทีมผู้ดูแลเด็กกลุ่มใหม่ครั้งที่ 2	ห่างจากครั้งที่ 1 2 สัปดาห์	9
สนทนากลุ่มทีมผู้ดูแลเด็กกลุ่มใหม่ครั้งที่ 3	ห่างจากครั้งที่ 2 2 สัปดาห์	8
สนทนากลุ่มทีมผู้ป่วยเด็กครั้งที่ 1	กรกฎาคม 2550	4
สนทนากลุ่มทีมผู้ป่วยเด็กกลุ่มใหม่ครั้งที่ 2	ห่างจากครั้งที่ 1 1 สัปดาห์	4
สนทนากลุ่มทีมผู้ป่วยเด็กกลุ่มใหม่ครั้งที่ 3	ห่างจากครั้งที่ 2 1 สัปดาห์	4
สนทนากลุ่มทีมผู้ป่วยเด็กกลุ่มใหม่ครั้งที่ 4	ห่างจากครั้งที่ 3 1 สัปดาห์	4

3.1.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการทำงาน (Planning)

1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ด้านข้อมูลที่เป็นเอกสารการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ได้แก่ แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ การจัดการความรู้โดยใช้แนวคิดของโนนากะและทาคิชิ การวิจัยและพัฒนานี้ใช้กระบวนการจัดการความรู้ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการเป็น Facilitator ในการสนทนา การสร้างสัมพันธภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนากลุ่ม การเล่าประสบการณ์ความสำเร็จที่ภาคภูมิใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สามารถพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้

2) เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยในกระบวนการจัดการความรู้ และการเป็นผู้บันทึกการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสถาบันตามแบบบันทึกที่มีผังกลุ่มสนทนาดังภาคผนวก ก

3) ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล และทำหนังสือแจ้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านให้ทราบถึงการดำเนินการวิจัย

4) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตในการมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย

5) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยใช้ข้อมูลแนวคิดทฤษฎีตั้งประเด็นในการคุยกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม

6) วางแผนการเลือกกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแล เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยดูจากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดในประวัติผู้ป่วยร่วมกับเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อหาผู้ดูแลผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษาและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ซึ่งจะช่วยให้การจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีประสิทธิภาพและได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

7) วางแผนการทำงานร่วมกันในการกำหนดการจัดการความรู้ในกลุ่มเป้าหมายทีละกลุ่ม กลุ่มละอย่างน้อย 3 ครั้งตามวันเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ในแต่ละคนภายในกลุ่มจากความรู้ฝังลึกเป็นความรู้ที่สามารถถ่ายทอดให้แก่กันโดยการสนทนาในประเด็นต่างๆที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะบันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกข้อมูลเพื่อนำมาจับประเด็นและรวบรวมนำมาสนทนาอีกในครั้งต่อไป เพื่อทบทวนความถูกต้องของข้อมูลและความต่อเนื่อง

8) วางแผนกำหนดนัดหมายกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเพื่อจัดตารางการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนตามกำหนดของกิจกรรมแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2 ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยการวิจัยและพัฒนา

(Research and Development) โดยการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิชิ มีการดำเนินการตามกระบวนการ วงจร “SECI” 4 ขั้นตอน เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ดังนี้

1) การพัฒนารูปแบบจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้ดูแล (ผู้ให้บริการ) และผู้ให้บริการ (ทีมสหวิชาชีพ) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและ ทาคิชิ ใน 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอน Socialization ซึ่งเป็น การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยน (Sharing) ความรู้ซึ่งกันและกันโดยผู้วิจัยจะเป็นตัวเชื่อมในการสนทนาทำหน้าที่เป็น Facilitator เอื้ออำนวย

การแลกเปลี่ยนความรู้และเก็บข้อมูลในการสนทนาทั้งหมด ดำเนินการการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามขั้นตอนดังนี้

- (1) กำหนดหัวข้อเรื่องของการสนทนา Knowledge vision
- (2) ถามความคาดหวังของผู้เข้ากลุ่ม คือทำ BAR (Before Action Review)
- (3) สร้างบรรยากาศเป็นกัลยาณมิตร ผ่อนคลาย เปิดใจในการสนทนากลุ่ม

สัมพันธ์

- (4) ชี้แจงทักทายเงื่อนไขการทำกลุ่ม ข้อตกลงระยะเวลา
- (5) บอกเงื่อนไขสำคัญของการสนทนา (Dialogue) และการเล่าเรื่อง (Story telling)

เน้นเรื่องความสำเร็จ พูดยตามความจริงของการปฏิบัติหรือการดูแลตามประสบการณ์ พูดยอย่างตั้งใจถ้ามีปัญหาหรืออยากรู้ข้อมูลเพิ่มเติมให้ซักถามอย่างชื่นชม และแสดงความซาบซึ้งใจเมื่อได้รับคำตอบ

(6) การสนทนา (Dialogue) Facilitator ต้องดึงส่วนลึกๆที่เป็น Tacit Knowledge ออกมาจากผู้ร่วมสนทนา ส่วนการเล่าเรื่องผู้เล่าจะเล่าด้วยความภาคภูมิใจ ผู้ฟังต้องฟังอย่างตั้งใจ

(7) ทำ After Action Review (AAR) ก่อนจบการสนทนากลุ่ม
การดำเนินการกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Sharing Knowledge) จัดกิจกรรมดังนี้

ก. การสนทนาในกลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มใช้เวลาการสนทนา 60-90 นาที โดยในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจำนวนไม่เกิน 8 คน (Krueger and Casey 2000) การสนทนาจะเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ให้แกกันและกัน กลุ่มที่มีความแตกต่างของความรู้มากเท่าใด การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะยิ่งมีประโยชน์มากขึ้นเท่านั้นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์น้อยกว่าจะได้รับความรู้และเทคนิคต่างๆจากผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

ข. จัดเวทีความรู้เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะ โดยตรงของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใช้เป็นเทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling) ในกลุ่มตัวอย่างทีมวิชาชีพและเทคนิคการสนทนา (dialogue) ในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก

ค. จัดบรรยากาศในการสนทนาเป็นแบบสบายไม่เป็นทางการที่แผนกผู้ป่วยนอกเด็กและห้องประชุมของสถาบันบาราศนราดูร เพื่อให้ทุกคนในกลุ่มได้เล่าประสบการณ์และความรู้ออกมาให้มากที่สุดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึก (Tacit knowledge) ให้แก่กัน

ง. โดยนำประเด็นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบต่อเนื่องและครบวงจรร่วมกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เป็น

หัวข้อในการสนทนา ตามประเด็นในการจัดการสนทนาแต่ละกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ประเด็นการสนทนาสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยใช้ประเด็นการสนทนาสำหรับผู้ป่วย ผู้ให้บริการได้แก่ ทีมผู้ให้บริการที่เป็นสหวิชาชีพใช้ประเด็นการสนทนาของผู้ให้บริการ

จ. **ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย**จะเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนาและเทปบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยเชื่อมโยงข้อมูลทั้งหมดเองหลังจากการสนทนา (dialogue) และการเล่าเรื่อง (Story telling) เก็บประเด็นต่างๆ รวบรวมเป็นหมวดหมู่ทำกิจกรรมดังกล่าวทั้งหมดนี้ซ้ำกันทุกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างละ 3 ครั้ง

ขั้นตอน Externalization นำความรู้และข้อมูลที่ได้จากการสนทนาตาม ประเด็นที่ศึกษาในแต่ละครั้งมารวบรวมจัดหมวดหมู่ตามหัวข้อแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบครอบคลุมและต่อเนื่อง พิจารณา Tacit knowledge และความรู้ใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดกลุ่มบันทึกไว้เป็นแต่ละกิจกรรม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมให้สมบูรณ์เป็นระยะๆ พร้อมกับนำเข้าไปให้กลุ่มสนทนาเพิ่มเติมทุกครั้งที่มีการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อึดตัวและสมบูรณ์มากที่สุด

ขั้นตอน Combination นำแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization สู่ Externalization) ของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันผนวกความรู้ที่เปิดเผยในแต่ละคนเข้าด้วยกัน (Explicit knowledge to Explicit knowledge) พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบาราศนราครที่สมบูรณ์ นำ Tacit knowledge ของทุกคนที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาใช้ ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เกิดจากกระบวนการจัดการความรู้ของทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในสถาบันบาราศนราคร

ขั้นตอน Internalization ในกระบวนการกลุ่มหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มจะได้รับความรู้และทักษะที่ดี อันเป็นความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) ของเพื่อนที่ร่วมถ่ายทอดสามารถนำไปปฏิบัติเกิดเป็นความรู้ฝังลึกในอีกคนหนึ่ง แต่สำหรับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ต้องผ่านการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนลงสู่การนำไปปฏิบัติเพื่อเข้าสู่ขั้นตอน Internalization ในทีมงานของแผนกกุมารเวช เพื่อให้เกิดความรู้ ประสบการณ์ และปัญญาอยู่ในสมองในเชิง Tacit knowledge ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตามรูปแบบที่สร้างขึ้น การนำไปใช้ต้องเสนอคณะกรรมการที่นำทางคลินิกแผนกกุมารเวช ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของรูปแบบก่อนเสนอผู้บริหารเพื่อนำมาใช้ในการทำงานของแผนกกุมารเวชพร้อมแจ้งเวียนให้ทุกคนทราบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่

3.1.3 **ขั้นตอนที่ 3** การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้น โดยส่งรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คนตรวจสอบรูปแบบ ความถูกต้องและประเมินความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติจริงและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้รูปแบบมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 การเก็บข้อมูลในขั้นตอน วงจร “SECI” ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1) **การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์** ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สำรวจข้อมูลประวัติจากเวชระเบียนประกอบกับสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ วิธีการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สิ่งแวดล้อมสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ข้อมูลจากการสำรวจนี้ผู้วิจัยใช้เป็นข้อมูลสำหรับการเตรียม ประเด็นการสนทนากลุ่มการจัดการความรู้และเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อ เข้าร่วมการทำกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) การเลือกกลุ่มตัวอย่างในผู้ดูแลและกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ในขณะนี้เพื่อผู้วิจัยจะได้เก็บข้อมูลต่าง ๆ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และประเด็นปัญหาอีกทั้งเทคนิคต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แต่ละรายและประสบความสำเร็จ

2) **บันทึกการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม** ผู้วิจัยเป็น Facilitator ผู้ช่วยวิจัยบันทึกโดยใช้เทปบันทึกเสียงร่วมกับ สังเกตการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) ในกลุ่ม การแก้ปัญหา ของตนเอง การใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ดูแล การจัดการดูแลของผู้ให้บริการ การตอบประเด็นปัญหา บันทึกความคาดหวังก่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้(BAR)และหลังจบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บันทึกคำบอกเล่าของผู้เข้ากลุ่มว่าได้รับอะไรไปบ้าง เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ มีอะไรบ้างที่จะนำไปปฏิบัติได้ ในการดูแลเด็กที่บ้าน (AAR) โดยในขั้นตอนนี้ ก่อนการสนทนาต้องสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เป็นกันเองไม่เป็นทางการ ผู้เล่าเล่าอย่างภาคภูมิใจ ผู้ฟังฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้กลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ได้เปิดเผยความรู้ในตัวเองออกมาและคุยกันอย่างเป็นกันเอง การสนทนากลุ่มเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างน้อยกลุ่มตัวอย่างละ 3 ครั้งห่างกันประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที การจัดบรรยากาศในการสนทนาเป็นแบบสบายไม่เป็นทางการ เพื่อให้ทุกคนในกลุ่มได้เล่าประสบการณ์และความรู้ออกมาให้มากที่สุด

จำนวนครั้งในการสนทนาผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) ในการนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ใช้การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 19 สิงหาคม 2550 เวลา 14.00-15.30 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 7 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 24 สิงหาคม 2550 เวลา 14.00 -16.00 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 8 คน

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กันยายน 2550 เวลา 14.30 -16.00 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ จำนวน 7 คน การสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 16 กรกฎาคม 2550 เวลา 13.00-14.20 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 8 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 6 สิงหาคม 2550 เวลา 10.00 - 11.10น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 7คน

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กันยายน 2550 เวลา 10.00-11.10น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 9 คน การสนทนากลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2550 เวลา 10.00 -10.45 น. ณ ห้องตรวจแผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 4 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 23 สิงหาคม 2550 เวลา 10.30 -11.00น. ณ ห้องตรวจแผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดรุเป็นผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 2 คน

ครั้งที่ 3 วันที่ 6 กันยายน 2550 เวลา 10.00-11.10น. ณ ห้องตรวจแผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 3 คน

ครั้งที่ 4 วันที่ 19 กันยายน 2550 เวลา 10.00-11.10น. ณ ห้องตรวจแผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดรุ ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 7 คน

3) เมื่อสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดเทปและบทสนทนาแบบคำต่อคำ (ภาคผนวก จ) พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำ และนำมาปรับปรุงแก้ไขการสนทนาในการสนทนาครั้งต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ผู้วิจัยได้ดำเนินการในลักษณะเช่นนี้จนครบทั้งสามกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้ช่วยวิจัยจดบันทึกการสนทนา

4) รวบรวมความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ทักษะและเทคนิค การดูแลหรือการปฏิบัติตน ถอดบทสนทนาอะไรที่เป็นสาเหตุของความสำเร็จในการดูแล จัดเป็นหมวดหมู่ รวบรวมเป็นเอกสารข้อมูล เพื่อเข้าสู่กระบวนการ Combination โดยรวมความรู้ที่ได้ เหล่านั้นผนวกรวมกันพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการ ความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิที่ต้องการ

5) ในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง อาจมีบุคคลที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ไปปฏิบัติจริงได้เลย อันเป็นการเข้าสู่ขั้นตอน Internalization เมื่อจบการสนทนาในแต่ละครั้ง และในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไปจะตรวจสอบ ข้อมูลโดยการสอบถามและบันทึกไว้ในแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.2.2) การเก็บข้อมูลในขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการ จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ จากแบบสอบถามตามหัวข้อต่างๆของการประเมินความเหมาะสมที่ สร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก และให้ความคิดเห็นในข้อเสนอแนะ จำนวน 15 ข้อกับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน นำความคิดเห็นทั้งหมดมาปรับปรุงให้รูปแบบมีความ สมบูรณ์ถูกต้องเหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติจริงในสถาบันบำราศนราดูร

การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยใช้การจัดการความรู้ ตามแนวคิดโนนากะและทาคิวชิ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ของกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้เทคนิคต่างๆในการแก้ปัญหาของแต่ละคนในการดูแลเด็กโรคเอดส์แบ่งปันความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ในรูปแบบการคุยกันเล่าเรื่องที่ตีให้กันฟัง (Story telling) ทำให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมได้รับความรู้และเทคนิคที่ดีๆไปประยุกต์ใช้กับตนเอง ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูลทั้งหมด รวบรวมและเขียนออกมาเป็นความรู้ในเอกสาร (Explicit Knowledge) เป็นรูปแบบการพัฒนาการ จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยอาจ ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์เสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชเมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัย (ภาคผนวก ก)

4.2 ผู้วิจัยทำบันทึกการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านคณะกรรมการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร เมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยในสถาบันบำราศนราดูร (ภาคผนวก ก)

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือให้ความยินยอม (Informed consent) เป็นลายลักษณ์อักษร (ภาคผนวก ง) พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้ง

4.3 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้ ถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

4.4 ผู้เข้าร่วมสนทนามีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมการสนทนา ผู้เข้าร่วมสนทนามีสิทธิปฏิเสธการสนทนาในหัวข้อใดก็ได้ จากการเก็บข้อมูลสนทนาพบว่า ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทุกคนให้การยินยอมและยินดีในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกครั้ง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมโดยการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) มีขั้นตอน ดังนี้

5.1 การเตรียมข้อมูลในการวิเคราะห์ หลังจากรวบรวมข้อมูลแล้ว นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาแยกประเภท จัดหมวดหมู่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันตลอดระยะเวลาของการเก็บข้อมูล

5.2 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) มีขั้นตอนวิเคราะห์โดยประยุกต์จาก วิจิตร ศรีสุพรรณ (2547) ดังนี้

5.2.1 การลงรหัสข้อมูล (coding the data) การลงรหัสข้อมูลประกอบด้วย การพัฒนาหมวดหมู่ในการลงรหัสซึ่งในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้กำหนดรหัสข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการสนทนาดังนี้

รหัสที่ 1 หมายถึง ผู้ที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ดูแลกำหนดเป็น CG(Care Giver) ผู้ให้บริการกำหนดเป็น SH(Streak Holder)ผู้ป่วย PT (Patient)

รหัสที่ 2 หมายถึง คนที่เข้าร่วมการสนทนา

รหัสที่ 3 หมายถึง จำนวนครั้งของการสนทนา

เช่น CG(4-1) หมายถึง การสนทนาผู้ดูแลครั้งที่ 1 คนที่ 4 อยู่

5.2.2 การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (categorizing or grouping text units) โดยให้นำเอาข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมารวบรวม จัดหมวดหมู่เป็น category และ sub category ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง

5.2.3 การนำเสนอประเด็นสำคัญที่พบ (refining emerging themes) เป็นขั้นตอนวิธีวิเคราะห์เชิงอุปมัย ประกอบด้วย การจัดกลุ่มข้อมูลความรู้ฝังลึกที่นำไปสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

6. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรมีขั้นตอนดังนี้

6.1 ร่างรูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้วิจัยพัฒนาตามลำดับ ดังนี้

1) การศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์และการพัฒนารูปแบบ 2) พัฒนารูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ใช้บริการของแผนกกุมารเวชสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพรวม 15 คน ผู้ดูแลรวม 20 คน ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 16 คน รวม 51 คน 3) ผู้วิจัยประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากการสนทนากลุ่ม และ 4) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ จากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้ เมื่อได้รับคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขและได้พัฒนารูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ขึ้นเป็นครั้งที่ 2 ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มี 9 องค์ประกอบ นำรูปแบบเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อรับคำแนะนำ นำรูปแบบมาปรับปรุงเป็นครั้งที่ 3 ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เป็นองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มีความสอดคล้องและครอบคลุมทั้งเนื้อหาทฤษฎี และข้อมูลที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Tacit Knowledge)

6.2 การพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยผู้วิจัยส่งรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์พร้อมแบบประเมินความเหมาะสมให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2551 ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ จำนวน 10 คน รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร (รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูรและเป็นแพทย์กุมารเวช) 1 คน แพทย์หัวหน้าแผนกกุมารเวช 1 คน หัวหน้าพยาบาล 1 คน รองหัวหน้าพยาบาลผู้นิเทศแผนกเด็ก 1 คน เพื่อเอื้ออำนวยต่อการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่สร้างขึ้นไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจารย์พยาบาลภาควิชากุมารเวชวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี ประเมินความเหมาะสมในด้านวิชาการและความถูกต้องของรูปแบบ 1 คน โดยผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทุกคนประเมินพร้อมกับอธิบายรูปแบบและกิจกรรมที่ประกอบรูปแบบให้ผู้ประเมินเข้าใจและพิจารณาตอบตามแบบประเมินพร้อมเสนอแนะ ต่อจากนั้นนำรูปแบบที่ผ่านการประเมินและข้อเสนอแนะความคิดเห็นเพิ่มเติม ในส่วนองค์ประกอบและกิจกรรมการปฏิบัติงาน มาปรับปรุงอีกครั้ง หากค่าคะแนนความเชื่อมั่นในแต่ละมิติรวม 6 มิติและค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติ ถ้าค่าดัชนีความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิตินี้มากกว่า 0.7 (ร้อยละ 70) สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ (AGREE Collaboration 2001)